



Hogeschool PXL
Departement Healthcare
Opleiding Ergotherapie

**De competenties die een adviesverlener nodig heeft voor het aanreiken van
assistieve technologie**

Een literatuur- en praktijkonderzoek

Door **Mattias Decoene en Sieben Berwaerts**

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

Hasselt, 2017



Hogeschool PXL
Departement Healthcare
Opleiding Ergotherapie

**De competenties die een adviesverlener nodig heeft voor het aanreiken van
assistieve technologie**

Een literatuur- en praktijkonderzoek

Door **Mattias Decoene en Sieben Berwaerts**

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

Hasselt, 2017

Inhoudsopgave

Dankwoord	
Trefwoorden	
Abstract	
Inleiding	1
Probleemstelling	3
Onderzoeksvragen	4
1. Methode	4
1.1 Literatuurstudie	5
1.2 Praktijkonderzoek:	7
2. Resultaten	9
2.1 Resultaten Literatuurstudie	9
2.1.1 Algemeen	9
2.1.2 Problemen rond assistieve technologie	10
2.1.3 Inzichten in de adviesverlening omtrent assistieve technologie	10
2.1.4 Visie van de gebruiker	11
2.1.5 Basiscompetenties adviesverlener	12
2.1.6 Modellen	13
2.1.7 Terugbetaling van assistieve technologie	22
2.1.8 Rol van de ergotherapeut	23
2.2 Resultaten praktijkonderzoek	25
2.2.1 Interview met gebruikers	25
2.2.2 Interview met adviesverleners	26
3. Discussie	27
4. Conclusie	29
5. Bibliografie	31
Bijlagen	i

Bijlage 1: Interview met adviesverleners omtrent assistieve technologie.....	ii
Bijlage 2: Interview met gebruikers van assistieve technologie	iii
Bijlage 3: Informed consent	iv
Bijlage 4: Fiche projectstage	v

Dankwoord

Tijdens onze bachelorproef hebben we een leerzaam proces doorgemaakt. Graag zouden we allen bedanken die ons geholpen hebben om deze bachelorproef mogelijk te maken. In de eerste plaats onze promotor: Loeka Vanderborcht, voor de goede begeleiding en ondersteuning. Daarnaast het project rond het EXperience Lab van de opleiding ergotherapie, PXL-Healthcare voor het mogelijk maken van onze projectstage en de docenten van Hogeschool PXL voor sturing, ondersteuning en uitleg. We willen ook onze ouders bedanken. Zij waren ettelijke malen de rots in de branding en bleven hun coole zelve tijdens deze stressvolle periode. We prijzen ons hierbij om jullie als ouders te mogen hebben en ook onze vrienden en vriendinnen die dag in, dag uit naar ons moesten luisteren, maar gelukkig ook onze gedachten konden verzetten.

Trefwoorden

- Assistieve technologie/ Assistive technology
- Ergotherapie/ Occupational therapy (MeSH term)
- Adviseren/ Counseling (MeSH term)
- Hulpmiddelen/ Self-help device (MeSH term)
- Adviesverlener/ Consultants (MeSH term)

Abstract

De competenties die een adviesverlener nodig heeft voor het aanreiken van assistieve technologie

Door: Mattias Decoene, Sieben Berwaerts.

Promotor: Loeka Vanderborcht.

Inleiding: Deze bachelorproef betreft het nagaan van de competenties die een adviesverlener nodig heeft voor het aanreiken van assistieve technologie, de huidige manier van adviesverlening en de tekorten hierin. Hierna zal worden gekeken of de ergotherapeut een geschikte persoon is voor adviesverlening.

Doel: Het doel is om te kunnen aangeven of de ergotherapeut de geschikte persoon is voor de adviesverlening omtrent assistieve technologie en weer te geven welke competenties hij hiervoor nodig heeft.

Methode: Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie en een praktijkonderzoek. De literatuurstudie is gebaseerd op Nederlandstalige- en Engelstalige literatuur. De literatuur komt vanuit verschillende databanken, boeken, lezingen en tijdschriften. Het praktijkonderzoek betreft informatie verkregen uit semi-gestructureerde interviews en een focusgroep met gebruikers van assistieve technologie en adviesverleners.

Resultaten: Vanuit de literatuurstudie en het praktijkonderzoek blijken er nog heel wat tekorten in de adviesverlening omtrent assistieve technologie. De gebruiker zou meer inspraak moeten hebben gedurende het proces en er zou meer tijd moeten vrijgemaakt worden voor de cliënt. De adviesverlener moet goed kunnen luisteren, empathie tonen en voldoende kennis hebben over assistieve technologie.

Conclusie: De ergotherapeut is geschikt om adviesverlening te geven. De competenties die nodig zijn voor goede adviesverlening zijn: cliënt gecentreerd werken, alert zijn, respectvol handelen, open-mindend houding, oplossingsgericht denken en een integere houding aannemen. De adviesverlener moet goed luisteren, empathisch zijn, de cliënt in kaart kunnen brengen en voldoende kennis hebben over assistieve technologie.

Trefwoorden: Assistieve technologie, ergotherapie, adviseren, adviesverlener en hulpmiddelen.

Inleiding

Uit onderzoek van het World Health Organisation (WHO) blijkt dat meer dan een miljard mensen of 15% van de wereldpopulatie een vorm van beperking heeft. Tussen de 110 miljoen en 190 miljoen volwassenen ondervinden significante moeilijkheden tijdens hun functioneren (WHO, 2016). Er is een enorme toename in de vraag naar medische zorg (WHO, 2016). En momenteel is er heel wat wetenschappelijk onderzoek naar de ontwikkeling van medische zorg in verschillende ziektebeelden. Deze ontwikkeling houdt in dat er heel wat nieuwe technologieën ontstaan rond assistieve technologie (Niaounakis, 2013). Eerst en vooral moet het woord assistieve technologie duidelijk zijn want er heerst heel wat onduidelijkheid over deze term. In het onderzoek is gekozen voor de definitie van Steunpunt Inclusief Hoger Onderwijs (SIHO): “Assistieve technologie verwijst naar elk item, elke apparatuur of elk systeem van producten dat gebruikt wordt om de functionele mogelijkheden van een persoon met een beperking te verhogen, te behouden of te verbeteren. De term omvat geen medische toestellen die chirurgisch zijn ingepland of de vervanging van zo’n toestellen. Het zijn dus hulpmiddelen voor personen die een bepaalde beperking ondervinden zoals bijvoorbeeld een motorische of zintuiglijke beperking.”. Assistieve technologie is op te delen in 2 categorieën: de zogenaamde ‘low-tech’ en ‘high-tech’ assistieve technologie. Als er over low-tech gesproken wordt, gaat het bijvoorbeeld over rolstoelen of brillen. Deze hulpmiddelen bestaan reeds zeer lang. Nieuwer is de high-tech assistieve technologie zoals aangepaste muizen, toetsenborden voor personen met motorische problemen en voorleessoftware voor personen met een visuele stoornis (SIHO, 2012). In wetenschappelijk onderzoek over hulpmiddelen wordt hoofdzakelijk de term assistieve technologie gebruikt, ook in dit onderzoek is er gekozen voor het bredere begrip assistieve technologie. Deze kan dus ook gebruikt worden wanneer het enkel over ‘low-tech’ hulpmiddelen gaat.

De beschikbaarheid van assistieve technologie is de laatste jaren ontzettend toegenomen, net zoals de kwaliteit ervan. De stijging van de hoeveelheid assistieve technologie is een gevolg van de vraag ernaar. Er is een grotere vraag naar verschillende soorten assistieve technologie (Winkler et al., 2010). Voor bijna elke vraag wordt er naar een oplossing gezocht. De vooruitgang in technologie doet mensen dromen om assistieve technologie te vinden voor al hun beperkingen. Door de stijging van het aantal en gebruik van assistieve technologie is er een grotere nood aan correcte adviesverlening. Veel personen weten echter niet waar ze met hun vraag terecht kunnen of worden beïnvloed door de verkoper, waardoor achteraf de tevredenheid

en kwaliteit van gebruik zeer laag is (Martin, Martin, Stumbo, & Morrill, 2011). Deze bachelorproef betreft het nagaan van de competenties die een adviesverlener omtrent assistieve technologie nodig heeft. Eens dit geweten is, wordt nagaan of de ergotherapeut de geschikte persoon is voor deze adviesverlening.

The International Classification of Functioning, Disability and Health (Bernd, Van Der Pijl, & De Witte), definieert het woord ‘disability (beperking)’ als een overkoepelende term voor stoornissen, activiteiten beperkingen en participatieproblemen. Een beperking wordt bepaald door de interactie tussen individuen met een bepaalde gezondheidstoestand en persoonlijke- en omgevingsfactoren (WHO, 2016). Beperkingen zijn zeer verschillend. Sommige gezondheidstoestanden resulteren bijvoorbeeld in een slechte gezondheid en dure medische behandeling, andere niet. Maar alle mensen met een beperking hebben behoefte aan dezelfde algemene gezondheidszorg en hebben daarom ook toegang tot reguliere gezondheidszorg nodig. Artikel 25 van de UN Convention on the rights of Persons with disabilities geeft het recht aan personen met een beperking om de hoogste standaard van gezondheidszorg te ontvangen, zonder discriminatie (WHO, 2016).

Assistieve technologie gaat door een stroomversnelling, dit vooral door de nieuwe technologische ontwikkelingen. Deze technologische ontwikkelingen worden gebruikt in robots, domotica,... Maar ook de ontwikkeling van kleinschalige assistieve technologie, zoals handgrepen, borden, bestek, antislip,... ontwikkelt zich verder. Assistieve technologie is het meeste nodig voor personen met een beperking, mantelzorgers en professionals.

Er bestaan zeer veel soorten assistieve technologie en je kan ze op verschillende manieren classificeren. Tijdens de bachelorproef en projectstage hebben we gekozen voor de indeling volgens de drie handelingsgebieden: adl, productiviteit en vrije tijd. Deze kan je nog onderverdelen in verschillende subgroepen. Onder adl valt bijvoorbeeld: haarverzorging, mondverzorging, bad/douche,... onder productiviteit: huishoudelijke activiteiten, zorg voor anderen, leeractiviteiten,... en onder vrije tijd: VT-keuze en VT-uitvoering.

De laatste jaren is er heel wat te doen rond het design van assistieve technologie. Sinds de term Universal Design is ontstaan, heeft dit een grote invloed gehad op het ontwerpen van assistieve technologie. De definitie van Universal Design is: “Universal Design is het design van producten en omgeving zodat deze bruikbaar zijn voor zoveel mogelijk mensen, zodat er zo

min mogelijk aanpassingen of gespecialiseerd design nodig is (Arch. Ron Mace, 1987).” (Inter, 2016). Er zijn 7 basisprincipes van Universal Design (Froyen, 2015):

- Bruikbaarheid voor iedereen.
- Flexibiliteit in het gebruik.
- Eenvoudig en intuïtief gebruik.
- Begrijpelijke informatie.
- Marge voor vergissingen.
- Beperkte inspanning.
- Geschikte afmetingen en gebruiksruidten.

Deze bachelorproef bestaat uit een literatuurstudie en een praktijkonderzoek. De projectstage vond plaats in het EXperience Lab/demo- en instructielokaal. In het eerste gedeelte was het de bedoeling om een algemeen beeld over de beschikbare assistieve technologie op de Hogeschool PXL te krijgen. Deze werd één voor één in kaart gebracht met een zelf ontworpen fiche. Op deze manier werd er een beeld gevormd over de sterktes en tekortkomingen van assistieve technologie. Hierna was het de bedoeling om de expertise van gebruikers, hulpverleners/ergotherapeuten en externen te gaan vergelijken om na te gaan wat de eisen aan assistieve technologie en adviesverlening zijn.

Probleemstelling

Er is weinig bekend over assistieve technologie en de competenties die nodig zijn voor de adviesverlening van assistieve technologie. Mensen weten niet naar waar of wie ze kunnen gaan voor adviesverlening, of advies gebeurt met beïnvloeding van een bedrijf waardoor de informatie die gegeven wordt niet meer objectief is (Martin et al., 2011). Verder werd ons door de Hogeschool PXL, opleiding ergotherapie, de vraag gesteld of de ergotherapeut wel degelijk geschikt is voor de adviesverlening van assistieve technologie?

Het doel van de Hogeschool PXL, opleiding ergotherapie, is om op termijn een centrum op te starten waar mensen kunnen langskomen voor adviesverlening omtrent assistieve technologie, zonder deze te kopen. Op deze manier wil de opleiding objectieve informatie leveren en de cliënt de kans geven om verschillende soorten en alternatieven te laten uittesten. Verder was er vanuit de Hogeschool PXL, opleiding ergotherapie, de vraag om in de toekomst de adviesverlening en de in kaart gebrachte assistieve technologie tijdens de projectstage te koppelen aan de ICF en het HOPP.

Onderzoeksvragen

Vanuit de probleemstelling zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd die een antwoord moeten bieden op de probleemstelling:

- Welke competenties heeft een adviesverlener nodig voor het aanreiken van assistieve technologie bij personen met een hulpvraag tussen 18 en 65 jaar?
- Beschikt de ergotherapeut over de competenties voor adviesverlening van assistieve technologie bij personen met een hulpvraag tussen 18 en 65 jaar?

1. Methode

Het onderzoek is opgedeeld in twee delen: hoofdzakelijk een literatuurstudie en een bijkomend praktijkonderzoek. Vanuit de vraag die de Hogeschool PXL heeft gesteld, is er een probleemstelling geformuleerd en bijhorende PICO (tabel 1) opgesteld. De PICO was voor ons een hulpmiddel voor het stellen van de onderzoeksvragen en het zoeken naar trefwoorden voor de literatuurstudie.

PICO:

	Formulering	Vertaling	Synoniemen
P	Adviesverlener	Counsellor	Adviseur, raadgever, consulent
I	Advies verlening omtrent assistieve technologie aan personen met een hulpvraag tussen de 18-65 jaar	Counseling on assistive technology to help inquiring between 18-65 year	<ul style="list-style-type: none">- Raadgeving, aanbeveling, inlichten- Hulpmiddelen- Cliënt, patiënt, mensen met een beperking
C	/	/	/
O	De vereiste competenties van een adviesverlener	The required competences of advice provider	Vaardigheden, eigenschappen, kwaliteiten

Tabel 1: pico strategie

1.1 Literatuurstudie

Tijdens de literatuurstudie was het de bedoeling om een algemeen beeld over het onderwerp te verkrijgen. Dit gebeurde via Google. Daarna is er literatuur opgezocht op verschillende wetenschappelijke databanken: Medline, Bohn Stafleu en Google Scholar. Daarbij hebben zijn de volgende trefwoorden gebruikt:

- assistieve technologie/ assistive technology
- ergotherapie/ occupational therapy (MeSH term)
- adviseren/ counseling (MeSH term)
- hulpmiddelen/ self-help devices (MeSH term)
- adviesverlener/ consultants (MeSH term)

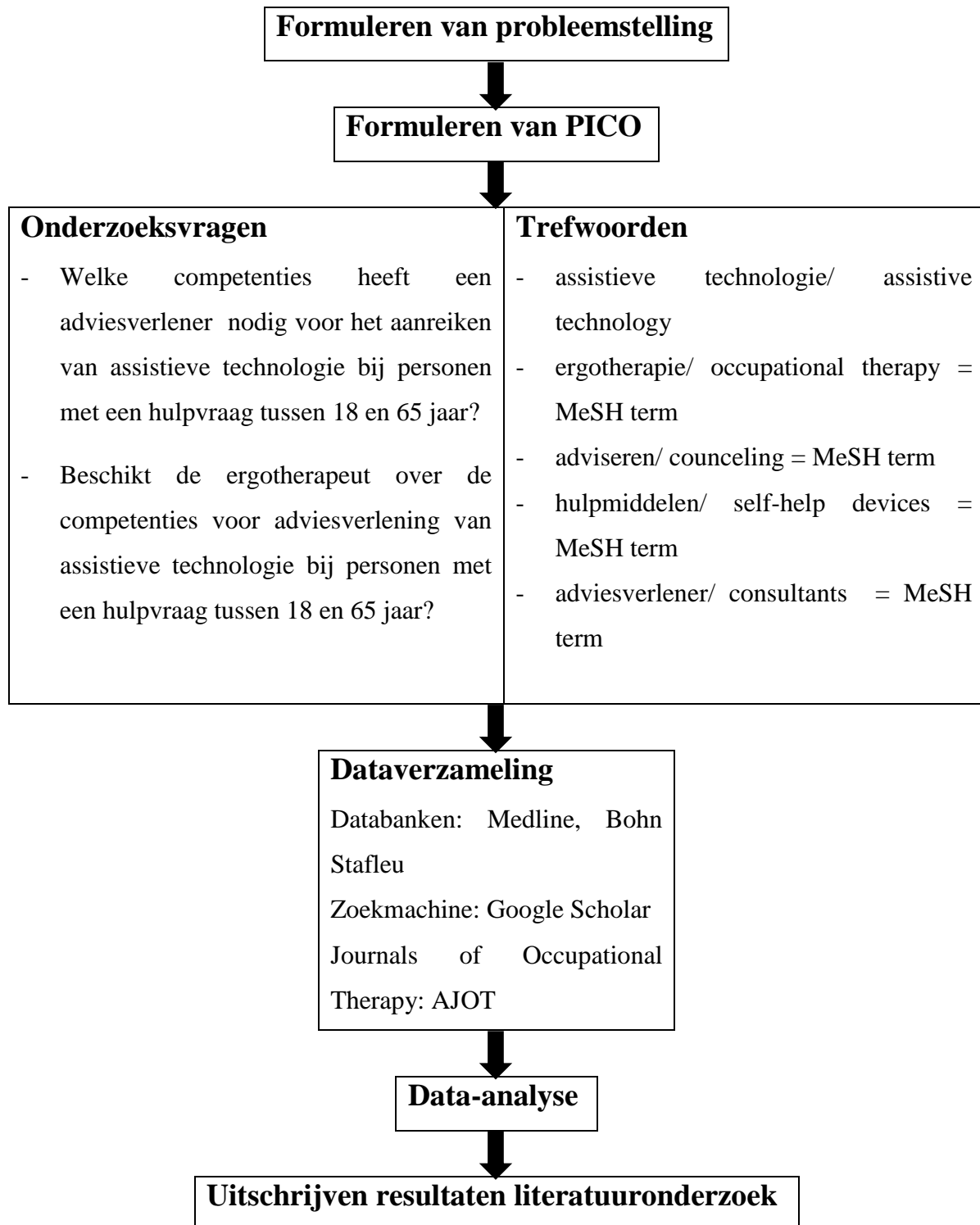
De meest voorkomende combinaties waren: ‘Self-Help Devices’ AND ‘Consultants’, ‘Self-Help Devices’ AND ‘Counseling’, ‘Assistive technology’ AND ‘Occupational therapy’, ‘Assistive technology’ AND ‘Framework’ en ‘Self-Help Devices’ AND ‘Clinical competence’. De trefwoorden: ‘self-help devices’, ‘assistive technology’ en ‘occupational therapy’ werden ook als alleenstaand trefwoord gebruikt.

Er is gekozen voor de leeftijd van 18 tot 65 jaar. Bij kinderen is er een grote invloed van de omgeving en ouders. Ze uiten hun mening tegenover assistieve technologie anders dan volwassenen. Het was ook de bedoeling om de terugbetaling van assistieve technologie in deze bachelorproef op te nemen, daarom de leeftijd tot 65 jaar. Bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) is er namelijk een terugbetaling tot deze leeftijd.

De gevonden artikels zijn beoordeeld op bruikbaarheid door het lezen van de titel, het abstract en vervolgens de discussie en de conclusie. De selectie is vooral gericht op artikels niet ouder dan vijf jaar. Dit is voor bepaalde onderdelen aangepast naar tien jaar, omdat er weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar was. De wetenschappelijk literatuur was enkel in het Engels en Nederlands. De artikels werden gecontroleerd op betrouwbaarheid via het doorlopen van de checklist beoordeling kwalitatief onderzoek of de law fiche.

Tijdens de literatuurstudie werd er niet enkel gefocust op het verkrijgen van informatie via wetenschappelijke databanken, maar ook via het lezen van boeken en tijdschriften. De boeken waren beschikbaar in de stedelijke bibliotheek Hasselt en Leuven. Ook is er een lezing van het KOC: “Opleiding methode voor persoonlijke adviesverlening” gevolgd.

Naast het opzoeken van wetenschappelijke literatuur, was het de bedoeling om de gevonden wetenschappelijke literatuur te vergelijken met de leerstof die gedurende de opleiding ergotherapie aan bod komt; in de hoop dat dit ons zou helpen een antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvraag: “Beschikt de ergotherapeut over de competenties voor adviesverlening van assistieve technologie bij personen met een hulpvraag tussen 18 en 65 jaar?”.



Figuur 1: methode literatuur onderzoek

1.2 Praktijkonderzoek:

Voor het verwerven van informatie tijdens het praktijkonderzoek werd gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat de beschikbare informatie over het onderwerp nog beperkt is en er ook naar de ervaring van de hulpverlener werd gepeild.

De dataverzameling bestaat uit twee delen. Het eerste deel via onderzoek bij gebruikers van assistieve technologie en het tweede via onderzoek bij adviesverleners. Het onderzoek bij gebruikers van assistieve technologie gebeurde door één focus groep en semi-gestructureerde interviews. Het onderzoek bij de adviesverleners gebeurde enkel door semi-gestructureerde interviews. Dit betekent dat het interview een lichte sturing krijgt, maar het doorvragen en de volgorde van de vragen liggen niet vast. Zo kunnen de vragen aangepast worden aan de omstandigheden en is er voldoende vrijheid om ergens dieper op in te gaan. Het interview is individueel waardoor de deelnemer niet beïnvloed kan worden door andere deelnemers. Hun mening zal ook anoniem blijven. De interviews bij de adviesverleners gebeurden telefonisch waarbij het gesprek werd opgenomen. Bij de gebruikers van assistieve technologie gebeurde dit mondeling, hierbij was telkens één interviewer en één notulist aanwezig. De inclusiecriteria voor de deelnemers van het interview voor adviesverleners zijn: de deelnemer moet advies omtrent assistieve technologie verlenen of verleend hebben, de deelnemers werken en zijn ouder dan 18 jaar. Voor het gebruiken van de gegevens van het onderzoek moet het informed consent door zowel de deelnemer als de uitvoerder van het interview getekend zijn. De interviews worden volledig uitgeschreven.

Voor het interview bij gebruikers van assistieve technologie zijn er vier hypotheses geformuleerd:

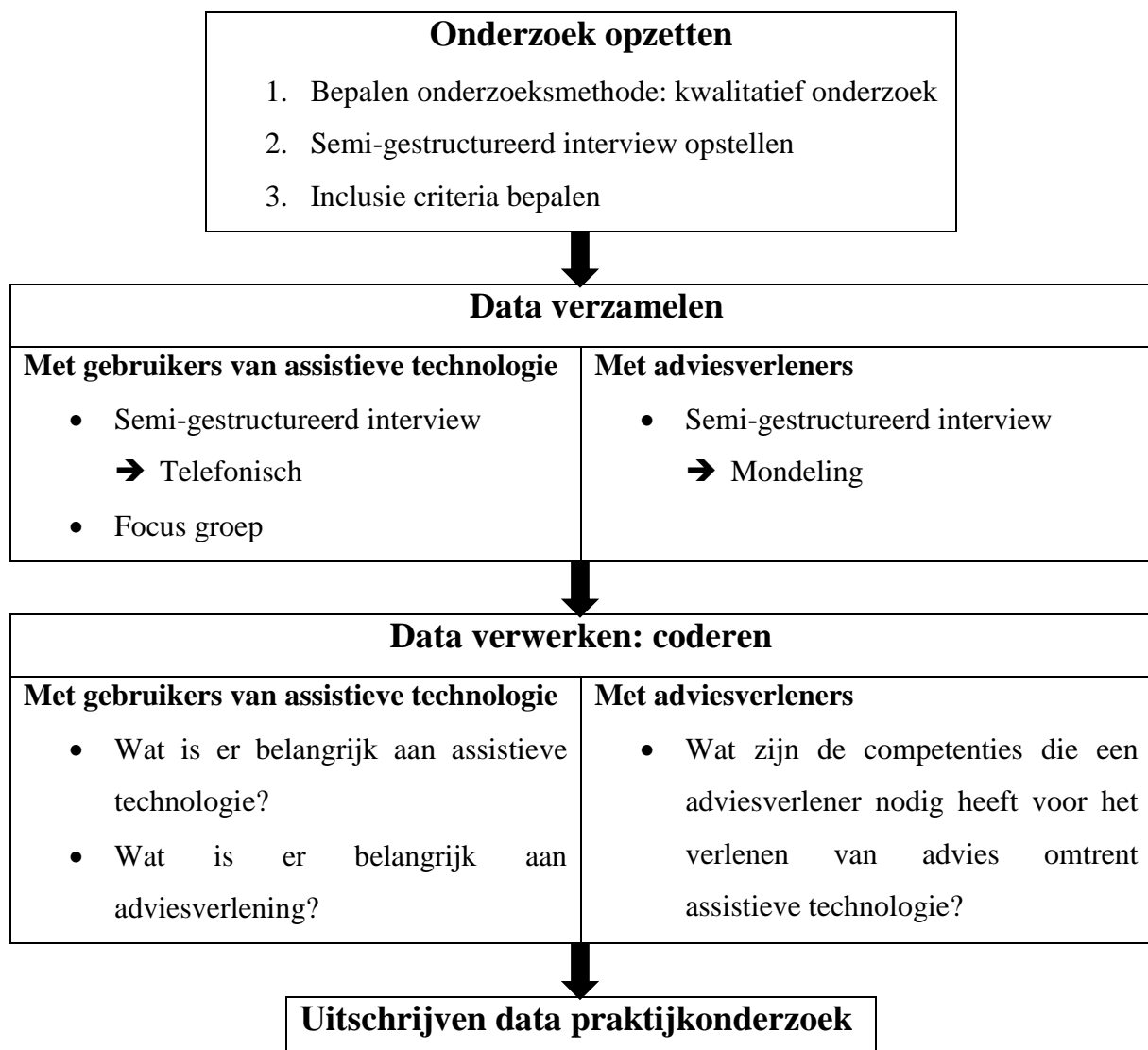
- De gebruiker van assistieve technologie vindt het design van assistieve technologie belangrijk.
- De gebruiker van assistieve technologie vindt de prijs van assistieve technologie belangrijk.
- De assistieve technologie moet gemakkelijk in gebruik zijn.
- De mening van de gebruiker van assistieve technologie is belangrijk.

Voor het interview bij adviesverleners van assistieve technologie is de volgende hypothese geformuleerd:

- De competenties van adviesverlener omtrent assistieve technologie zijn:

- kennis hebben over verschillende soorten, gebruik, alternatieven, terugbetaling,... van assistieve technologie;
- empatisch zijn;
- een goed probleemverhelderend gesprek kunnen uitvoeren;
- cliënt gecentreerd werken.

Deze hypotheses werden opgesteld als uitgangspunt van het praktijkonderzoek. Via de hypotheses was er een voorspelling waar er tijdens het onderzoek naar toe kon worden gewerkt. Ze waren belangrijk voor de richting van het onderzoek en het opstellen van de vragen van het praktijkonderzoek.



Figuur 2: methode praktijkonderzoek

2. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de onderdelen ‘assistieve technologie’ en ‘adviesverlening’ besproken en zijn er antwoorden op de onderzoeksvragen geformuleerd. De informatie en resultaten zijn bekomen uit de literatuurstudie en het praktijkonderzoek.

2.1 Resultaten Literatuurstudie

2.1.1 Algemeen

Voor het verlenen van advies omtrent assistieve technologie zijn er in het algemeen 2 grote uitdagingen in de maatschappij: het zoeken naar de beste assistieve technologie en het zo laag mogelijk houden van de kosten. Dit allemaal met als doel de tevredenheid van de cliënt zo hoog mogelijk houden (Bernd et al., 2009). Assistieve technologie kan een supplement zijn voor professionele zorg en kan de onafhankelijkheid tijdens activiteiten waarin beperkingen zijn, verhogen. Het kan participatie mogelijk maken in bepaalde situaties en kan de sleutel zijn tot inclusie in de maatschappij. Assistieve technologie heeft de mogelijkheid om de quality of life te verhogen, maar succes is niet gegarandeerd (Bernd et al., 2009).

Het doel van advies is hoofdzakelijk om een bijdrage te leveren aan het oplossen van beperkingen en het verminderen of voorkomen van een beperking in het handelen van de cliënt. Het draait dus niet alleen om goede raad geven vanuit eigen kennis (Heijsman, Lemette, de Veld, & Kuipers, 2007).

Adviseren moet bekeken worden als een vaardigheid. Zo ontdekt men dat niet alleen via kennis, maar ook via attitude en adviescompetenties, doelgericht gehandeld kan worden binnen een bepaalde context. De inhoud van de vraag en wie de vraag stelt, is mede bepalend voor hoe de ergotherapeut zich zal opstellen ten opzichte van de cliënt en welke communicatielijnen en relaties hierbij van toepassing zijn (Heijsman, 2007).

Om een zo groot mogelijk positief effect te bewerkstelligen moet er een zeer goede verstandhouding zijn tussen drie peilers. Enerzijds de vakinhoudelijke kwaliteit, en anderzijds de mate van acceptatie en de mate waarin het adviestraject en de uitvoering wordt begeleid (Alex de Veld, 2016).

2.1.2 Problemen rond assistieve technologie

Assistieve technologie wordt vaak voorgesteld zoals ze gebruikt wordt in optimale omstandigheden. De cliënt verkeert echter niet altijd in deze optimale omstandigheden waardoor het moeilijker wordt om de juiste assistieve technologie te vinden voor deze persoon. Assistieve technologie wordt ook niet altijd effectief/optimaal gebruikt. Vaak stopt het gebruik ervan omdat de cliënt er het nut niet van inziet (Martin et al., 2011).

Hedendaags is er nog maar weinig onderzoek gebeurd naar adviesverlening, enkel naar de effectiviteit van assistieve technologie. Wetenschappelijke literatuur is beperkt en er is een gebrek aan modellen en gestandaardiseerde, betrouwbare en valide instrumenten om het selectieproces van assistieve technologie te leiden en ondersteunen. Er zijn weinig gegevens beschikbaar over de doeltreffendheid van modellen om statistisch relevante voordelen te geven van assistieve technologie. Bij onderzoek naar assistieve technologie is er vooral een focus op de technische aspecten en de toegankelijkheid van assistieve technologie in het laboratorium, minder op de context en het gebruik ervan in het echte leven. Onderzoek naar de interactie tussen het individu, hun persoonlijke context, de omgeving en de assistieve technologie is nog niet veel gebeurd (Bernd et al., 2009).

Verder is er een groot aantal personen met een ontevreden en verkeerd gebruik van assistieve technologie. Er is nood aan een model dat rekening houdt met de omgeving waarin assistieve technologie wordt gebruikt, de noden en voorkeuren van de gebruiker en de functies en kenmerken van de assistieve technologie (Ripat & Woodgate, 2011). Als er geen match is tussen al deze dingen vanuit het standpunt van de gebruiker, is de kans groot dat de assistieve technologie niet optimaal in gebruik genomen wordt of benut kan worden.

2.1.3 Inzichten in de adviesverlening omtrent assistieve technologie

Vroeger werd de keuze van assistieve technologie hoofdzakelijk bepaald door de kenmerken van de assistieve technologie en de beperking. De laatste jaren is deze keuze veranderd naar een cliënt gecentreerde benadering. Dit wil zeggen dat de cliënt geen assistieve technologie krijgt die gebaseerd is op een medische diagnose, maar op de interactie tussen activiteit en cliënteigenschappen. Er wordt gesproken van een verschuiving van het medische- naar het sociale model (Bernd et al., 2009).

De visie die een cliënt hanteert ten opzichte van een hulpverlener omtrent de nood aan assistieve technologie kan grote consequenties hebben. Komt men in een situatie terecht waarbij de cliënt en de hulpverlener niet overeen komen, dan zal dit een negatieve impact hebben op het gebruik van assistieve technologie. De oorzaak ligt vaak bij de hulpverlener. Het perspectief dat hij opdraagt, kan een passieve houding creëren bij de cliënt. De kennis, levenservaring en sociale relaties die een cliënt gedurende zijn carrière heeft opgebouwd kunnen teniet worden gedaan. Belangrijk is de cliënt mee in het selectieproces te betrekken en dusdanig een samenwerkende relatie op te bouwen. De uiteindelijke beslissing over het al dan niet gebruiken van de assistieve technologie blijft bij de cliënt. Uit onderzoek bleek dat een collaboratieve assessment het ideale instrument is voor het zoeken naar de gewenste assistieve technologie, als ook voor het verdere gebruik ervan in de toekomst (Johnston, Currie, Drynan, Stainton, & Jongbloed, 2014).

Er is vaak interesse om te praten met ex-gebruikers van de assistieve technologie. De cliënt moet zo worden geïnformeerd dat hij - mits de beschikbare hulp - zelf in staat is om de meest geschikte assistieve technologie te kiezen. Deze informatie moet geleverd worden door de adviesverlener, ex-gebruikers, multidisciplinair team, familie,... (Lenker, Harris, Taugher, & Smith, 2013). Het geven van informatie is iets dynamisch, het eindigt nooit. Er ontstaan nieuwe invloeden, assistieve technologie, inzichten,... maar ook de cliënt en zijn omgeving veranderen. Daarom moet er continu een gestructureerde informatieverlening zijn. Dit betekent opvolging na de verkoop van assistieve technologie: is het product wel geschikt voor de cliënt, gebruikt hij het op de juiste manier en hoe zijn de cliënt zijn omgeving, noden, capaciteiten,... veranderd (Martin et al., 2011).

2.1.4 Visie van de gebruiker

De gebruiker is de belangrijkste beslisser in het maken van de keuze in assistieve technologie. Daarna komt de professionele adviesverlener (Martin et al., 2011). Verhoogde autonomie en zelfregulatie van dagelijkse activiteiten zijn de belangrijkste gevolgen van het gebruik van assistieve technologie. Verhoogde zelfredzaamheid maakt het mogelijk om adl en zelfzorg activiteiten thuis of op privé domein uit te voeren en een gelukkigere en gezondere levensstijl te leiden. Participatie en well-being zijn ook belangrijke gevolgen van het gebruik van assistieve technologie. Hierbij staat participatie voor een toenemende mobiliteit in de maatschappij, sociale en beroepsintegratie, productiviteit en mogelijkheden. Subjectieve well-being staat voor het gevoel van eigenwaarde, persoonlijke ontplooiing en het toegenomen gevoel van controle over de gebeurtenissen in het leven (Lenker et al., 2013).

Als methode voor het verwerven van informatie over assistieve technologie verkiest de cliënt om assistieve technologie te testen. Verder is er vaak de vraag naar het praten met andere gebruikers en het kunnen vergelijken van de beschikbare opties. De cliënt voelt zich geïnformeerd wanneer hij alle alternatieven kent van de assistieve technologie. Het krijgen van informatie van zowel andere gebruikers, healthcare professionals en reviews van gebruikers geven een goed gevoel van geïnformeerd zijn. Daar tegenover staan niet genoeg informatie krijgen en niet alle opties weten voor het gevoel van niet-geïnformeerd zijn. Beïnvloeding door de verkoper, niet zeker zijn waar je informatie kan zoeken en niet geteste informatie zorgen voor een slecht gevoel van geïnformeerd zijn (Martin et al., 2011).

Er is een duidelijke relatie tussen zich geïnformeerd voelen en de tevredenheid van de assistieve technologie. Hoe meer de cliënt zich geïnformeerd voelt, hoe tevredener hij is. Er is echter geen relatie tussen het jaren gebruiken van assistieve technologie en de tevredenheid ervan (Martin et al., 2011).

2.1.5 Basiscompetenties adviesverlener

‘Goed’ en ‘succesvol’ adviseren vraagt om specifieke competenties van degene die adviseert. Het gaat altijd om maatwerk. Behalve inhoudelijke kennis, gaat het om sensitiviteit, opmerkzaamheid en inzicht in processen die een rol spelen bij communicatie, acceptatie, bewustwording, leren en veranderen (Heijmans et al., 2007).

Het KOC heeft basiscompetenties opgesteld die de adviseur nodig heeft voor een optimale adviesverlening. Een eerste competentie is alert zijn. Je moet de betrokkene in zijn omgeving observeren. Hierbij bekijk je niet enkel de gevraagde activiteiten, maar het geheel (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

Respectvol zijn tegenover de cliënt doe je onder andere door je duidelijk voor te stellen. Schets het verloop van je advies en houd je aan de planning. Vaak weet de cliënt niet hoe lang een adviesverlening of huisbezoek zal duren. De cliënt moet geïnformeerd worden over wat er na het advies nog gaat gebeuren. Bevraag de betrokkene als ervaringsdeskundige en maak eventuele weerstand bespreekbaar. Om een negatief toekomstbeeld te bespreken doe je dit best met de nodige omzichtigheid en tact (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

Een open-minded houding kan er voor zorgen dat je meer informatie ontvangt. Je luistert en adviseert het best met een open geest. Verder is het stellen van vragen en samenvatten van wat je begrepen hebt nuttig ter controle (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

Oplossingsgericht werken doe je door naar een oplossing toe te werken en rekening te houden met alle factoren bij het vergelijken van de mogelijkheden. Hierbij moet je ook duidelijk zijn in wat er nog mogelijk is (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

Tijdens de adviesverlening neem je het best een integere houding aan. Jezelf blijven en oprecht en eerlijk zijn, zorgt meestal voor een goede relatie met de cliënt. Benoem de weerstanden, onduidelijkheden en tegenstrijdigheden en handel consequent (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

2.1.6 Modellen

Het proces dat begint waar de cliënt voor de eerste keer te horen krijgt/beseft dat hij assistieve technologie nodig heeft tot het aanwerven van de assistieve technologie, gaat niet altijd vanzelf. Voor het optimale gebruik en het gebruik van de juiste assistieve technologie moeten er verschillende stappen genomen worden, waarbij de cliënt vaak voor moeilijke beslissingen komt te staan. De stappen kunnen bestaan uit: advisering, oefenen, leren, informatie verschaffen en bewustmakingscampagnes. Deze kennis helpt vaak in het nemen van stappen, doelen opstellen, beslissingen maken en het maken van plannen. Zelf in staat zijn om beslissingen te maken helpt de cliënt vaak verder in het proces. Elke stap is belangrijk voor het verkrijgen van informatie. Zo is de assistieve technologie leren gebruiken niet enkel het verkrijgen van informatie en oefenen. Heel wat andere factoren spelen mee. Motivatie is bijvoorbeeld een zeer belangrijke factor: zowel motivatie om te leren, als om te willen veranderen (Federici & Scherer, 2012).

2.1.6.1 ICF

De ICF, een vaak gebruikt model in de revalidatie, kan een nuttig hulpmiddel zijn voor de beste persoon-assistieve technologie overeenkomst binnen het selectie proces. De ICF zelf is niet bedoeld om de adviesverlening te leiden, maar literatuur toonde een mogelijkheid waarbij het een beschrijvend model voor assistieve technologie is. Het gebruik van de ICF als een voorspellend model voor assistieve technologie selectie is onvoldoende. Een herziening van het

ICF-model met betrekking tot aanvullende componenten is een mogelijkheid. De aanvulling van begrippen keuze, tijd, welzijn, levenskwaliteit en een gedefinieerde persoonlijke context kunnen nuttig zijn als een conceptuele achtergrond van assistieve technologie (Bernd et al., 2009).

Veel onderzoeken hebben aangetoond dat de ICF een theoretische basis biedt voor de context van assistieve technologie. Het is handig om de complexiteit van adviesverlening en de impact van de assistieve technologie weer te geven (Bernd et al., 2009).

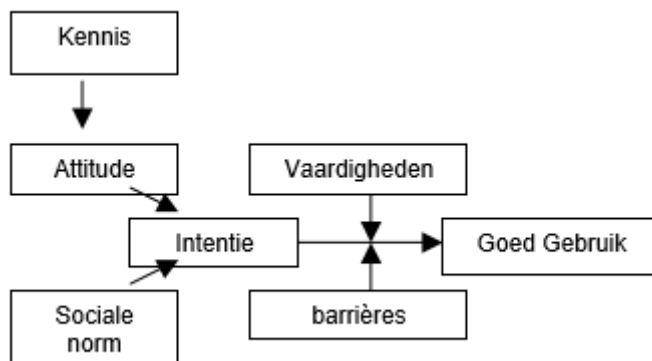
De ICF illustreert een realistisch en holistisch beeld van wat de cliënt doet in zijn persoonlijke omgeving en wat zijn capaciteiten hem toelaten te doen. Het duidelijk beschrijven van stoornissen, beperkingen en participatie problemen kan een duidelijke link zijn naar een assistieve technologie. Dit moet geoptimaliseerd worden door rekening te houden met de persoonlijke- en omgevingsfactoren. De ICF is de integratie van het medische- en sociale model in het zo genoemde biopsychosociaal model, wat het doel is van de mensenrechten benadering (Bernd et al., 2009). Assistieve technologie is gesitueerd in de component omgevingsfactoren in de ICF. Ook het HOPP dat tijdens de opleiding grondig bestudeerd werd, kan op dezelfde manier een handig hulpmiddel zijn om advies te geven over assistieve technologie.

2.1.6.2 Matching person and technology model

Dit model heeft als doel: een effectieve match tussen persoon, assistieve technologie en omgeving. Persoonlijke doelen en tevredenheid van de cliënt hebben een invloed op het biopsychosociaal perspectief. Samenhang met het ICF model is herkenbaar (Bernd et al., 2009).

Het “Matching Person and Technology model (MPT)” is het meest gepubliceerde model specifiek voor assistieve technologie selectie. MPT is een holistisch cliënt gecentreerd model met een evaluatie proces dat bestaat uit zes stappen. Het doel van het model is het zoeken van de meest geschikte assistieve technologie, waarbij gekeken wordt naar het perspectief van de cliënt en zijn mogelijkheden, de kenmerken van de assistieve technologie en de individuele omgevingsomstandigheden. Het proces wordt uitgevoerd door de aanbieder van de assistieve technologie en de cliënt via papier en potlood of door middel van een interview (Bernd et al., 2009).

2.1.6.3 Model ASE



Figuur 3: model ASE (Knibbe & Knippe, 2005)

Assistieve technologie kan heel wat voordelen hebben zowel voor de cliënt als voor de mantelzorger. Het kan zorgen voor meer autonomie, betere balans tussen belasting en belastbaarheid,... Maar een voorwaarde is wel dat de assistieve technologie correct gebruikt wordt (Knibbe & Knippe, 2005).

Kennis

Allereerst is het belangrijk kennis te hebben van wat assistieve technologie wel en niet kan. Wordt de assistieve technologie bijvoorbeeld door de mantelzorger als onhandig ervaren; of blijkt bij nadere analyse dat de assistieve technologie voor de betreffende cliënt niet de juiste is of dat er onvoldoende instructies zijn gegeven (Knibbe & Knippe, 2005)? Kennis over wat assistieve technologie kan betekenen in een bepaalde specifieke situatie is essentieel voor het uiteindelijke gebruik. Het is daarom belangrijk dat er door onafhankelijke instituten product- en gebruiksevaluaties worden uitgevoerd (Knibbe & Knippe, 2005). Bij kleine assistieve technologie zijn er producten die niet doen wat ze moeten doen. Het op proef nemen van assistieve technologie die je niet kent, kan ontluistering voorkomen (Knibbe & Knippe, 2005). Adequate kennis van assistieve technologie kan voorkomen dat cliënten een emotionele weerstand ontwikkelen tegen het gebruik (Knibbe & Knippe, 2005).

De attitude

De attitude is het uiteindelijke resultaat van de voor- en nadelen van het gebruik van de assistieve technologie. Als er veel en belangrijke voordelen zijn, heb je een kans dat ze opwegen tegen de nadelen. Je moet weten welke voordelen er zijn en die ook hebben ervaren. Een voorbeeld is: meer comfort en zelfstandigheid voor de cliënt en minder fysieke belasting van

de zorgverlener. Daarbij moet men zich afvragen voor wie de voor- en nadelen gelden (Knibbe & Knibbe, 2005).

Sociale norm

Een veel gehoorde reden om assistieve technologie niet te gebruiken is: ‘de cliënt wil niet’. Als zorgverlener voel je dan de (sociale) druk van de cliënt om daar aan toe te geven. Om dit te voorkomen is de introductie van een hulpmiddel cruciaal (Knibbe & Knibbe, 2005).

Niet alleen kan de sociale norm van de cliënt een rol spelen, ook de normen die in een zorgteam worden gehanteerd kunnen bepalend zijn voor goed gebruik van assistieve technologie. De adviesverleners spelen eveneens een belangrijke rol bij de meningsvorming, de sociale norm, in een team. Zij hebben door hun extra expertise, vaardigheden en uitstraling direct en indirect (via de collega’s) invloed op het goed gebruik van assistieve technologie (Knibbe & Knibbe, 2005).

Barrières

Een belangrijke barrière voor het goed gebruiken van assistieve technologie is de ruimte. Ruimte kan fysiek de grens betekenen van wat mogelijk is. Ook de inrichting kan een barrière zijn voor het goed gebruiken van assistieve technologie (Knibbe & Knibbe, 2005).

Naast deze ruimtelijke- en de daaraan gekoppelde inrichtingsproblemen zijn er ook barrières op een ander niveau te zien. Bijvoorbeeld het geven van instructies over hoe de assistieve technologie werkt (Knibbe & Knibbe, 2005).

Vaardigheden

Om assistieve technologie goed te gebruiken moet je over enkele vaardigheden beschikken. Een uitgebreide schriftelijke instructie, met een onderverdeling van de activiteiten in meerdere stappen en vermelding van aandachtspunten, is volgens onderzoekers minimaal vereist. Zij bevelen eveneens aan een instructiefilm bij de assistieve technologie toe te voegen. Tot slot zou het mogelijk moeten zijn dat cliënten instructies en training krijgen van een ergotherapeut of andere hulpverlener (Knibbe & Knibbe, 2005).

Tot slot

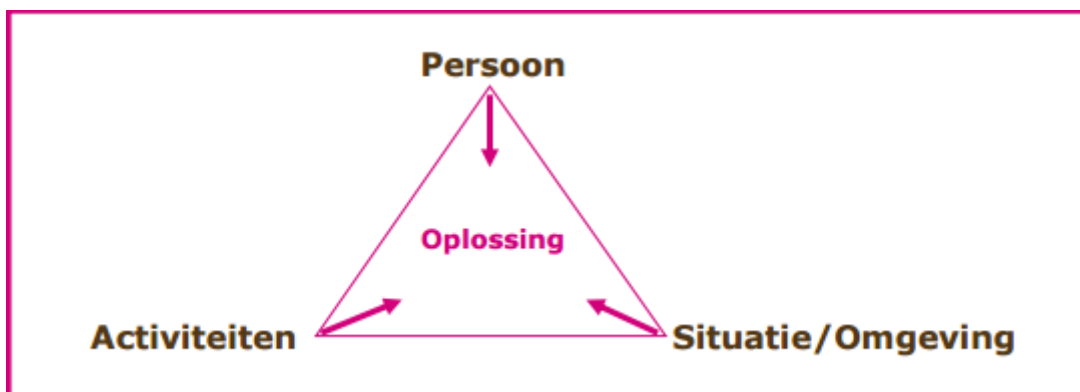
Het goed gebruiken van assistieve technologie is een complexe zaak. De assistieve technologie moet gekend en goed zijn en moet passen bij de behoefte van de cliënt en zijn omgeving. De betrokkenen moeten vaardig zijn in het gebruik, er mogen geen fysieke barrières zijn en de

sociale groepsnorm moet positief zijn. Al deze factoren zijn samengebracht in het model (Knibbe & Knibbe, 2005).

2.1.6.4 Model KOC: Methode voor persoonlijke adviesverlening

Basisconcept

De persoon met een beperking of zijn omgeving vraagt een oplossing om een activiteit uit te voeren in een bepaalde omgeving. Het probleem kan gesignaleerd worden via: de betrokkene, mantelzorger, professionele hulpverlener, dienst maatschappelijk werk,... Wetende dat iedere persoon uniek is, iedereen activiteiten anders uitvoert en ze ook in een andere omgeving uitvoert, moeten zowel persoon, activiteit als omgeving geanalyseerd worden om tot een oplossing te komen. Deze analyse leidt tot functionele, technische en financiële eisen die gesteld worden aan de oplossing. Verder moeten alternatieven worden afgewogen en wordt de meest adequate oplossing gekozen met de beste prijs-kwaliteitsverhouding (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).



Figuur 4: methode voor persoonlijke adviesverlening (Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank, 2016)

Stappenplan adviseren

Probleemanalyse:

Stap 1: Deze stap bestaat er in een globaal beeld van de cliënt te verkrijgen. Eerst worden de persoons- en medische gegevens beschreven. Verder worden de functionele gegevens, sociale gegevens, werksituatie, schoolsituatie, organisatie van hulpverlening en beschikbare assistieve technologie beschreven. Deze informatie kan je vinden in een bestaand VAPH-verslag, medische verslagen, verslag van kinesist, ergotherapeut, psycholoog, logopedist en andere documenten zoals RIZIV, CARA,... De informatie wordt verkregen via een gesprek met de

betrokken hulpverlening, een gesprek met de persoon en via een huisbezoek (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

Stap 2: Tijdens deze stap worden alle activiteiten geïnventariseerd. Van daaruit wordt de probleemactiviteit geselecteerd. Hierbij start men niet vanuit de oplossing, maar vanuit de activiteit. Er wordt rekening gehouden met de evoluties en consequenties. Activiteiten en oplossingen interfereren met elkaar. Men kan dit doen door de dag te overlopen, een rondgang door de woning of een activiteitenlijst in te vullen (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

Stap 3: Indeling per probleemactiviteit: analyse activiteit, persoon en situatie/omgeving.

Analyse persoon en activiteit: het belang van de frequentie en duur van de activiteit wordt in kaart gebracht. Dit bepaalt mee de keuze van de oplossing en de beslissing over terugbetaling. Verder wordt het precieze probleem in kaart gebracht. De activiteit moet geanalyseerd worden in reële omstandigheden en er moet rekening gehouden worden met: evoluties, schommelingen, beïnvloeding van het onderzoek, revalidatieaspecten en contra-indicaties (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

Analyse situatie/omgeving: hierbij wordt een aparte analyse van de omgeving en situatie uitgevoerd. Bij de analyse van de omgeving worden de locatie en omgevingsfactoren geanalyseerd. Bij de analyse van de situatie worden de sociale context en tijdsfactoren geanalyseerd (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

Stap 4 en 5: Tijdens deze stappen wordt de soort en het type assistieve technologie gekozen. De soort assistieve technologie is algemener dan het type. Zo heb je bijvoorbeeld de soort: aangepast bestek. Het type kan dan zijn: lichtgewicht bestek met schuim handvat. Tijdens het kiezen van de assistieve technologie wordt rekening gehouden met de volgende punten (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016):

- Toets de mogelijke oplossingen aan de functionele eisen. Begin met het meest eenvoudige en ga na of de persoon met assistieve technologie de activiteit op de gewenste manier kan uitvoeren, lang genoeg kan volhouden, in alle omstandigheden kan uitvoeren en voldoende snel kan uitvoeren. Ga na of de omgeving de assistieve technologie aanvaardt.
- Bespreek alternatieven met de betrokkene.
- Weeg alle alternatieven tegenover elkaar af en adviseer de meest adequate oplossing met de beste prijs-kwaliteitsverhouding.

- Uittesten is nodig bij twijfel over de adequaatheid van de assistieve technologie.
- Uittesten is nodig bij twijfel tussen verschillende alternatieven.
- Test uit in reële omstandigheden en met de mensen die de assistieve technologie gaan gebruiken.
- Afhankelijk van de situatie moet er meer of minder lang uitgetest worden.
- Test met een concreet doel.

Huisbezoek

Er worden minimale kwaliteitseisen opgesteld tijdens een huisbezoek. Assistieve technologie moet in functie zijn van de mobiliteit van de persoon die ondersteuning vraagt in- en rond de woning. Men moet bovendien rekening houden met het volwaardig gebruik van de noodzakelijke ruimtes binnen de woning. De assistieve technologie moet steeds geadviseerd worden op basis van voldoende feitelijke gegevens (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

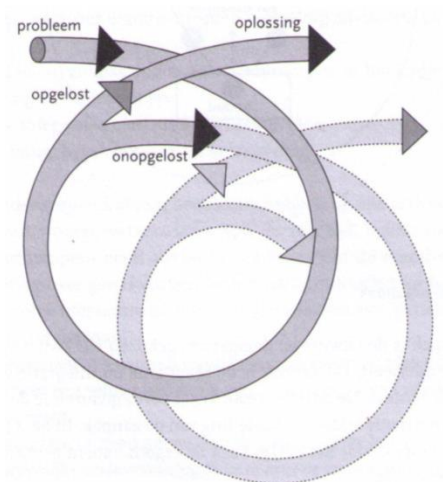
Een huisbezoek is belangrijk omdat het een duidelijk beeld geeft van de persoon in zijn eigen omgeving: de situatie op zich, de manier waarop de persoon in zijn situatie functioneert en de verhouding met de omgeving (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

2.1.6.5 Cyclus van probleem naar oplossing

De werkwijze van een adviserende ergotherapeut is steeds erg bewust en doelgericht. Het wordt gezien als een probleemoplossend proces (Kinébanian & Le Granze, 2006).

Men kan dit proces voorstellen als een cyclus beginnende bij het probleem of de vraag en gaande naar de oplossing. Als het probleem niet of onvoldoende is opgelost, start men opnieuw met een adviescyclus of cirkel tot men uiteindelijk tot de gepaste oplossing komt (Heijsman, 2007).

Tijdens deze cyclus doorloopt men verschillende fases. Via onderstaande tabel krijg je een overzicht van wat elke fase inhoudt (Alex de Veld, 2016).



Figuur 5: cyclus van probleem naar oplossing (Eefke Eenink, 2008-2009)

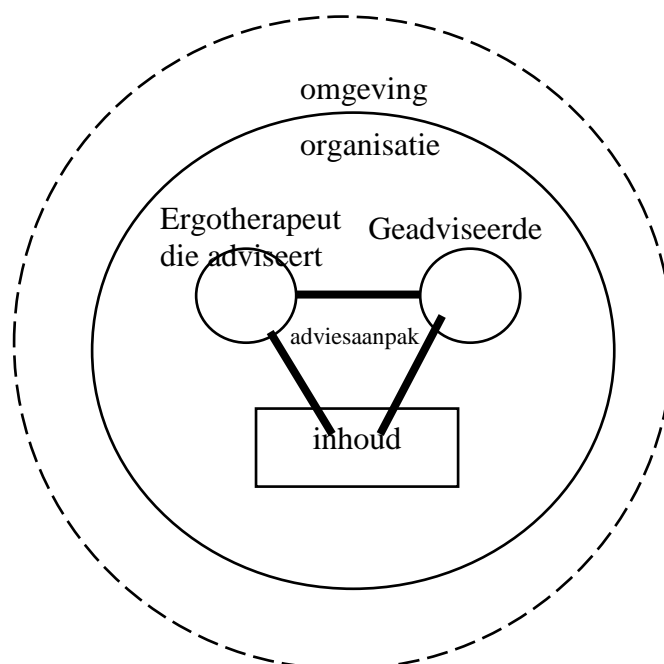
Hoofdfasen van het adviesmodel voor ergotherapeuten:

Fase	Inhoud
0	Adviesvraag
1	Vraag verheldering en analyse Verhelderen van de adviesvraag Vaststellen samenwerking Analyseren van de advies- en handelingsvraag Definiëren van de advies-en handelingsvraag
2	Doelbepaling en opstellen plan van aanpak Bepalen van doelen Verkennen en vaststellen van oplossingsrichtingen Opstellen plan van aanpak
3	Uitvoering Uitvoeren en bijstellen plan van aanpak
4	Evaluatie en nazorg Evalueren en nazorg afstemmen

Tabel 2: hoofdfasen adviesmodel (Alex de Veld, 2016)

2.1.6.6 Het Basis Adviesdiagram

De elementen die met adviseren te maken hebben, worden in dit diagram schematisch weergegeven. In het diagram wordt de omgeving en de organisatie weergegeven met daarin de adviserende factoren, namelijk; de ergotherapeut die adviseert, de geadviseerde en de inhoud en aanpak van het advies. Dit alles wordt samen aangeduid met het verzamelbegrip ‘context’ (Heijsman, 2007).



Figuur 6: basis adviesdiagram (Heijsman, 2007)

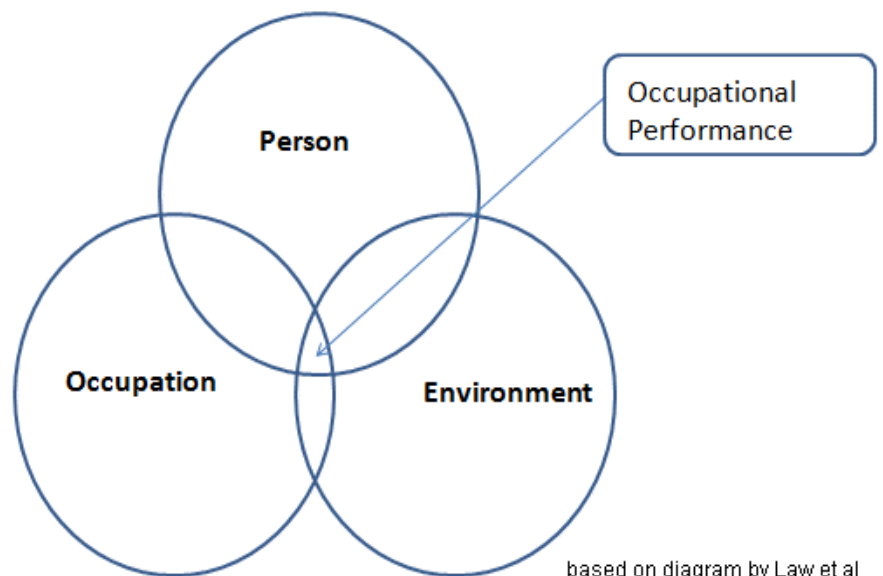
De aanpak van de ergotherapeut tijdens het adviseren wordt bepaald door de samenwerking van al deze elementen en de manier waarop ze met elkaar zijn verbonden. De ergotherapeut moet de situatie van de cliënt steeds bekijken als een continu proces. Pas na een volledige analyse van alle factoren en elementen én hoe deze met elkaar samengaan, zal hij merken dat alle resultaten hieruit voortvloeien (Heijnsman, 2007).

De onderbroken lijn in het diagram betekent dat de omgeving nooit volledig is aan te duiden. De doorgetrokken lijn in het diagram duidt aan dat er wel een verschil kan gemaakt worden tussen de organisatie en de omgeving (Heijnsman, 2007).

Een zorgvuldige analyse van de context is erg belangrijk om zoveel mogelijk rekening te houden met de vraag of het probleem van de cliënt. Tevens kan men zo ook vaststellen welke andere personen of organisaties hierbij betrokken zijn. De context blijft steeds in beweging (Heijnsman, 2007).

2.1.6.7 Context-based adviseren: PEO-model

Via het PEO-model of Person – Environment – Occupation – model, wordt de relatie tussen het handelen en de context op een duidelijke manier weergegeven. Mensen handelen steeds in een context. De context oefent invloed uit op het handelen en omgekeerd. De context kan zowel handelen doen ontstaan als belemmeren.



Figuur 7: PEO-model (Alex de Veld, 2016)

based on diagram by Law et al

Tussen deze drie elementen is er steeds een continue wisselwerking. Het is tijdens het adviseren van erg groot belang dat er inzicht is in de interactie tussen deze drie elementen. Het ergotherapeutisch advies tracht steeds het handelen te realiseren, handelingsbeperkingen te voorkomen of te verminderen. Om die reden kan het gegeven advies zowel gericht zijn op de cliënt en zijn systeem als op zijn activiteiten en de context (Alex de Veld, 2016).

De ergotherapeut is er zich via dit context-based adviseren van bewust dat de handelingscontext tot stand komt door de samenwerking van alle elementen die een persoon en zijn omgeving omringen. Dit geldt natuurlijk ook voor de adviserende ergotherapeut. Hierdoor kan men dus spreken van een context-based advies. Men bedoelt hiermee dat mogelijke beperkingen qua handelen, medewerking of aanvaarding in de maatschappij deel uitmaken van de context en het advies gericht is op die context (Alex de Veld, 2016).

Het PEO-model wordt vaak gebruikt binnen de ergotherapie. Het kan helpen bij het analyseren, reflecteren en het verhelderen van de gestelde vraag tijdens het adviseren en dit zowel bij het begin van het advies, het adviesproces en de evaluatie van het advies (Alex de Veld, 2016).

2.1.7 Terugbetaling van assistieve technologie

VAPH voorziet een tussenkomst bij assistieve technologie als de kosten die voortvloeien uit een handicap en sociale integratie hoog genoeg zijn. De aanvraag voor de tussenkomst van assistieve technologie gebeurt door de betrokkene en het individuele materiële bijstand-multidisciplinair team door middel van een multidisciplinair verslag en adviesrapport met motivatie van de functionele noodzaak. Het VAPH is verantwoordelijk voor de toekenning van de tussenkomst op basis van het ingeleverde multidisciplinair verslag en adviesrapport. Hierbij is het handig om een huisbezoek toe te voegen (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

Assistieve technologie wordt terugbetaald als dit in de refertelijst van het VAPH staat. Hierbij staat het refertebedrag (=maximum bedrag van tegemoetkoming) en refertetermijn (=gemiddelde levensduur van het hulpmiddel). Indien de kostprijs van de assistieve technologie meer dan 300 euro duurder is dan het refertebedrag, kan een aanvraag ingediend worden bij de bijzondere bijstandsc commissie (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

Als de geadviseerde assistieve technologie niet in de refertelijst staat en duurder is dan 300 euro, kan aan de bijzondere bijstandsc commissie de vraag gesteld worden naar een eventuele terugbetaling. Deze moet zeer goed gemotiveerd worden. Indien de geadviseerde assistieve technologie minder dan 300 euro kost en niet in de refertelijst staat, is er geen terugbetaling mogelijk. Dit omdat het dossier zelf 300 euro kost (*Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, 2016).

2.1.8 Rol van de ergotherapeut

2.1.8.1 Is de ergotherapeut een geschikte persoon voor adviesverlening?

Ergotherapeuten zijn met hun kennis over de cliënt - zijn dagelijkse activiteiten, vaardigheden en context - de ideale persoon om mee samen te werken rondom design, ontwikkeling en klinische toepassing van nieuwe- of aangepaste assistieve technologie. Ergotherapeuten geven assistieve technologie gerelateerde diensten in verschillende instellingen en in verschillende rollen (Buning et al., 2003).

De ergotherapeut biedt verscheidene diensten aan rondom assistieve technologie. Deze bestaan uit evaluatie, aanbevelen, rechtvaardigen van de nood, voorspraak, bewustzijn over financieringsmiddelen, fabricatie, aanpassingen, training, integratie en opvolging (Buning et al., 2003).

Ergotherapeuten met expertise en educatie van assistieve technologie zijn bevoegd om assistieve technologie te evalueren en te voorzien binnen ergotherapeutische interventies. De frequentie en methode van supervisie kunnen verschillen naargelang de context waarbinnen geoefend wordt. De adviesverlening wordt eveneens bepaald door de vaardigheden van de ergotherapeut, de complexiteit van de noden van de cliënt en de context waarbinnen geoefend zal worden (Buning et al., 2003).

Ergotherapeuten nemen zowel de basis assistieve technologie (vb.: activiteiten van het dagelijkse leven hulpmiddelen, verlengde armen, rasters) als de complexe assistieve technologie (vb.: gepersonaliseerde mobiliteit toestellen, aangepaste computers en domotica systemen) op in hun interventies. De intentie hiervan is om de technologie te gebruiken als een middel om de individuele participatie te verbeteren binnen de gebieden waar men handelt. Het in acht nemen van context, vereisten van de activiteit en cliënteigenschappen zijn cruciaal voor een succesvol resultaat (Buning et al., 2003).

De activiteiten die een persoon kiest om deel aan te nemen, hebben een doel en betekenis voor het individu. Wanneer een persoon niet in staat is om in betekenisvolle activiteiten of handelingen te participeren, kan assistieve technologie ondersteuning bieden. De ergotherapeut creëert een succesvolle match tussen het individu en de assistieve technologie. Dit doet hij door het invullen van een handelingsprofiel, een analyse van handelingsvaardigheden, de analyse van de kenmerken van de assistieve technologie, de activiteiten voorwaarden en de context waarbinnen de assistieve technologie zal gebruikt worden (Buning et al., 2003).

Binnen de ergotherapeutische hulpverlening, biedt assistieve technologie een verhoging van individuele controle, communicatie, mobiliteit, zelfstandigheid, werk, vrije tijd en sociale participatie. Assistieve technologie kan bij een persoon zijn prestaties optimaliseren (Buning et al., 2003).

2.1.8.2 Adviseren door ergotherapeuten: focus op handelen

Advies van ergotherapeuten is gericht op het mogelijk maken van dagelijks handelen. Een ergotherapeutisch advies heeft altijd te maken met wat mensen doen, of waaraan ze mee doen (Alt Murphy, Sunnerhagen, Johnels, & Willen). Op basis van hun beroepsdeskundigheid rond het handelen, meer bepaald de kennis over het uitvoeren van dagdagelijkse en maatschappelijke activiteiten in een specifieke context, worden de ergotherapeuten om advies gevraagd. Dit advies kan betrekking hebben op zorg, welzijn, maatschappelijke en zakelijke dienstverleningen. Hierbij kan het gaan om handelingsbeperkingen op het gebied van dagelijkse en maatschappelijke activiteiten van de cliënt, zijn systeem, een groep, een populatie of een organisatie (Heijsman et al., 2007).

Adviseren gericht op een persoon en zijn systeem

De persoon aan wie advies wordt gericht kan een cliënt zijn, een bewoner of een bezoeker van een intramurale of extramurale zorgcontext. Het kan ook een particuliere klant van de ergotherapeut zijn die om raad vraagt. De persoon is steeds onafscheidelijk verbonden met zijn systeem. Hiermee bedoelt men het familie- of met andere woorden het cliëntsysteem.

Het handelen van de persoon is onlosmakelijk gelinkt aan het handelen van de personen uit zijn systeem. Het advies van een ergotherapeut is daarom steeds gericht op het handelen van de cliënt en zijn systeem. Men spreekt soms ook wel van systeemgericht adviseren. Het gaat hierbij dus zowel om het handelen van de cliënt, zijn naaste betrokkenen als om het samen handelen van beide (Heijsman et al., 2007).

Adviseren gericht op groepen en populaties

Als men spreekt over een groep bedoelt men meerder personen die een gelijkaardige beperking hebben met betrekking tot het handelen, participeren of de sociale inclusie. Bij een populatie bedoelt men een grote groep van mensen in de samenleving die in een bepaalde omgeving werken, leven of wonen. Deze mensen delen kenmerken op cultureel vlak, op vlak van leefsituatie of leeftijd. Ook zij kunnen een beperking hebben bij het handelen, participeren of sociale inclusie. Als men het advies gaat richten op groepen en populaties is de doelgroep

tegelijk de gebruikersgroep. Het is belangrijk de ervaringsdeskundigheid van de doelgroep te benutten als men advies op maat wil kunnen ontwikkelen (Heijnsman et al., 2007).

Adviseren gericht op organisaties

Met een organisatie bedoelt men bijvoorbeeld een vereniging, een school, een bedrijf of een instelling die zich inzet, of verantwoordelijk is voor het mogelijk maken van het handelen van hun leerlingen, leden, medewerkers, bewoners of leidinggevenden (Heijnsman et al., 2007).

2.2 Resultaten praktijkonderzoek

Tijdens het praktijkonderzoek zijn we op zoek gegaan naar een antwoord op de onderzoeksvraag: “Welke competenties heeft een adviesverlener nodig voor het aanreiken van assistieve technologie bij personen met een hulpvraag tussen 18 en 65 jaar?”. Om een antwoord op deze onderzoeksvraag te formuleren werden bij de gebruikers van assistieve technologie drie semi-gestructureerde interviews afgenomen en één focusgroep bij vier deelnemers. Bij de adviesverleners werden negen semi-gestructureerde interviews afgenomen.

2.2.1 Interview met gebruikers

De belangrijkste voorwaarde voor assistieve technologie is dat het functioneel moet zijn. Het moet de zelfstandigheid doen toenemen en een bijdrage leveren aan alledaagse activiteiten. Indien de zelfstandigheid toenam, gaf de meerderheid aan dat het design in mindere mate belangrijk is. Het gebruik van te veel assistieve technologie kan te complex en te veel worden. Assistieve technologie moet doelgericht zijn, het moet doen wat het hoort te doen. De meerwaarde die assistieve technologie geeft in het dagelijkse leven moet het liefst gebeuren zonder hulp van een externe persoon. Een deel van een taak uitvoeren kan voldoening geven en je helpen, maar verruimt in mindere mate je zelfredzaamheid. Assistieve technologie mag niet te moeilijk in gebruik zijn, zodat het aanleren ervan niet meer inspanning vraagt dan het niet gebruiken. Verder was een vaak terugkomend antwoord dat de assistieve technologie veilig moet zijn. De gebruiker moet zich tijdens het gebruik goed en vertrouwd voelen met het product. De prijs die gebruikers willen geven aan assistieve technologie is afhankelijk van de meerwaarde die het kan bieden in hun leven.

De adviesverlener is een persoon die een grote invloed kan hebben op de keuze van assistieve technologie. Het moet een persoon zijn die luistert en naar de persoonlijke noden van de cliënt gaat kijken. Hij moet voldoende tijd vrijmaken voor de cliënt gedurende het proces door

voldoende duidelijkheid te geven en samen de assistieve technologie uit te testen. Tijdens het proces van advies verlenen is het belangrijk om de nodige informatie ook aan familie, vrienden, mantelzorger,... te geven. Zij staan dicht in contact met de cliënt en hebben er een grote invloed op. De adviesverlener heeft de nodige kennis over assistieve technologie nodig. Hij moet informatie en nieuwe assistieve technologie die de cliënt nog niet kent kunnen aanreiken. Tijdens het proces moet hij vertrekken vanuit de cliënt en niet vanuit het product. De cliënt kent zijn lichaam het best, samen met zijn noden en interesses. Voor het aanreiken van de juiste assistieve technologie kan soms heel wat creativiteit nodig zijn. Het is ook belangrijk dat er rekening wordt gehouden met de omgeving en de financiële mogelijkheden van de cliënt. Als laatste kan de adviesverlener je via positieve feedback dat extraatje geven, zodat je toch blijft doorzetten. Het kan de cliënt dan heel wat voldoening geven om dingen die hij daarvoor niet zelf kon, toch te leren doen.

2.2.2 Interview met adviesverleners

De adviesverleners die geïnterviewd werden, zijn hoofdzakelijk ergotherapeuten. De adviesverleners of verantwoordelijken geven aan dat de ergotherapeut een belangrijke rol heeft tijdens de adviesverlening. De doelgroep van de adviesverleners is hoofdzakelijk personen met een beperking. De leeftijd van het doelpubliek is soms afgebakend tot ouderen, namelijk 65+.

De adviesverlening verloopt niet bij elke adviseur op dezelfde manier. Verder is men het er ook niet over eens of de adviesverlening optimaal is en hoe deze geoptimaliseerd kan worden. Adviesverlening is een continu proces dat altijd kan verbeteren. Een vaak terugkomend antwoord is dat er meer tijd moet vrijgemaakt worden voor de cliënt. Er zou meer met de cliënten moeten worden langsgestaan om samen met hun te bekijken wat haalbaar is, de assistieve technologie uit te testen en een beter beeld te krijgen van de noden en eisen van de cliënt. Bijscholingen over assistieve technologie en adviesverlening zijn nodig om nieuwe assistieve technologie te leren kennen. Opfrissing en de info op de verpakking van assistieve technologie zijn vaak niet voldoende. Verder kan het proces van de adviesverlening geoptimaliseerd worden, zodat dit vlotter verloopt voor de cliënt. Dit geldt ook voor de financiering van assistieve technologie.

Tijdens de loopbaan van de adviesverleners zijn er bepaalde dingen veranderd. De grootste verandering is de vooruitgang van de technologie die er voor gezorgd heeft dat de beschikbare assistieve technologie een grote evolutie heeft doorgemaakt. Deze technologische vooruitgang

heeft er echter ook voor gezorgd dat de cliënt overal naar informatie kan gaan zoeken en een overvloed aan onprofessionele informatie binnenkrijgt. De informatie die beschikbaar is op het web is niet altijd correct en kan voor problemen zorgen. Verder is er veel meer kennis beschikbaar en zijn er meer opleidingen. De samenwerking met andere disciplines is ruimer geworden.

De adviesverlener moet over heel wat competenties beschikken. Als eerste kwam uit het onderzoek: een goede kennis hebben over de beschikbare en nieuwe assistieve technologie. Hij moet bovendien een goed empathisch vermogen hebben. Zich goed kunnen inleven in de situatie en de gevoelens van de cliënt zorgt er voor dat de assistieve technologie meer is aangepast aan de cliënt. De adviesverlener heeft vaak sociaal contact met de cliënt. Goede communicatie, luistervermogen en inzicht zorgen voor een optimale adviesverlening. Als adviesverlener moet men rekening houden met de mogelijkheden van de cliënt en omgeving, zowel op medisch als financieel vlak. De cliënt moet volledig in kaart worden gebracht. Ervaring op de werkvloer zorgt voor een efficiëntere begeleiding. Dit moet gebeuren met het nodige respect. Als laatste moet een adviesverlener ook vindingrijk en creatief zijn. Er bestaan immers vaak talloze makkelijkere, goedkopere,... alternatieven.

3. Discussie

In de bachelorproef hebben er zich enkele methodologische moeilijkheden voorgedaan. Er was bijvoorbeeld weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar die voldeed aan de in- en exclusie criteria.

Het was ook moeilijk om tijdig deelnemers te vinden voor het praktijkonderzoek. Dit heeft als gevolg dat het praktijkonderzoek bij adviesverleners gebaseerd is op negen deelnemers en bij de gebruikers van assistieve technologie op zeven deelnemers.

Tijdens de bachelorproef werd er gekozen voor het begrip “assistieve technologie”. Er zijn veel onduidelijkheden over dit begrip en het verschil met het begrip “hulpmiddelen”. Er is gekozen voor assistieve technologie omdat dit volgens ons meer omvattend is. Assistieve technologie was ook het meest gebruikte begrip in wetenschappelijke artikels. Door voor dit begrip te kiezen sluiten we ons inziens dan ook het best aan bij deze artikels. In de bachelorproef is er gekozen voor de definitie van SIHO omtrent assistieve technologie. Om een beter onderscheid te kunnen maken tussen deze twee begrippen is verder onderzoek aangewezen.

Dit is de eerste bachelorproef op de Hogeschool PXL over dit onderwerp. Hierdoor is er veel nagedacht over de richting van het onderzoek. Dit zorgde er samen met het vervroegd afstuderen voor dat de bachelorproef beperkt bleef tot een literatuurstudie en een kwalitatief onderzoek, ter ondersteuning van de literatuurstudie.

Om een breder publiek te kunnen aanspreken werd het kwalitatief praktijkonderzoek bij adviesverleners telefonisch uitgevoerd. Dit kan een kleine invloed hebben gehad op de gegeven resultaten, door de afwezigheid van non-verbale communicatie. Het kwalitatief praktijkonderzoek bij gebruikers van assistieve technologie gebeurde d.m.v. één focusgroep en drie semi-gestructureerde interviews. Bij de focusgroep was het mogelijk dat de deelnemers elkaar beïnvloed hebben en er een vertekening is ontstaan bij de resultaten.

De bevindingen uit de literatuurstudie komen in grote lijnen overeen met de resultaten van het kwalitatieve praktijkonderzoek. De grote overeenkomsten zijn:

- De cliënt moet betrokken worden bij de keuze van assistieve technologie.
- De adviesverlener moet goed en met het nodige respect kunnen luisteren.
- De assistieve technologie moet de zelfstandigheid van de cliënt verhogen en veilig zijn.
- Kennis over assistieve technologie is een vereiste voor een goede adviesverlening.

Van de hypothesen die we voor het kwalitatieve praktijkonderzoek na de literatuurstudie hebben opgesteld bleken er twee niet volledig correct te zijn. De eerste was dat het design van assistieve technologie een belangrijke rol zou spelen voor de gebruiker. Het design kan soms een minderwaardigheidsgevoel veroorzaken. De tweede was dat de prijs van assistieve technologie zeer belangrijk zou zijn bij de keuze ervan. Beide hypothesen werden niet volledig bevestigd. De gebruikers van assistieve technologie vinden het design niet zo belangrijk maar wel de functionaliteit. Verder gaven ze aan dat ze wel een prijs willen betalen voor assistieve technologie, als dit een meerwaarde biedt in hun dagelijks leven. In toekomstig onderzoek kan nagegaan worden waarom het design minder belangrijk is dan eerst gedacht. Is dit bijvoorbeeld afhankelijk van de leeftijd, graad van beperking, geslacht,...? De andere hypothesen bij het praktijkonderzoek bij gebruikers van assistieve technologie en de hypothese bij het praktijkonderzoek bij de adviesverleners waren correct.

In zowel literatuurstudie als praktijkonderzoek is er geen rekening gehouden met de weerstand van de cliënt. Het is echter mogelijk dat de cliënt het advies niet accepteert of toepast. Daar

kunnen verschillende redenen voor zijn. De cliënt in kwestie ziet bijvoorbeeld geen probleem in zijn huidige situatie of is niet gemotiveerd om de assistieve technologie te gebruiken. Verder onderzoek omtrent weerstand tijdens het proces is aangewezen.

Op voorhand was het de bedoeling om de gevonden wetenschappelijke literatuur te vergelijken met de leerstof die gedurende de opleiding ergotherapie aan bod komt; in de hoop dat dit ons zou helpen een antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvraag: “Beschikt de ergotherapeut over de competenties voor adviesverlening van assistieve technologie bij personen met een hulpvraag tussen 18 en 65 jaar?”. Dit was wegens tijdsgebrek echter niet mogelijk en verder onderzoek hierover is dan ook noodzakelijk. In de literatuurstudie en het praktijkonderzoek werd er wel onrechtstreeks een antwoord gegeven op deze onderzoeksvraag.

In de toekomst kan het product, gemaakt tijdens de projectstage, gedigitaliseerd worden. Later kan dit gekoppeld worden aan het HOPP. Door het HOPP in te vullen zou direct kunnen verwezen worden naar assistieve technologie. In toekomstig onderzoek kan onderzocht worden of dit een meerwaarde kan bieden aan de adviesverlening en of dit overeenkomt met de noden en eisen van de cliënt.

Het doel is om op termijn een centrum op te richten waar personen met een beperking terecht kunnen voor informatie omtrent assistieve technologie. In dit centrum zou informatie kunnen gegeven worden zonder beïnvloeding van de verkoper en is er de mogelijkheid om assistieve technologie uit te testen of te lenen.

4. Conclusie

In deze bachelorproef werd er gezocht naar de competenties die een adviesverlener nodig heeft voor het aanreiken van assistieve technologie en of de ergotherapeut hiervoor de geschikte persoon is. Het uiteindelijke doel is een onafhankelijk centrum oprichten waar mensen met een adviesvraag terecht kunnen omtrent assistieve technologie en samen met de adviesverlener een oplossing vinden op hun vraag. Heel wat personen weten nog niet naar waar- of wie ze kunnen gaan voor een zo objectief mogelijke adviesverlening. Advies kan wel gebeuren door een bedrijf of verkoper; maar de informatie die dan gegeven wordt kan gekleurd zijn door hun belangen. Er is weinig bekend over assistieve technologie en de competenties die vereist zijn voor adviesverlening van assistieve technologie.

Dit onderzoek is onderverdeeld in twee delen: hoofdzakelijk een literatuurstudie en een bijkomend praktijkonderzoek.

Uit de literatuurstudie kan worden geconcludeerd dat het voor het verkrijgen van assistieve technologie belangrijk is om de cliënt en omgeving te betrekken in het adviesverleningsproces. De adviesverlener heeft een grote invloed op de cliënt. Het is belangrijk dat hij cliënt gecentreerd werkt waarbij hij een integere houding aanneemt en alert, respectvol, open-minded, en oplossingsgericht is. Assistieve technologie kan zorgen voor een beter verhouding tussen belasting en belastbaarheid. Voorwaarde hiervoor is dat de assistieve technologie op de juiste wijze wordt gebruikt. Dit kan enkel wanneer de adviesverlener voldoende kennis heeft over de assistieve technologie, een goede afweging maakt tussen de voor- en nadelen van het gebruik en rekening houdt met de omgeving en vaardigheden van de cliënt. Assistieve technologie moet passen bij de noden en interesses van de cliënt.

Uit het kwalitatieve praktijkonderzoek kan geconcludeerd worden dat een adviesverlener een persoon moet zijn die goed kan luisteren naar de cliënt, waarbij empathie een belangrijke factor is. Hij moet de cliënt met zijn omgeving volledig in kaart kunnen brengen en de informatie op een respectvolle manier overbrengen aan de cliënt, familie, vrienden, mantelzorgers,... Kennis over assistieve technologie is noodzakelijk, maar ook creativiteit bij het kiezen van het juiste product. Tijdens de adviesverlening is het belangrijk dat er voldoende tijd wordt vrijgemaakt voor de cliënt en dat deze de assistieve technologie kan uitproberen.

Nadat de resultaten van de literatuurstudie en praktijkonderzoek werden doorgenomen, kon er geconcludeerd worden dat de ergotherapeut een belangrijke rol kan vervullen tijdens de adviesverlening omtrent assistieve technologie. In de wetenschappelijke artikels: “Assistive technology within occupational therapy practice” en “Adviseren als ergotherapeut” wordt aangegeven dat de ergotherapeut geschikt is voor adviesverlening omtrent assistieve technologie en hoe dit best gedaan wordt. In het praktijkonderzoek viel op dat vijf van de negen deelnemers ergotherapeut van opleiding waren. De andere deelnemers hadden ergotherapeuten als collega's of ze overwogen de aanwerving van een ergotherapeut.

5. Bibliografie

- Alex de Veld, A. H., Minjou Lemette (2016). *Adviseren door ergotherapeuten*
- Alt Murphy, M., Sunnerhagen, K. S., Johnels, B., & Willen, C. (2006). Three-dimensional kinematic motion analysis of a daily activity drinking from a glass: a pilot study. *J Neuroeng Rehabil*, 3, 18. doi:10.1186/1743-0003-3-18
- Bernd, T., Van Der Pijl, D., & De Witte, L. P. (2009). Existing models and instruments for the selection of assistive technology in rehabilitation practice. *Scand J Occup Ther*, 16(3), 146-158. doi:10.1080/11038120802449362
- Buning, M., Hammel, J., Angelo, J., Schmeler, M., Doster, S., Voelkerding, K., & Garza, E. (2003). Assistive technology within occupational therapy practice (2004). *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 58(6), 678-680.
- Eefke Eenink, T. H., Soemitro Poerbodipoero. (2008-2009). rolmodel voor adviseurs. *theoretische onderbouwing en contextbeschrijving*. Retrieved from
- Federici, S., & Scherer, M. (2012). *Assistive technology assessment handbook*: CRC Press.
- Froyen, H. (2015). *Universal design. Een methodologische benadering. Een weg naar mensvriendelijke en elegante architectuur*. Diepenbeek, België: Provinciale Hogeschool Limburg.
- Heijsman, A., Lemette, M., de Veld, A., & Kuipers, C. (2007). *Adviseren als ergotherapeut. Den Haag: Lemma*.
- Inter, A. T. V. (2016). Toegankelijkheid publieke gebouwen. Retrieved from <http://www.toegankelijkgebouw.be/Home/UniversalDesign/7basisprincipes/tabid/94/Default.aspx>
- Johnston, P., Currie, L. M., Drynan, D., Stainton, T., & Jongbloed, L. (2014). Getting it “right”: how collaborative relationships between people with disabilities and professionals can lead to the acquisition of needed assistive technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 9(5), 421-431.
- Kinébanian, A., & Le Granze, M. (2006). *Grondslagen van de ergotherapie*.
- Knibbe, N. E., & Knibbe, H. J. (2005). *Goedgebruik, dáár draait het om! LOCOmotion. Bennekom*.
- Lenker, J. A., Harris, F., Taugher, M., & Smith, R. O. (2013). Consumer perspectives on assistive technology outcomes. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(5), 373-380.

- Martin, J. K., Martin, L. G., Stumbo, N. J., & Morrill, J. H. (2011). The impact of consumer involvement on satisfaction with and use of assistive technology. *Disabil Rehabil Assist Technol*, 6(3), 225-242. doi:10.3109/17483107.2010.522685
- Methode voor persoonlijke adviesverlening en vlibank*, (2016).
- Niaounakis, T. K. (2013). *Productiviteitstrends in de geestelijke gezondheidszorg: Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op de productiviteitsontwikkeling tussen 1982 en 2010*: Delft University of Technology.
- Ripat, J., & Woodgate, R. (2011). The intersection of culture, disability and assistive technology. *Disabil Rehabil Assist Technol*, 6(2), 87-96. doi:10.3109/17483107.2010.507859
- Scherer, M., Jutai, J., Fuhrer, M., Demers, L., & Deruyter, F. (2007). A framework for modelling the selection of assistive technology devices (ATDs). *Disabil Rehabil Assist Technol*, 2(1), 1-8.
- SIHO. (2012). Visie assistieve technologie. Retrieved from https://siho.pxl.be/visie_assistieve_technologie
- WHO. (2016). Disability and health. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>
- Winkler, S. L. H., Vogel, B., Hoenig, H., Ripley, D. C. C., Wu, S., Fitzgerald, S. G., . . . Reker, D. M. (2010). Cost, utilization, and policy of provision of assistive technology devices to veterans poststroke by Medicare and VA. *Medical Care*, 48(6), 558-562.

Bijlagen

Bijlage 1: Interview met adviesverleners omtrent assistieve technologie

Bijlage 2: Interview met gebruikers van assistieve technologie

Bijlage 3: Informed consent

Bijlage 4: fiche projectstage

Bijlage 1: Interview met adviesverleners omtrent assistieve technologie

Vragen:

- Wat heeft u als opleiding gedaan?
- Welke rol vervult u binnen het bedrijf?
- Heeft u een specifieke doelgroep? Zo ja welke?
- Hoe verloopt het traject dat de cliënt moet doorlopen voor het verkrijgen van assistieve technologie?
- Op welke manier geeft u advies omtrent assistieve technologie?
- Zou u uw manier van advies willen veranderen? Zo ja, hoe zou deze geoptimaliseerd kunnen worden?
- Zijn er tijdens uw loopbaan veranderingen ontstaan in het verlenen van advies omtrent assistieve technologie? Zo ja, welke?
- Welke basiscompetenties heeft een hulpverlener/ergotherapeut volgens u nodig voor het verlenen van advies omtrent assistieve technologie?

Bijlage 2: Interview met gebruikers van assistieve technologie

Algemene vragen:

- Wat vindt u belangrijk aan assistieve technologie?
- Vindt u het design belangrijk?
- Heeft de prijs een invloed op het kopen van assistieve technologie?
- Wat vindt u belangrijk aan adviesverlening?

Bespreking per assistieve technologie:

Vragen:

- Kent u deze assistieve technologie?
- Zijn er positieve of negatieve kenmerken aan deze assistieve technologie?
- Wat vindt u van de prijs van deze assistieve technologie?

Assistieve technologie:

- Houten steelpan houder
- Asymmetrisch bord, melamine
- Aardappelschiller met klem
- Gefixeerde dunschiller
- Nagelknipper tafelmodel
- Verlicht bestek
- Snijplank combinatie met mes

Bijlage 3: Informed consent

Toestemmingsformulier

Voor meedoen aan de studie:

“Ergotherapeutische vaardigheden voor het verlenen van advies omtrent hulpmiddelen”

Ik verklaar hierbij, ondergetekende _____ op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard en methode van het onderzoek, zoals mondeling overlegd is. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daar een reden voor hoeft op te geven en beseft dat ik op elk moment mag stoppen met het onderzoek. Ik weet dat sommige mensen mijn gegevens, weliswaar gecodeerd kunnen zien. De onderzoekresultaten die gebruikt worden in wetenschappelijke publicaties zullen volledig geanonimiseerd gebeuren. Ik vind het goed om aan dit onderzoek mee te doen. Ik ben tevens op de hoogte van volgende punten:

- Het onderzoek wordt uitgevoerd in de hogeschool PXL-Healthcare.
- Ik word gevraagd om deel te nemen aan een eenmalig semi-gestructureerd interview.
- Ik kan op elk tijdstip voor, tijdens en na het onderzoek vragen stellen ten aanzien van het onderzoek.
- De resultaten van het onderzoek zullen anoniem en vertrouwelijk behandeld worden.
- De anoniem geregistreerde gegevens zijn ter inzage beschikbaar voor onderzoekers Sieben Berwaerts en Mattias Decoene (studenten hogeschool PXL) en Loeka Vanderborcht (de lector uit Hogeschool PXL).

Naam deelnemer: _____.

Datum: ____ / ____ / ____ . Handtekening deelnemer:

Naam onderzoeker: Mattias Decoene .

Datum: ____ / ____ / ____ . Handtekening onderzoeker:

Naam onderzoeker: Sieben Berwaerts.

Datum: ____ / ____ / ____ . Handtekening onderzoeker:

Bijlage 4: Fiche projectstage

Indeling:

Naam hulpmiddel:

Merk:

Doel:

Koppeling ICF

Stoornissen:

Beperkingen

Participatieproblemen

Gebruik:

Voordelen:

Nadelen:

Prijs:

Score op Universal Design:

Opmerkingen ergotherapeut:

Opmerkingen gebruiker:

Opmerkingen externe:

Alternatieven: