



Hogeschool PXL
Departement Healthcare
Opleiding Ergotherapie

EVIDENCE BASED SIMULATIEONDERWIJS
IN DE OPLEIDING ERGOTHERAPIE
Een literatuuronderzoek

Door **Helene Cambien en Laura Gevers**

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

Hasselt, 2017



Hogeschool PXL
Departement Healthcare
Opleiding Ergotherapie

**EVIDENCE BASED SIMULATIEONDERWIJS
IN DE OPLEIDING ERGOTHERAPIE**

Een literatuuronderzoek

Door **Helene Cambien en Laura Gevers**

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

Hasselt, 2017

Voorwoord

Graag zouden wij enkele mensen willen bedanken voor het mede mogelijk maken van het eindproduct van onze bachelorproef. Als eerste willen wij onze promotor van de Hogeschool PXL, Frederik Houben bedanken om ons te begeleiden doorheen het hele proces. Verder willen we Katrien Lannoy en Loeka Vanderborcht bedanken voor hun medewerking omtrent de verkregen informatie over het oefenhuis. Daarnaast willen we ook Lisa Basile bedanken, die het draaiboek mee hielp vormgeven. Als laatste willen we ook nog art-ID, onze projectstageplaats, en de simulanten en studenten die meewerkten aan ons project bedanken.

Inhoudsopgave

TREFWOORDEN	2
ABSTRACT	3
INLEIDING	4
METHODOLOGIE.....	9
RESULTATEN	12
RESULTATEN LITERAATUURSTUDIE	12
OPBOUW DRAAIBOEK	15
DISCUSSIE.....	20
THEORETISCH GEDEELTE: RESULTATEN VAN DE LITERAATUURSTUDIE	20
PRAKTISCH GEDEELTE: UITWERKING VAN HET DRAAIBOEK	25
CONCLUSIE	30
BIBLIOGRAFIE	32
BIJLAGEN.....	34
BIJLAGE 1: HANDLEIDING VOOR SIMULANTEN IN DE OPLEIDING ERGOTHERAPIE.	34

Trefwoorden

Simulatieonderwijs, simulanten, Niet-aangeboren hersenaandoening, simulatiesetting, ergotherapie

Abstract

Inleiding: Om het simulatieonderwijs te versterken voor de opleiding ergotherapie wordt een draaiboek ontworpen dat gebruikt zal worden binnen de setting van het oefenhuis in het departement Healthcare van de Hogeschool PXL tijdens simulatiesessies.

Doel: Studenten en simulanten krijgen een realistischer beeld door het gebruik van evidence based simulatie draaiboeken in de opleiding ergotherapie.

Methode: Voor de opmaak van het draaiboek wordt gebruik gemaakt van een literatuurstudie, stage-ervaring tijdens de projectstage in een voorziening voor personen met NAH en interviews met simulanten, studenten en docenten.

Resultaten: Het bekomen van een modulair draaiboek met een algemeen model voor de uitwerking van een casus met verschillende modules en twee uitgewerkte casussen met modules rond het ziektebeeld van niet-aangeboren hersenletsels (NAH).

Conclusie: Door de samenwerking met docent, student en simulant enerzijds en een literatuurstudie anderzijds is het draaiboek aangepast aan de wensen van elke actor. Dit draaiboek met modules kan daarom gebruikt worden binnen de opleiding ergotherapie en kan gebruikt worden als leidraad om nieuwe casussen op te stellen.

Inleiding

Deze bachelorproef omschrijft het proces van het opstellen van een evidence based, modulair draaiboek. In deze inleiding komen zowel simulatieonderwijs en het oefenhuis als de oorzaken, definitie en gevolgen van een niet-aangeboren hersenletsel aan bod. Op deze manier worden de belangrijkste aspecten van onze bachelorproef toegelicht en gekaderd.

In de opleiding Ergotherapie op de Hogeschool PXL wordt er in het tweede jaar gebruik gemaakt van simulanten. De simulanten spelen een casus na om de gesprekstechnieken van de student te verbeteren en om de student transfers te leren uitvoeren bij een simulant.

Collins & Harden geven de volgende definitie over een simulant: *“een gesimuleerde patiënt is een persoon die een opleiding heeft gekregen om verschillende klinische casussen te brengen rond de anamnese, lichamelijk onderzoek en communicatievaardigheden. Een gesimuleerde patiënt kan niet worden onderscheiden van een echte patiënt door een deskundige.”* (Beigzadeh, Bahmanbijri, Sharifpoor & Rahimi, 2016).

De setting van het modulair draaiboek is het oefenhuis. Het oefenhuis is een gesimuleerd huis gelegen in de campus Healthcare van de Hogeschool PXL. Dit is een gelijkvloers huis met een woonkamer/eetkamer, keuken, slaapkamer, badkamer en een studeer-, werk of speelkamer. Dit huis is gebaseerd op de bouw en inkleiding van een doorsnee huis.

Eén van de doelstellingen van het oefenhuis is om de studenten te laten beleven wat mensen met bepaalde beperkingen of een aandoening als moeilijk ervaren bij het uitvoeren van activiteiten in het huis. Het huis kan ook gebruikt worden als denkoefening voor bijvoorbeeld mogelijke woningaanpassingen in functie van een aandoening/beperking.

Verder kunnen de studenten in dit oefenhuis communicatie- en transfertechnieken inoefenen in een gesimuleerde situatie. De student ervaart zo hoe hij met de cliënt kan omgaan in de sfeer van de leefomgeving van de cliënt. Andere praktische vaardigheden en technieken kunnen hier ook geoefend worden door de student, zoals bijvoorbeeld het ervaren wat het is om het huishouden te doen met een beperking door een dag in het oefenhuis te verblijven. De ruimtes, die niet aangepast zijn aan beperkingen die de persoon ervaart, bieden mogelijkheden om een zo realistisch mogelijke leefomgeving te simuleren.

Het oefenhuis is de setting waar de simulanten het draaiboek in zullen toepassen. De modules in het draaiboek zijn gebaseerd op hulpvragen en situaties die in dit oefenhuis kunnen plaatsvinden, rekening houdend met de beperkingen die de persoon met een niet-aangeboren hersenletsel zou ervaren in dit huis. Dit kan onder andere adviezen voor woningaanpassingen zijn of transfers van rolstoel naar bed.

Over een niet-aangeboren hersenletsel bestaan verschillende omschrijvingen. De NAH Liga beschrijft een niet aangeboren hersenletsel als volgt: *“Een niet aangeboren hersenletsel of NAH is een hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rond of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot aangewezen zijn op hulpverlening.”* (NAH Liga).

Prevalentiecijfers over NAH in België zijn moeilijk te vinden. In Nederland zijn er wel prevalentiecijfers beschikbaar. Lambrecht en Wouters geven in het boek breinzicht aan dat als deze cijfers worden omgerekend naar het aantal inwoners in België er ongeveer 347.627 mensen in België of 195.889 mensen in Vlaanderen met een diagnose NAH zouden zijn. Al is deze berekening zelf al een ruwe schatting. Het aantal personen met een NAH zal waarschijnlijk hoger liggen omdat er ook heel wat mensen met NAH onder de radar blijven (Lambrecht & Hermans, 2013).

Een niet-aangeboren hersenletsel kan drie verschillende oorzaken hebben. Enerzijds zijn er de traumatische hersenletsels. Dit acute hersenletsel is ontstaan na een val of een ongeval. Anderzijds zijn er de niet-traumatische hersenletsels. Ook dit hersenletsel is acuut ontstaan. In tegenstelling tot de traumatische, is het ontstaan als gevolg van een inwendige oorzaak. Hieronder vallen een hersenbloeding, herseninfarct, tumor, langdurig zuurstoftekort etc. Een NAH kan ook het gevolg zijn van een progressieve neurologische aandoeningen zoals Multiple Sclerose (MS), de ziekte van Huntington, ziekte van Parkinson, ziekte van Korsakov en bepaalde dementeringsziekten (Lambrecht & Hermans, 2013).

Zoals in de definitie aangegeven, worden aangeboren aandoeningen (bv. cerebrale parese, mentale beperking, autisme etc.) niet bij de NAH-groep gerekend (Lambrecht & Hermans, 2013).

In het boek Breinzicht wordt in de definitie van NAH stilgestaan bij de mogelijke gevolgen van NAH: *“NAH kan resulteren in stoornissen op vlak van fysiek, sensorisch, cognitief, emotioneel en sociaal functioneren, al dan niet in combinatie, waardoor beperkingen ontstaan op vlak van functionele zelfredzaamheid en psychosociaal functioneren. Die kunnen tijdelijk of blijvend zijn en persoonlijke assistentie en/of toezicht noodzakelijk maken.”* (Lambrecht & Hermans, 2013).

Christophe Lafosse maakt in boek ‘101 vragen over hersenletsels’ een onderscheid tussen gevolgen op functie- (stoornis), activiteiten- (activiteitenbeperkingen) en participatieniveau (participatieproblemen). Een andere mogelijke indeling is op vlak van gevolgen per domein. Hierbij zijn gevolgen mogelijk op zowel fysiek, cognitief, psycho-emotioneel, gedragsmatig en sociaal vlak (Lafosse, september 2007).

Enkele voorbeelden van de fysieke gevolgen zijn een stoornis in het doelgericht uitvoeren van aangeleerde en betekenisvolle handelingen (apraxie), een (hemi)plegie (volledige verlamming) of (hemi)parese (onvolledige verlamming), spasticiteit en verlies van sensibiliteit in één lichaamshelft (hemianesthesie). Op cognitief vlak kunnen bijvoorbeeld beperkingen op vlak van volgehouden en selectieve aandacht optreden. Verstoring van de centrale informatieverwerking en van geautomatiseerde dagdagelijkse taken die na het hersenletsel niet meer geautomatiseerd zijn, heeft ook gevolgen op het alledaags functioneren. Verder kunnen er ook gevolgen optreden op vlak van geheugen (verwerken, opslaan en ophalen van informatie), executieve functies bij een desexecutief syndroom (planning, inhibitie, etc.) en neglect, waarbij de binnenkomende informatie niet volledig verwerkt wordt. Mogelijke psycho-emotionele gevolgen zijn verstoord ziekte-inzicht, overprikkeling en stemmings- en angststoornissen. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen primaire gevolgen en secundaire gevolgen. Een primaire depressie kan ontstaan omdat bepaalde hersengebieden die beschadigd zijn een depressie veroorzaken. Een secundaire depressie wordt niet veroorzaakt door het hersenletsel zelf, maar is wel een reactie op het hersenletsel en de gevolgen ervan. Verder zijn er mogelijk nog gevolgen op gedragsmatig en sociaal vlak. Gedragsmatige gevolgen kunnen bijvoorbeeld verhoogde prikkelbaarheid, agressie en impulscontroleproblemen zijn. Dit kan onder andere voorkomen bij een desexecutief syndroom of prefrontaal syndroom (Lambrecht & Hermans, 2013).

Om de gevolgen op sociaal vlak te beschrijven kan de indeling op vlak van stoornis, activiteitenbeperking en participatieprobleem van Lafosse in het boek 101 vragen over hersenletsels een beeld scheppen. Een participatieprobleem wordt door hen gezien als het niet meer of minder kunnen vervullen van de rol door een stoornis of beperking. Dit heeft zowel sociale als maatschappelijke gevolgen. Een voorbeeld hiervan is jobverlies na het hersenletsel (Lafosse, september 2007).

Belangrijk om te vernoemen is dat er bij een NAH sprake is van een breuk in de levenslijn, wat zowel een sterke invloed heeft op het leven van de persoon zelf als op het cliëntsysteem (Lambrecht & Hermans, 2013). Het leven is vaak voor altijd anders en niet alle gevolgen zijn altijd zichtbaar voor anderen.

Verder geeft Lafosse ook nog aan dat hersenletsels leiden tot zichtbare gevolgen en minder zichtbare gevolgen op stoornisniveau. De zichtbare gevolgen zijn de primaire neurologische symptomen, waaronder de sensorische en motorische stoornis en de alertheid vallen. De minder zichtbare gevolgen zijn de gedragsneurologische of neuropsychologische aspecten. Voorbeelden zijn onder andere geheugenproblemen en gedragsveranderingen. (Lafosse, september 2007)

De ergotherapeut werkt tijdens de revalidatie na een NAH mee in een multidisciplinair team waarvan ook verpleegkundigen, kinesitherapeuten, artsen, logopedisten, sociaal-verpleegkundigen, maatschappelijk assistenten en neuropsychologen deel van kunnen uitmaken. (Steunpunt Expertise Netwerk, 2015)

Al moet hier wel bij vermeld worden dat niet iedereen met NAH de kans krijgt om in een revalidatieziekenhuis te revalideren. Revalidatie in de eerstelijnszorg is ook mogelijk.

Bij Steunpunt Expertise Netwerk (SEN) wordt er in een brochure, over revalideren na een niet aangeboren hersenletsel, mogelijke ergotherapeutische interventies weergegeven. Deze mogelijke ergotherapeutische interventies focussen op *“het oefenen van vaardigheden die zelfstandig functioneren opnieuw mogelijk maken”* (Steunpunt Expertise Netwerk, 2015).

De ergotherapeut werkt zowel op functieniveau (cognitieve training, zoals onder andere geheugentraining) en op activiteitsniveau (zelfzorg en huishoudelijke activiteiten). Verder werkt men ook aan de participatie door aandacht te besteden aan beroepsmatige en

vrijtijdsactiviteiten. Verder kan de ergotherapeut de omgeving aanpassen door hulpmiddelen (bijvoorbeeld aangepast bestek of een rolstoel) of woningaanpassingen (bijvoorbeeld traplift) te adviseren. (Steunpunt Expertise Netwerk, 2015)

De reden voor keuze voor het thema NAH voor deze bachelorproef is er gekomen omdat personen met een hersenletsel problemen ervaren op verschillende gebieden (fysiek, cognitief, emotioneel, gedragsmatig etc.). Verder is er ook een grote diversiteit binnen de doelgroep en is het dus een doelgroep waar je niet makkelijk een duidelijk beeld over krijgt als beginnend student. Er is ook een complexiteit aanwezig in de problematiek en gedragswijzigingen waardoor de vraagstelling en de interventies voor de studenten bemoeilijkt wordt.

Het doel van deze bachelorproef is om een casuïstiek en een modulair draaiboek te ontwerpen met casussen rond de doelgroep NAH. Dit om te bekomen dat de simulant op een realistische manier kan handelen en reageren tijdens de simulatie en dat er aandacht is voor de verschillende mogelijke probleemgebieden beschreven in de inleiding. Om dit te bekomen kan de volgende onderzoeksvragen gesteld worden: Hoe kan gericht simulatieonderwijs gegeven worden aan ergotherapeuten in de opleiding rond de doelgroep NAH? Hierbij dienen ook de volgende subvragen te worden beantwoord: ‘Welke facetten zijn belangrijk zodat de simulanten de casussen rond NAH kunnen naspelen (op een pedagogische manier)?’ en ‘Welke elementen moet een draaiboek bevatten om aan de verwachtingen van de docent, student en simulant te voldoen?’.

Methodologie

Het antwoord op deze onderzoeksvragen is bekomen door een literatuurstudie, interviews en en praktijkervaring op stage. In de literatuurstudie is er informatie gezocht omtrent simulatieonderwijs in de gezondheidszorg. Specifieker hebben we gezocht naar literatuur over wat simulatieonderwijs allemaal kan inhouden, over belangrijke aspecten in de vorming van casussen en over de mogelijke setting waar de casussen gespeeld worden. Naast de literatuurstudie wordt er informatie bekomen door interviews af te nemen van verschillende actoren die inspraak kunnen hebben in de vorming van het draaiboek. Bij de studenten, simulant en docent is er afgetoetst of het beeld van een persoon met een NAH op deze manier waarheidsgetrouw zal kunnen worden nagespeeld. Als laatste onderdeel wordt er praktijkervaring opgedaan tijdens een stage bij de doelgroep NAH.

De literatuurstudie

Artikels omtrent simulatieonderwijs zijn gevonden met de combinaties van trefwoorden “patient simulation” AND “occupational therapy”, “patients simulation scenarios” AND “occupational therapy”, “simulation teaching” AND “occupational therapy”, “simulation based learning” AND “occupational therapy”, simulation AND occupational therapy. De combinatie van deze trefwoorden werd ingegeven in PubMed en Google scholar.

Door de inclusiecriteria worden niet enkel artikels gebruikt over simulatieonderwijs in de opleiding ergotherapie, maar ook over simulatieonderwijs bij andere (para)medische beroepen. Door de exclusiecriteria zijn artikels ouder dan 5 jaar en artikels over simulatieonderwijs buiten de (para)medische opleidingen niet opgenomen in de literatuurstudie.

Het kwalitatieve luik

De bedoeling van het kwalitatieve luik van deze bachelorproef is de opmaak van een modulair draaiboek met casussen rond de doelgroep NAH. Er wordt informatie gehaald uit de projectstage en uit gesprekken met de docent die als klant optreedt en de verantwoordelijke docenten van het oefenhuis. Om casussen te maken die voor alle belanghebbende actoren

rond het draaiboek (simulant, docent, student) de juiste aspecten bevatten, worden de verschillende actoren ook geïnterviewd.

De projectstage ging door in het dagcentrum art-ID van Intesa. Aan de hand van observaties, participatie en gesprekken is informatie verzameld om de casussen op te stellen en verder te verfijnen. De casussen en modules konden op deze manier specifieker uitgeschreven worden.

Er heeft ook een gesprek plaatsgevonden met mevrouw Lisa Basile, de docent die als ‘klant’ optreedt. In dit gesprek is informatie verzameld rond wat de doelstellingen zijn van de studenten bij het werken met simulanten, welke informatie er zeker in de casus moet, hoe uitgebreid het draaiboek moet zijn en hoe het draaiboek aangepast wordt op niveau van de simulant zodat ze hun verhaal zo realistisch mogelijk kunnen spelen. Verder wordt de afbakening van het draaiboek besproken (welke transfers komen in de casussen, welke soorten gesprekken komen in de casussen, in welke opleidingsblokken worden deze casussen gebruikt etc.).

Om de mogelijkheden van het oefenhuis zoveel mogelijk te benutten en te zorgen dat onze casussen gebaseerd zijn en aansluiten op de mogelijkheden van het oefenhuis is er een gesprek geweest met de verantwoordelijken van het oefenhuis.

Nadat er een tijdelijke versie van de casussen klaar is, worden er interviews afgenomen, waarbij zowel studenten, een docent en simulanten worden bevraagd. Criteria voor de studenten zijn dat ze een stage hebben gedaan bij de doelgroep NAH, zodat zij gerichte feedback kunnen geven over de inhoud van het draaiboek. Zij beoordelen de inhoud van de casussen door feedback te geven over de mate waarin de studenten op deze manier een goede voorbereiding krijgen voor het werkveld en over de mate waarop het draaiboek een duidelijk beeld schept voor de simulant om de persoon te kunnen spelen. De criteria voor de simulant is dat ze simulant zijn in de opleiding ergotherapie van de Hogeschool PXL.

De interviews worden opgenomen en uitgeschreven. De algemeenheden worden eruit gehaald en vergeleken met de andere interviews.

Op 19 oktober 2016 heeft er een simulantencursus voor de opleiding verpleegkunde van Hogeschool PXL plaatsgevonden. Hier zijn nog enkele belangrijke aandachtspunten voor het maken van het draaiboek uit voortgekomen.

Resultaten

Resultaten literatuurstudie

Door rekening te houden met de trefwoorden en inclusie- en exclusiecriteria zijn er 85 artikels geselecteerd voor gedetailleerde evaluatie. Na de gedetailleerde evaluatie zijn er 12 artikels geselecteerd voor verdere analyse. Afbeelding 1 schematiseert het verloop van de literatuurstudie. In tabel 1 worden de titel, auteurs, jaartal en conclusie van de artikels weergegeven.



Afbeelding 1: Flowchart literatuuronderzoek

Naam artikel	auteurs	jaartal	conclusie
Students' expectations of the learning process in virtual reality and simulation-based learning environments	Keskitalo, Tuulikki	2012	Meer dan de helft van de studenten verwachtte veel of redelijk veel te leren van virtual reality en simulation-based learning environments
Perspectives on the use of standardized parents to teach collaboration to graduate occupational therapy students	Cahill, Susan M	2015	De studenten hadden bij het contact met een gestandaardiseerde ouder het gevoel dat het echt voelde en het hen hielp om dieper te denken.
Use of simulated patients and reflective video analysis to assess occupational therapy students' preparedness for fieldwork	Giles, A. K. et al.	2014	De studenten gaven na de deelname aan de simulatie aan dat het een goed idee gaf over het werkveld, het gaf een idee over een echte therapie sessie, video-zelfreflectie werkt goed, constructieve feedback wordt geapprecieerd en een verhoogd zelfvertrouwen.
Life of a caregiver simulation: teaching students about frail older adults and their family caregivers	Mast, M. E. et al.	2012	Studenten geven de waarde van simulatie 7,68 op 10 (SD 1.44) en geven aan dat het een goede manier is om de uitdagingen van de mantelzorgers te ervaren, dat het mindopening is en realistisch overkwam.
Simulation-based assessments in health professional education: a systematic review.	Ryall T. et al.	2016	Het gebruik van simulatie als een meetinstrument is effectiever wanneer het gecombineerd wordt met andere meetinstrumenten
Use of simulation learning experiences in physical therapy entry-to-practice curricula: A systematic review	Mori, B. et al.	2015	Simulanten zorgen bij de opleiding kinesithérapie voor een hoger zelfvertrouwen en verminderen de angst bij de studenten.

Developing authentic clinical simulations for effective listening and communication in pediatric rehabilitation service delivery	King, G. et al.	2014	Er worden 6 casussen gecreëerd die evidence-based zijn en die als leerdoel hebben om de luister- en communicatievaardigheden in pediatrie te verbeteren.
The role of simulation-based learning environments in preparing undergraduate health students for clinical practice	Mills, B.	2016	Er is weinig bewijs dat simulatie (SLE) een bijdrage levert tot verbeterde leerresultaten, maar het onderzoek levert aanwijzingen over de voordelen van leerresultaten van een simulant.
An examination of critical thinking skills in traditional and simulated environments for occupational therapy students	Reed, H.E.	2014	Het gebruik van scenario-based onderwijs, met name via simulatie, is een geldig alternatief voor traditionele klinische ervaring. Het zorgt ervoor dat de student een betere beroepsbeoefenaar wordt die zijn rol en waarden beter begrijpt.
Standardized patients versus simulated patients in medical education: are they the same or different?	Beigzadeh, A. et al.	2016	Er is een verschil tussen de termen simulant en gestandaardiseerde patiënt op vlak van hun achtergrond is ten opzichte van de gespeelde aandoening en of ze hun eigen gevoelens uiten tijdens de simulatie of echt een rol spelen.

Tabel 1: artikels literatuurstudie

Voor de literatuurstudie rond het thema Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is er gebruik gemaakt van twee boeken. Enerzijds het boek ‘Breinzicht: over oorzaken en gevolgen van NAH’ van Wouter Lambrecht en Noortje Hermans. Anderzijds is het boek ‘101 vragen over hersenletsels’ van Christophe Lafosse gebruikt om informatie te verzamelen rond NAH. Om de informatie uit de boeken aan te vullen, wordt er informatie gehaald van websites specifiek over NAH, namelijk de websites van de NAH liga, de website Info NAH en de website DyNAHmiek (<http://www.nahliga.be/>, <http://www.infonah.be>, <http://www.dynamiek.be/wat-is-nah.html>). Deze literatuurstudie is gebruikt als basis voor de inhoud van het draaiboek rond niet-aangeboren hersenletsels.

Opbouw draaiboek

Het draaiboek bestaat enerzijds uit een algemeen scenario van een casus en modules en anderzijds uit twee casussen en bijhorende modules specifiek rond niet-aangeboren hersenletsels. In dat deel worden de algemene modules ‘vertaald’ naar de specifieke situatie in de casus.

De algemene casus en modules zijn toegevoegd aan het draaiboek zodat later andere casussen (andere doelgroepen) en modules hierin geïntegreerd kunnen worden. Deze casus en modules zijn een hulp voor de simulant. Zo hebben zij een overzicht over de onderdelen van het draaiboek, maar ook op welke manier de informatie beschreven staat, met welke onderverdelingen en wat er bij elk deel verwacht wordt van de simulant.

In de twee casussen en modules die specifiek over NAH gaan, worden niet enkel de algemene informatie, informatie over het hersenletsel en de modules meegegeven, maar worden er ook tips gegeven aan de simulanten. Deze tips bestaan uit voorbeelden en miniscenario’s zodat de simulant een volledig beeld krijgt over hoe de theoretische informatie omgezet kan worden in het praktische ‘acteren’. Om een duidelijk beeld te geven over hoe de casussen opgebouwd zijn, volgt hieronder de onderverdelingen van de casus met een korte omschrijving van de mogelijke inhoud.

Opbouw casus

Persoonlijke informatie

Dit is een opsomming van de persoonlijke informatie van de persoon met een NAH. Hier worden de naam, leeftijd, burgerlijke stand en gezinssituaties bondig beschreven. Op deze manier heeft de simulant direct een kort overzicht over wie hij/zij zal spelen.

Informatie over leven voor het niet-aangeboren hersenletsel

De informatie over het leven voor het niet-aangeboren hersenletsel is om de verschillen tussen voor en na het hersenletsel op activiteiten- en participatieniveau duidelijk te maken. Door deze achtergrondinformatie mee te geven, kan ook de reden van een bepaalde hulpvraag gekaderd worden. Verder is dit onderdeel er om de student te laten ervaren dat de breuklijn (na de NAH) ervoor zorgt dat sommige activiteiten niet meer kunnen worden uitgevoerd, maar wel nog kunnen terugkomen in een hulpvraag omdat ze dit graag terug willen kunnen. Het karakter en de persoonskenmerken van de persoon voor het opgelopen hersenletsel worden hier ook beschreven.

Omgevingsfactoren

Dit onderdeel wordt onderverdeeld in de fysieke leefomgeving (bijvoorbeeld geografische gegevens) en sociale leefomgeving (vriendengroep, collega's, etc.). Hier wordt kort de situatie beschreven om het leven voor het NAH te kunnen schetsen en de gevolgen van het NAH nadien te kunnen aangeven.

Informatie over het hersenletsel

Hier wordt een korte verduidelijking van de omstandigheden van het NAH en de medische informatie gegeven zodat de simulant een idee krijgt van wat er precies gebeurd is. Bij de medische informatie wordt een korte duiding van de plaats van het hersenletsel gegeven. Er wordt weinig of geen vakjargon gebruikt zodat het begrijpelijk is voor de simulant. Indien er wel vakjargon wordt gebruikt, wordt er een definitie of omschrijving bijgevoegd.

Het verloop van het hersenletsel wordt kort aangegeven. Hier wordt beschreven hoe het hersenletsel is gekomen, wat de toestand van de persoon was na zijn/ haar hersenletsel, het revalidatieproces en in welke staat de persoon was na de revalidatie. Op deze manier wordt ook de vooruitgang verduidelijkt. Bij het verloop worden bij sommige onderdelen mogelijke situaties geschetst. Door deze situaties kan de simulant zich meer inleven in wat die functiebeperking inhoudt en hij/zij kan de situaties gebruiken als voorbeeld indien de studenten hiernaar vragen.

Om de medische zaken begrijpelijk te houden voor de simulanten, wordt bij het vakjargon niet enkel voorbeelden gezet, maar ook synoniemen die mogelijk meer betekenis hebben voor de simulant.

Door een onderscheid te maken tussen de acute situatie na het hersenletsel en de huidige situatie in het scenario om het verloop van de ziekte te schetsen kan de simulant aangeven wat de beginsituatie is, wat verbeterd/verslechterd is, wat de huidige situatie is op zowel functie, activiteiten- en participatieniveau. Daarbij wordt, indien relevant, aangegeven wat de mogelijke veranderingen zijn op vlak van de omgevingsfactoren.

In het onderdeel over het verloop van het hersenletsel en het onderdeel over de huidige situatie wordt er op functieniveau zowel aandacht gegeven aan de gevolgen op fysiek, cognitief, psycho-emotioneel, gedragsmatig als sociaal vlak. Er wordt dus niet enkel aandacht besteed aan de fysieke gevolgen. Zo zijn er enkele ‘typische’ NAH symptomen die een belangrijke rol krijgen in de casussen zoals bijvoorbeeld: gedragsproblemen, dysexecutief functioneren, ontremming of geen ziekte inzicht hebben.

De gevolgen op persoonlijk gebied worden in het verloop ook verduidelijkt. Er wordt beschreven of de persoon qua karakter veranderd is en hoe en wanneer zich dit uit.

Modules

Voor elke casus worden er een aantal modules beschreven. Dit kan zowel een kennismakingsgesprek, adviesgesprek als transfersituaties inhouden. Bij de algemene modules staan de transfermogelijkheden in het oefenhuis uitgeschreven. Er werden per casus één of enkele relevante transfers uitgewerkt. De uitgeschreven modules zijn afgestemd op de

mogelijkheden in het oefenhuis, de gevolgen van het NAH in die specifieke casus en de mogelijke hulpvraag van de cliënt bij die module. Binnen de modules worden ook een reeks situaties beschreven in scenariostijl. Bijvoorbeeld 'Als de student dit doet, reageer je zo.'. De reden van de reactie van de simulant wordt hier ook bij vermeld. Hierdoor krijgt de simulant inzicht waarom een persoon met NAH zo reageert.

Per situatie wordt de probleemstelling, de beginsituatie en de omgeving gekaderd. Dit zodat de simulant een duidelijk beeld krijgt van de setting.

Door deze mogelijke situaties te beschrijven krijg de simulant een beeld van welke gevolgen het hersenletsel veroorzaakt in een specifieke situatie en setting.

De modules zijn ingedeeld op twee niveaus. Deze niveaus zijn er om een onderscheid te maken tussen informatie die de simulant vrijgeeft als er oppervlakkige vragen gesteld worden of wanneer er doorggevraagd wordt door de student. Bij het eerste niveau wordt de informatie beschreven die de simulant meegeeft aan de student als er geen gerichte vragen worden gesteld. Dit is vaak maar een deel van de informatie, of een verbloeming van de situatie. Bij het tweede niveau wordt de extra informatie beschreven die de simulant kan vrijgeven als er gericht doorggevraagd wordt naar een bepaalde situatie. Tussen de niveaus kan er ook een verschil zijn van non-verbale houding en reacties van de cliënt.

Tips voor simulanten

Hier wordt algemene informatie meegegeven voor de simulant. Hoe deze zich in het algemeen moet gedragen, welke houding hij/zij moet aannemen, hoe de fysieke beperking gespeeld kan.

Informatie die wordt meegegeven aan de student over de casus.

Dit is de informatie die voor de gesprekken en transfers worden meegegeven. Zo heeft de simulant een beeld over wat de student weet bij aanvang en wat de student te weten moet komen.

Hoe de studenten triggeren om doelstellingen te behalen?

In dit onderdeel worden er enkele tips aan de simulant meegegeven die ervoor zorgen dat de studenten hun doelstellingen kunnen behalen tijdens de transfers en gesprekken. Deze tips kunnen gaan over belangrijke pijlers bij een transfer, de opbouw van de gesprekken etc.

Discussie

Theoretisch gedeelte: resultaten van de literatuurstudie

In de literatuurstudie wordt achtereenvolgens de definiëring van simulatie en simulatieonderwijs, de doeleinden waarvoor simulatieonderwijs gebruikt kan worden, het belang van een juiste setting te kiezen en belangrijke elementen in het opstellen van een casus besproken. Op deze manier wordt er een beeld geschept van zaken waarmee rekening wordt gehouden tijdens het opstellen van het modulair draaiboek. Zo zijn de casussen en modules afgesteld op de recente beschikbare literatuur.

De definiëring van simulatie en simulatieonderwijs is moeilijk eenduidig te stellen. Er zijn inhoudelijk verschillen tussen de definities over simulatieonderwijs. Reed geeft aan dat simulatie een term is die vaag omschreven is. De definitie verschilt per omgeving waar de simulatie in plaatsvindt. Simulatie is een breed begrip waar zowel video-based learning, scenario's die nagespeeld worden door acteurs als een rollenspelen onder vallen (Reed, 2014). In de review 'use of simulation learning experiences in physical therapy entry-to-practice curricula: a systematic review' wordt simulatie omschreven als *"het geheel van leerervaringen waarbij de persoon de kans krijgt om in interactie te treden via een gesimuleerd klinisch scenario"* (Mori, Carnahan, & Herold, 2015). De definitie die Gaba geeft over simulatie legt meer de nadruk op het feit dat de ervaringen die de studenten opdoen aspecten uit het echte werkveld repliceren. Daarnaast geeft Gaba ook aan dat de ervaringen tijdens een simulatie op een interactieve manier worden opgedaan. (Mills, 2016) Verder wordt er in de definities geregeld aangegeven dat het scenario op een gestandaardiseerde manier nagespeeld wordt (Giles, Carson, Breland, Coker-Bolt & Bowman, 2014; Mills, 2016).

De verschillen tussen de definities zit ook in de duidelijke omschrijving van een simulant. Deze verschillen gaan over wie de rol van simulant kan opnemen. Is dit een gezonde persoon (Giles et al., 2014) of kan dit buiten een acteur ook een persoon zijn met een medische aandoening (Cahill, 2015)? In heel wat wetenschappelijke artikels zijn de termen simulant en gestandaardiseerde patiënt hetzelfde en worden ze door elkaar gebruikt. In andere artikels wordt er wel een onderscheid gemaakt tussen de twee termen. Hier wordt de simulatiepatiënt beschreven als een gezonde persoon die getraind wordt om een rol in een simulatie op te nemen. Dit kan gaan van een simulatie met als doel enerzijds het oefenen van

communicatievaardigheden tot anderzijds het oefenen van transfers. Een gestandaardiseerde patiënt kan een gezonde persoon zijn, maar kan ook iemand zijn die de aandoening heeft. Dit is niet een acteur, maar is wel getraind om een casus te spelen vanuit eigen (emotionele) gevoelens en persoonlijkheid (Beigzadeh et al., 2016).

In 2010 gaf Cooker aan dat simulatie meer en meer gebruikt werd in de opleiding ergotherapie. Al wordt er in de literatuur aangegeven dat er nog maar weinig onderzoek gedaan is naar simulatie in de opleiding ergotherapie. In andere opleidingen, bijvoorbeeld verpleegkunde, staat men al verder in het onderzoek naar simulatieonderwijs (Reed, 2014).

In de literatuur worden er uiteenlopende positieve aspecten beschreven die simulatieonderwijs teweeg kunnen brengen. Meest voorkomende aspecten zijn: vergroten van de klinische kennis (Reed, 2014) kennis en vaardigheden integreren in de praktijk (Cahill, 2015; Mori et al., 2015) verbeteren van algemene professionele kennis (Reed, 2014) de nieuwe vaardigheden kunnen oefenen in een veilige omgeving (Cahill, 2015; Keskitalo, 2012) en het bewust worden van de complexiteit van de situatie (Cahill, 2015). De studenten zelf gaven na het ervaren van het contact met een simulatiepatiënt aan dat ze een mentale verschuiving ervaren van student naar therapeut (Giles et al., 2014), nieuwe vaardigheden hebben kunnen uitproberen en een beter beeld krijgen van het 'echte' werkveld (Cahill, 2015).

Buiten de ervaren vorderingen die hierboven opgesomd zijn, heeft simulatie overeenkomsten/raakpunten met de theorie van Kolb inzake het komen tot effectief leren. Kolb geeft aan dat nadat je een ervaring hebt de kans moet krijgen om te reflecteren op die ervaring. Zo worden er dan nieuwe ideeën en theorieën ontwikkeld door middel van het reflecteren op de nieuwe ervaring. Hierna kunnen deze plannen en nieuwe ideeën uitgetoetst worden in verdere leerervaringen (Mori et al., 2015) Als de student deelneemt in de simulatie doet hij of zij actief mee waardoor er ervaringen worden opgedaan. Feedback kan direct gegeven worden door docenten en simulanten. Studenten hechten evenveel belang aan feedback van de docent als van de simulant (Giles et al., 2014). Daarnaast is de simulatie een veilige omgeving om de nieuwe theorieën in te kunnen opbouwen (Cahill, 2015; Keskitalo, 2012).

Het is wel belangrijk om de bedenking te maken dat studenten stress ervaren en overdonderd kunnen zijn door wat er van hen verwacht wordt tijdens het contact met een simulant. Dit kan

als gevolg hebben dat de focus meer ligt op falen en succes dan op het leerproces zelf (Reed, 2014). Andere artikels geven dan weer aan dat zelfvertrouwen verhoogt na het werken met simulanten (Giles et al., 2014; Mori et al., 2015). Een andere bedenking bij het gebruik van simulatieonderwijs is dat de kans bestaat dat de student de simulatie niet serieus genoeg neemt. Maar dit wordt niet als een veelvoorkomend probleem teruggevonden in de literatuur (Reed, 2014).

De simulatie geeft een beeld over de gereedheid van de student voor het werkveld. Het geeft een indruk over hoe de student zou functioneren in een echte situatie. Daarbij kan de docent directe feedback geven aan de student zodat er aan de vaardigheden kan worden gewerkt (Giles et al., 2014). Het is verder ook een alternatieve manier om het didactisch leren te koppelen aan de praktijk in een opleiding (Reed, 2014). Deze alternatieve manier van transfer naar de praktijk is nog relatief veilig, maar toch al realistisch (Keskitalo, 2012).

De doeleinden van simulatieonderwijs kunnen verschillen. Het kan louter gebruikt worden als training van klinische situaties. Daarnaast kan simulatie gebruikt worden als beoordelingsinstrument (Ryall, Judd & Gordon, 2016). Al wordt er wel in de systematische review ‘simulation-based assessments in health professional education: a systematic review’ aangegeven dat er een gebrek aan bewijs is over de effectiviteit voor het gebruik van simulatie als beoordeling van bepaalde competenties. Er wordt aangegeven dat het best niet als afzonderlijk beoordelingsinstrument wordt gebruikt, maar eerder in combinatie met anderen. (Ryall et al., 2016). In dezelfde systematische review wordt aangehaald dat praktijkvaardigheden oefenen bij cliënten die effectief een aandoening hebben niet enkel moeilijk is maar ook onethisch, kostbaar en potentieel gevaarlijk is. Beoordeling op vlak van simulatie is meer haalbaar en repliceert toch situaties uit een klinische praktijk (Ryall et al., 2016). Er bestaat wel geen uniform meetinstrument om de winsten bij simulatieonderwijs te meten. Dit is immers moeilijk omdat de setting, soort simulant en leerdoelen van het scenario telkens verschillen (Reed, 2014).

Een gedetailleerde omschrijving van de setting waar de simulatie plaatsvindt, is niet altijd terug te vinden in de artikels. De mogelijke settings worden wel besproken door Reed in het artikel ‘an examination of critical thinking skills in traditional and simulated environments for occupational therapy students’. In dit artikel worden de settings in vier groepen gedeeld: het klaslokaal, een simulatielokaal op de school, een medisch centrum (bijvoorbeeld een

ziekenhuis) en een simulatiecentrum. Een simulatiecentrum is een gesimuleerde medische afdeling. Terwijl een klaslokaal bij de student vertrouwd en minder intimiderend over komt, kan het leiden tot te weinig internalisatie van de informatie en een passieve houding van de student. In het artikel wordt ook de bedenking gemaakt dat een simulatiecentrum lijkt op een echte medische omgeving, maar met het grote verschil dat er geen patiënt in gevaar wordt gebracht. Nadelig hieraan is dat de simulant niet echt in nood is en de student minder op de ernst van de situatie wordt gedrukt (Reed, 2014). Verder is het nog belangrijk dat de juiste setting wordt gebruikt om een bepaalde vaardigheid aan te leren (bijvoorbeeld een medische vaardigheid in een medische omgeving laten oefenen) en dat er in die ruimte best ook tijd is om de reflectie en debriefing te doen. Dit zou de generalisatie van het geleerde naar het werkveld vergroten (Reed, 2014).

Het ontwerpen van het scenario voor de gesimuleerde patiënt wordt in verschillende literatuur besproken. Volgens Kim en collega's zijn er vijf zaken in een scenario waardoor studenten gaan leren. Het scenario moet relevant, realistisch, aantrekkelijk, uitdagend en leerrijk zijn. Indien deze zaken in het scenario verwerkt zijn, is de kwaliteit van de casussen beter. Of het ook een positief effect heeft op de latere professionele bekwaamheid is nog niet bewezen. (Reed, 2014) In het artikel 'life of a caregiver simulation: teaching students about frail older adults and their family caregivers' wordt het scenario ontworpen door eerst de literatuur te doorzoeken om de belangrijke elementen en problemen over het onderwerp in een casus te zetten. Daarna wordt er een verhaal gevormd rond deze elementen en worden de setting en mogelijke rekwisieten toegevoegd (Mast, Sawin & Pantaleo, 2012). In het artikel 'developing authentic clinical simulations for effective listening and communication in pediatric rehabilitation service delivery' wordt de casus op bestaand werk gebaseerd. Hierna zijn er bij elk scenario gedragsvoorbeelden toegevoegd. Hierna wordt er input gevraagd aan deskundigen met betrekking tot het onderwerp en aan experts in simulatieonderwijs. Daarnaast is er ook nog een focusgroep georganiseerd waarbij feedback wordt gegeven over de casussen. Dit met als doel de scenario's meer realistisch te maken (King et al., 2016). In het artikel is er ook nog meegegeven dat een focusgroep best gehouden wordt als de ontwerpers van het scenario minder ervaren zijn en dat deze focusgroep best in de draft-fase van het scenario wordt gehouden. Dit zou zorgen voor een grotere authenticiteit van de scenario's (King et al., 2016). Ook in het artikel 'perspectives on the use of standardized parents to teach collaboration to graduate occupational therapy students' wordt er aangegeven dat de casus gebaseerd is op scenario's uit andere artikels. Hierna voegt men dan informatie

toe die noodzakelijk is om de student de opgestelde leerdoelen te laten bereiken (Cahill, 2015). Niet elk script zou helemaal moeten worden uitgeschreven. Getrainde simulanten kunnen zelf een casus tot leven brengen. Hierdoor kunnen zij met wat achtergrondinformatie en informatie over de beperking de simulatie doen (King et al., 2016).

Een veelvoorkomend kenmerk waar rekening mee wordt gehouden tijdens het maken van de scenario's is de moeilijkheidsgraad van het scenario. Guadagnoli et al. geven aan dat het leren van de student afhankelijk is van de moeilijkheidsgraad van de simulatie en de perceptie van de student over die moeilijkheidsgraad. Als de moeilijkheidsgraad te hoog of te laag ligt zal de student minder leren. Op het optimale uitdagingspunt wordt er het meest geleerd. Idealiter zou het scenario dus aangepast moeten zijn aan het niveau van de studenten (Mori et al., 2015). Enkele voorbeelden van indicatoren die zorgen voor complexiteit in de simulatie zijn een risico waarmee de student tijdens een simulatie rekening mee moet houden en een hoge tijdsdruk (King et al., 2016). Volgens Mori et al. zouden minder ingewikkelde simulaties beter zijn voor beginnende studenten. Meer ervaren studenten kunnen dan de meer complexe simulaties krijgen om tot leren te komen. In het artikel wordt een onderscheid gemaakt tussen het oefenen van één vaardigheid die telkens herhaaldelijk geoefend wordt en verschillende vaardigheden die gecombineerd worden in één simulatie. Dat laatste is dan een complexere simulatie (bijvoorbeeld transfer bed en transfer naar rolstoel om daarna te gaan koken) (Mori et al., 2015).

Mills geeft in zijn artikel aan dat de betrouwbaarheid van de situatie en setting belangrijk is. Het scenario kan op vlak van zowel omgeving, op psychologisch vlak als op vlak van infrastructuur best zo goed mogelijk overeenstemmen met de werkelijke situatie. De betrouwbaarheid op vlak van infrastructuur gaat over hoe de accommodatie en de materialen die aanwezig zijn een realistisch beeld scheppen (bijvoorbeeld aan huis komen bij de patiënt in een gesimuleerd huis en niet in een klaslokaal). De betrouwbaarheid op vlak van omgeving gaat over de zintuigelijke en motorische prikkels van de student die overeenkomen met de werkelijkheid. De betrouwbaarheid op psychologisch vlak gaat over de mate waarin de student het gevoel heeft dat de casus authentiek is. Deze drie componenten zijn belangrijk om de simulatie zo realistisch en betrouwbaar mogelijk te maken. (Mills, 2016)

Praktisch gedeelte: uitwerking van het draaiboek

Projectstage

De projectstage is doorgegaan in het dagcentrum art-ID van Intesa, gericht op mensen met een NAH. De cliënten komen van maandag tot vrijdag van 9u30 tot 15u30. Ze doen veel uiteenlopende activiteiten zoals koken, wenskaarten maken, inkopen doen, wandelen, knutselen, uitstappen, etc.

Tijdens de stageperiode konden verschillende mogelijke gevolgen van NAH geobserveerd worden in verschillende dagdagelijkse situaties en activiteiten, zoals bijvoorbeeld tijdens maaltijden, toiletbezoek, etc. Door middel van participatie van de student tijdens de activiteiten wordt ervaren hoe men deze personen kan begeleiden in hun dagelijkse leven. Gesprekken met zowel de persoon met NAH, als begeleiders zorgen ervoor dat een goede basis van een casus kan gemaakt worden door hun ervaringen en input hieromtrent. Door deze basis van de casus aan te vullen met informatie uit boeken over NAH, informatie uit wetenschappelijke artikels en gesprekken met andere actoren kan het draaiboek gevormd worden en aangepast worden aan de wensen van elke actor.

Bevraging docent (samenwerkend met simulanten)

Mevrouw Basile is de docent die optreedt als klant en werkt veel samen met simulanten. Ze heeft zelf ook al een aantal casussen geschreven. Het gesprek met mevrouw Basile vindt plaats om de doestellingen voor de studenten bij het werken met simulanten te verkennen. Verder werden de wensen in verband met inhoud van de casussen getoetst.

Het draaiboek zou gebruikt worden in de opleidingsblokken 2.1b en 2.2b van opleiding ergotherapie in de Hogeschool PXL.

In 2.1b worden transfers geoefend met behulp van simulanten. Belangrijke pijlers hierbij zijn onder andere de communicatie met de cliënt, het activeren van de zelfstandigheid van de cliënt en veiligheidsaspecten. Een tweede doelstelling van het werken met simulanten is het verbeteren van de gesprekstechnieken (zowel probleemverhelderend als adviesverlenend). Een adviserend gesprek kan bijvoorbeeld gaan over woningaanpassingen, advies omtrent

rolstoel, ortheses en werkhervatting. Terwijl een probleemverhelderend gesprek zal plaatsvinden om af te tasten waar, met wat of met wie de cliënt een probleem heeft. In opleidingsblok 2.1b wordt er niet enkel gewerkt met de cliënt zelf. Er wordt in functie van de woningaanpassing ook een gesprek gedaan met het cliëntsysteem (mantelzorgers zoals de partner, kind, ouder, etc.) en een architect. Door een casus te maken van een persoon met een specifieke beperking, probleem of hulpvraag kan de kijk van de studenten op de situatie en de hulpvraag van deze persoon worden duidelijk gemaakt. De student kan zo een beter beeld vormen van de cliënt en zijn of haar omgeving.

In opleidingsblok 2.2b maken de studenten kennis met de ziektebeelden zelf, en wordt er concreet gewerkt rond CVA (cerebrovasculair accident), dwarslaesie, etc. In de toekomst zouden de simulanten in dit blok kunnen ingezet worden in het oefenhuis. De studenten voeren dan eerst een probleemanalyse uit door middel van een probleemverhelderend gesprek en gaan vervolgens door middel van klinisch redeneren een handelingsdiagnose opstellen, lange- en kortetermijndoelen opstellen en een behandeling voorstellen/opstarten. Al deze informatie schikken de studenten dan in het HOPP (Hasselts Occupational Performance Profile) zodat ze een globaal beeld krijgen van de situatie en kunnen starten met een programma op maat van de cliënt.

Door de casus door te trekken in zowel 2.1b als 2.2b hebben de studenten de mogelijkheid om de problematieken van de cliënt te leren kennen, kaderen en behandelen in een realistische woonomgeving.

Bij het tweede gesprek met Lisa Basile is de eerste versie van het draaiboek voorgelegd. Er worden een aantal bemerkingen besproken. Zo wordt voorgesteld om in het begin van de casus een kort overzicht te maken met informatie voor de studenten die met de simulant gaan werken. De sociale leefomgeving mag uitgebreid uitgewerkt zijn, met focus op de veranderingen die er ontstaan zijn na het hersenletsel. Niet-relevante informatie (zoals de naam van de kinderen vermelden in een casus) mogen in de casus staan, maar ergens in de casus moet aangegeven worden dat deze informatie aangepast mag worden indien de simulant dit wenst. Het grondplan van het oefenhuis kan toegevoegd worden aan het draaiboek om de setting duidelijker voor te stellen. Referenties naar goede boeken en websites kunnen toegevoegd worden in het draaiboek. Op deze manier kan de simulant zelf informatie gaan

opzoeken indien gewenst. Als laatste dient de aanleiding tot het kennismakingsgesprek duidelijk geformuleerd te worden, zodat dit in de simulatie naar voren kan komen.

Aandachtspunten voor de casussen bekomen na gevolgde simulantencursus

Uit de cursus kwamen de volgende aandachtspunten naar voren:

- 1) De casus moet de doelstellingen voor de student vermelden (zo weten simulanten wat er verwacht wordt van de studenten en kunnen hier dan ook op inspelen).
- 2) In de casus moeten de algemene houding/karakteristieken van de patiënt vermeld worden (de simulanten kunnen deze informatie gebruiken om hun rol beter in te vullen).
- 3) In de casus moet het ziektebeeld duidelijk uitgeschreven zijn (met de verschillende beperkingen en gevolgen).
- 4) Er moet ruimte gelaten worden om de rol zelf in te vullen.
- 5) In de casus moet aangegeven worden welke informatie de simulant direct mag meegeven aan de studenten en welke informatie enkel bij de juiste vraagstelling mag bekend gemaakt worden.
- 6) De rol moet in de lijn liggen van de karakteristieken van de simulant (bv. geen man van 60 jaar een meisje van 15 jaar laten spelen).
- 7) De casus mag niet teveel details bevatten (zodat de simulant alles kan memoriseren). Een voorbeeld is het vermelden van het aantal kinderen, zonder specifieke namen te gebruiken.

Resultaten interviews simulanten

Er werden 2 simulanten geïnterviewd die actief zijn in de opleiding ergotherapie. Een eerste simulant is werkzaam als verpleegkundige in het psychiatrisch ziekenhuis Asster te Sint-Truiden. Hij simuleert zowel voor de Hogeschool PXL in de opleiding ergotherapie en verpleegkunde als voor de Universiteit Hasselt in de opleiding Kinesitherapie. Een 2^e simulant die werd geïnterviewd is ook een simulant van de opleiding ergotherapie.

Er werd aan beide simulanten dezelfde hoofdvraag gesteld: 'Is deze casus haalbaar om na te spelen als simulant zijnde?'. Beide simulanten beantwoordden deze vraag vrij gelijkend. De eerste simulant gaf aan dat er voldoende elementen aanwezig waren in zowel de casussen als de modules om deze op een realistische manier te kunnen naspelen. Zijn bemerking echter was dat het een zeer uitgebreide casus is waardoor de simulant een instudeertijd nodig zal

hebben. Hij gaf aan dat hier zeker rekening mee moet gehouden worden als de casussen verdeeld worden. Dit gaf ook de tweede simulant aan. Hij stelde dat de casus zeer volledig was en correcte informatie bevat maar dat het voor simulant en enige tijd zal kosten om deze in te studeren.

Ook werden er nog enkele aanvullende tips gegeven. De eerste simulant gaf aan dat het belangrijk is om in één oogopslag de persoonlijke informatie te krijgen van de persoon in de casus. Er is een kader ter beschikking met alle basisinformatie, hier ontbraken echter twee dingen volgens de eerste simulant. Een eerste deel is de informatie of de simulant en/of de kinderen van de simulant nog thuis wonen. Een tweede aspect is het financiële aspect van de persoon. Hij gaf aan dat dit een belangrijk gegeven is om weer te geven in verband met woningaanpassing. (Zou dit mogelijk zijn op financieel gebied ?) De tweede simulant gaf aan dat er enkele dingen in de casus nog iets makkelijker uitgelegd mogen worden. Zo bijvoorbeeld de plaats van het hersenletsel. Hij stelde dat hier niet meteen de hersendelen benoemd moeten worden maar eerder de functies die zich in deze hersendelen bevinden. Het begrip inhibitie was voor hem niet duidelijk, hier stelde hij dat een korte uitleg van het begrip welkom zou zijn.

Resultaten interviews studenten

De geïnterviewde studenten zitten in hun derde jaar ergotherapie aan de hogeschool PXL. Ze hebben beide stage-ervaring opgedaan bij de doelgroep NAH. Zij hebben het draaiboek op voorhand doorgenomen en hun inzicht gegeven over of het draaiboek duidelijk omschreven is en of de belangrijke aspecten van NAH aanwezig zijn, zodat de simulant een waarheidsgetrouw beeld van NAH kan neerzetten.

De twee studenten geven beide aan dat gebrekkig ziekte-inzicht een belangrijk mogelijk gevolg van NAH is. Ze geven beide aan dat dit duidelijk tot uiting mag komen tijdens de simulatie, zodat de student de gevolgen hiervan kan inschatten. Één student geeft aan dat het ook belangrijk is dat het uitleggen van de reden waarom je iets doet, niet altijd mogelijk is omdat de patiënt door het gebrekkig ziekte-inzicht het inzicht mist en je uitleg niet begrijpt. Bijvoorbeeld uitleggen dat er een dagschema moet worden gemaakt om de autonomie te vergroten, werkt niet altijd.

De gedetailleerde beschrijvingen vinden ze beide goed. Dit geeft duidelijker de mogelijke uitingen van de gevolgen van het hersenletsel weer. Wel maken ze de bedenking dat het draaiboek veel is voor de simulant om door te nemen.

Één van de studenten vindt dat er twee belangrijke zaken te weinig aandacht krijgen in het draaiboek. Enerzijds de vermoeidheid die mensen met een NAH kunnen ervaren. Hierbij bedoelt hij dan dat de woordvindingsproblemen na een zware therapie erger kunnen zijn dan 's ochtends. Dit komt omdat de persoon dan vermoeid is. Dit is iets waar je ook mee moet leren omgaan in de praktijk. Als tweede vindt de student dat de verminderde remming duidelijker moet uitgeschreven worden in de eerste casus. Nu heeft de simulant vooral problemen met remming bij het eten van koekjes, maar dit kan naar de student overkomen als een eetstoornis. Verminderde inhibitie is breder dan dat en dat mag getoond worden aan de student.

De studenten waren het er beide ook mee eens dat we niet enkel het motorische, maar ook de mogelijke cognitieve, emotionele en gedragsmatige factoren worden uitgeschreven in de casus. Al blijft het volgens één van de studenten moeilijk voor de simulant om ervoor te zorgen dat de student deze gedragingen zien als gevolg van het hersenletsel. Één van de studenten zei dit zo: *“Je moet in je achterhoofd houden dat het voor een student moeilijk is om die emotionele problemen te zien als gevolg van NAH.”*

Als laatste wordt door één van de studenten de tip gegeven om nog een duidelijker onderscheid te maken tussen de acute fase (na de coma of net na het ongeval) en de huidige situatie, zodat de student ervaart dat er daar een duidelijk verschil in kan zitten

Conclusie

De onderzoeksvraag van deze bachelorproef is ‘Hoe kan gericht simulatieonderwijs gegeven worden aan ergotherapeuten in opleiding rond de doelgroep NAH?’. Deze onderzoeksvraag wordt opgesplitst in verschillende subvragen: ‘Welke facetten zijn belangrijk zodat de simulanten de casussen rond NAH kunnen naspelen (op een pedagogische manier)?’ en ‘Welke elementen moet een draaiboek bevatten om aan de verwachtingen van de docent, studenten en simulant te voldoen.’

Er worden in de literatuur verschillende facetten aangehaald die belangrijk zijn tijdens het ontwerpen van de casus. Enerzijds zijn dat de zaken die ervoor zorgen dat de casus en modules zoveel mogelijk kansen bieden aan de student om bij te leren. Dit door rekening te houden met de vijf aspecten die ervoor zorgen dat een student gaat leren en de moeilijkheidsgraad van de casus die aangepast is aan de mogelijkheden van de student. Bij het opbouwen van het draaiboek is er rekening gehouden met de vijf aspecten en is er in het eerste interview met Lisa Basile informatie uitgewisseld over de mogelijkheden van de studenten om de moeilijkheidsgraad hier op te kunnen aanpassen. In samenspraak met haar hebben we ook twee niveaus toegevoegd aan de modules.

Anderzijds heeft ook de manier waarop de casus gevormd wordt, belang. In meerdere artikels werd de basis van de casussen gelegd door de literatuur te doorzoeken. Nadien werd deze aangevuld met informatie die ervoor zorgt dat de student de leerdoelen kan bereiken. In het artikel ‘developing authentic clinical simulations for effective listening and communication in pediatric rehabilitation service delivery’ werd er voorgesteld aan de hand van een focusgroep de casus realistischer te maken. (King et al., 2016) Door literatuur op te zoeken over de oorzaken en gevolgen van NAH is er zo een basis gevormd voor het modulair draaiboek rond NAH. Tijdens het ontwerpen van dit draaiboek werden interviews gedaan met docent, simulanten en studenten en de casus te verfijnen. De projectstage gaf nog extra opportuniteiten voor het uitwerken van de casussen en modules. Om het pedagogische aspect in het draaiboek te verwerken, worden er bij elke casus tips gegeven aan de simulanten om de student te triggeren om de leerdoelen te behalen.

De elementen waaraan het draaiboek moet voldoen volgens docent, student en simulant zijn bevraagd tijdens de interviews. Uit het interview met docente Lisa Basile hebben we

informatie gehaald om de vormgeving van de casus beter te organiseren, zodat het voor de simulant duidelijker is hoe de casus opgebouwd is. Inhoudelijk gaf Lisa Basile tips over dat de casus uitgebreid mocht zijn, maar hoe het toch overzichtelijk houden voor de simulant. Bij de interviews bij de simulant en bij de student kregen we inhoudelijke feedback vanuit hun eigen standpunt. De studenten ergotherapie vinden de uitgebreidheid en de aspecten in de casus en modules goed, maar hadden elk kleine opmerkingen over de uitgeschreven gedragsindicatoren die het de simulant makkelijker moeten maken om de gevolgen van NAH te spelen tijdens de simulatie. Zij gaven ook beide aan dat de casus vrij uitgebreid was. Dit was ook een opmerking van de simulanten. Er is een schema opgesteld dat voor een bondiger overzicht zorgt voor de simulant. Één van de simulant gaf tips over wat er nog miste in de schema's. De simulanten en studenten hadden het gevoel dat de casus, door de specifiek uitgeschreven voorbeelden, op een realistische manier kon worden nagespeeld. Belangrijk hierbij is dat de simulant tijd genoeg krijgt om zich de casus eigen te maken.

Over de algemene onderzoeksvraag “Hoe kan gericht simulatieonderwijs gegeven worden aan ergotherapeuten in de opleiding rond de doelgroep NAH?” kan er dus gezegd worden dat dit afhangt van zowel de setting waar dit plaatsvindt (juiste setting kiezen in functie van het leerdoel van de student en de betrouwbaarheid op vlak van omgeving en op vlak van infrastructuur), als van de manier waarop de casus wordt ontworpen. Daarmee wordt zowel de inhoud bedoeld als de aftoetsing van het scenario in interviews of focusgroepen. Daarnaast werd er door de docent gevraagd om een uitgebreide scenario te maken met veel voorbeelden in. Dit kan worden bekomen door literatuuronderzoek rond NAH, praktijkervaring op stage en ook door dit af te toetsen tijdens interviews of focusgroepen.

Bibliografie

- Beigzadeh, A., Bahmanbijri, B., Sharifpoor, E., & Rahimi, M. (2016). Standardized patients versus simulated patients in medical education: are they the same or different. *Journal of Emergency Practice and Trauma*, 2(1), 25-28.
- Cahill, S. M. (2015). Perspectives on the Use of Standardized Patients to Teach Collaboration to Graduate Occupational Therapy Students. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(Supplement_2), 6912185040p6912185041-6912185040p6912185047.
- Giles, A. K., Carson, N. E., Breland, H. L., Coker-Bolt, P., & Bowman, P. J. (2014). Use of simulated patients and reflective video analysis to assess occupational therapy students' preparedness for fieldwork. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(Supplement_2), S57-S66.
- Keskitalo, T. (2012). Students' expectations of the learning process in virtual reality and simulation-based learning environments. *Australasian Journal of Educational Technology*, 28(5).
- King, G., Shepherd, T. A., Servais, M., Willoughby, C., Bolack, L., Strachan, D., Parker, K. (2016). Developing authentic clinical simulations for effective listening and communication in pediatric rehabilitation service delivery. *Developmental neurorehabilitation*, 19(5), 284-294.
- Lafosse, C. (september 2007). *101 vragen over hersenletsel*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.
- Lambrecht, W., & Hermans, N. (2013). *Breinzicht. Toegepaste neuropsychologie bij niet-aangeboren hersenletsel*. Gent: Academia Press.
- Mast, M. E., Sawin, E. M., & Pantaleo, K. A. (2012). Life of a caregiver simulation: Teaching students about frail older adults and their family caregivers. *Journal of Nursing Education*, 51(7), 396-402.
- Mills, B. (2016). The role of simulation-based learning environments in preparing undergraduate health students for clinical practice.
- Mori, B., Carnahan, H., & Herold, J. (2015). Use of simulation learning experiences in physical therapy entry-to-practice curricula: a systematic review. *Physiotherapy Canada*, 67(2), 194-202.
- NAHLiga. (s.d.). Wat is NAH? Retrieved December 5, 2016, from <http://www.nahliga.be/wat-is-nah/> - page

- Steunpunt Expertise Netwerk (2015). NAH revalideren na een niet aangeboren hersenletsel. [brochure] Retrieved December 5, 2016 from <http://www.nah-samenspraak.be/brochures.html>
- Reed, H. E. (2014). *An Examination of Critical Thinking Skills in Traditional and Simulated Environments for Occupational Therapy Students*. San Diego State University.
- Ryall, T., Judd, B. K., & Gordon, C. J. (2016). Simulation-based assessments in health professional education: a systematic review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 69.

Bijlagen

Bijlage 1: handleiding voor simulanten in de opleiding ergotherapie.



Hogeschool PXL
Departement healthcare
Opleiding ergotherapie

**HANDLEIDING VOOR SIMULANTEN IN DE OPLEIDING
ERGOTHERAPIE**

Door **Helene Cambien en Laura Gevers**

Inhoud

1. Algemene casus
2. Algemene modules
3. Casussen omtrent NAH

Inleiding

Dit draaiboek is geschreven door Helene Cambien en Laura Gevers. De auteurs schrijven dit draaiboek in kader van hun bachelorproef voor het behalen van het diploma professionele bachelor in de ergotherapie aan de Hogeschool PXL te Hasselt.

Dit draaiboek is een handleiding voor simulanten om te gebruiken in het oefenhuis bij het opleiden van studenten ergotherapie van de Hogeschool PXL.

Het draaiboek bestaat uit twee onderdelen. Het eerste deel geeft een algemeen overzicht van de inhoud van een casus. Hierna worden mogelijke modules beschreven die kunnen gebruikt worden bij het werken met simulanten. Hierbij worden zowel verschillende soorten gesprekken (bijvoorbeeld kennismakingsgesprek en adviesgesprek) als transfers uitgeschreven. Op deze manier is dit draaiboek een houvast om casussen over verschillende doelgroepen op te stellen op eenzelfde manier.

In het tweede deel zijn er twee casussen van een persoon met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) beschreven.

Algemene casus

In dit onderdeel wordt besproken hoe een casus algemeen opgebouwd wordt. Dit is in verschillende punten weergegeven om een zo duidelijk mogelijk beeld te creëren over de inhoud van de casus.

- Voorstelling persoon
 - Persoonlijke informatie:
 - Mogelijke inhoud: naam, leeftijd, burgerlijke stand, gezinssituatie.
 - Belangrijke aspecten:
 - De gebruikte namen (van man en kinderen) mag u veranderen in andere namen die u beter kan onthouden.
 - Het is belangrijk om deze informatie te gebruiken zodat de studenten het idee hebben dat ze met een echte cliënt samenwerken met een eigen leven waar rekening mee moet worden gehouden.
 - In de casussen wordt er informatie meegegeven om een duidelijk (levens)verhaal te schetsen. Toch is er voor u ook ruimte om eigen inbreng te hebben in het verhaal.
 - Omgeving:
 - Mogelijke inhoud:
 - vriendenkring, familiebanden, woonomgeving, woonsituatie.
 - Belangrijke aspecten:
 - Belangrijk dat je genoeg informatie kan geven aan de student zodat er een duidelijk beeld kan worden geschetst over de omgevingsfactoren in de casus.
 - Informatie over het leven voor de aandoening (zowel op functie-, activiteiten- als op participatieniveau indien relevant)
- Informatie over de aandoening
 - Mogelijke inhoud
 - Oorzaak
 - Informatie: hoe is het gebeurd? (omstandigheden), wanneer?, medische gegevens.

- Gevolgen:
 - Functieniveau (= Het niveau dat gaat over classificaties van verschillende functies en anatomische eigenschappen.)
 - Emotioneel
 - Fysiek
 - Sociaal
 - Cognitief
 - Gedragmatig
 - Activiteitsniveau: (= Het niveau dat gaat over het menselijk handelen, de activiteiten die een persoon onderneemt.)
 - Wonen en zorgen
 - Leren en werken
 - Vrije tijd
 - Rust en slaap
 - Participatieniveau: (= Het niveau dat gaat over deelname aan de samenleving en het maatschappelijk leven.)
 - Wonen en zorgen
 - Leren en werken
 - Vrije tijd
 - Rust en slaap
- Omgevingsfactoren:
 - Fysieke leefomgeving (bv. geografische gegevens)
 - Sociale leefomgeving (bv. vriendengroep, collega's, etc.)
- Indien relevant is er in de casus een onderscheid gemaakt tussen de situatie na de diagnose en het verloop en de uiting van de symptomen in de huidige situatie (zowel op functie-, activiteiten- als op participatieniveau). Dit is voor jou interessant omdat de student kan vragen naar de situatie net na het ongeval.
- Belangrijke aspecten:
 - Afhankelijk van je algemene houding in de casus praat je graag/ niet graag, veel/niet veel, makkelijk/moeilijk over wat er is gebeurd.
 - De gevolgen op de verschillende niveaus (functie-, activiteiten- en participatieniveau) zijn belangrijk voor zowel de gesprekken, waarin je

duidelijk kan maken wat de situatie is na de aandoening, maar ook voor de transfers¹. De gevolgen op zowel functieniveau, activiteitsniveau en participatieniveau zijn zichtbaar tijdens een transfer.

- Bepaalde beperkingen kunnen ook zichtbaar zijn tijdens de gesprekken. (bijvoorbeeld een taalstoornis, weinig ziekte-inzicht etc.)
- Algemene kenmerken over persoon
 - Mogelijke inhoud:
 - Onderwerpen waar je niet graag over praat.
 - Onderwerpen waar je graag over praat.
 - Een open of gesloten houding tijdens de gesprekken en transfers.
 - Nuances zoals bijvoorbeeld: In begin afstandelijk, daarna lossere houding.
 - Algemene non-verbale houding.
 - Belangrijke aspecten:
 - Dit is niet iets dat je zegt tegen de student, maar dat je tijdens het gesprek/de transfer moet uitdragen. De student moet dit zelf opmerken tijdens de gesprekken/de transfers en hier naar handelen.
- Tips voor de simulanten
 - Belangrijke aspecten:
 - Dit zijn extra zaken die van toepassing zijn op de casus die je tijdens het gesprek/een transfer kan zeggen of kan doen om de inhoud van de casus nog meer duidelijk te maken.
 - Informatie over welke gegevens de student krijgt voor de simulatie.
 - Door de omschrijving over wat de student weet over de situatie heb je een overzicht wat de student weet en niet weet, wat het begin van het gesprek en de transfer makkelijker kan maken.
- Tips over hoe je de student kan 'triggeren' om doelstellingen te bereiken
 - Dit zijn mogelijke tips voor jou om de student ergotherapie tijdens het gesprek/de transfer te sturen naar bepaalde doelstellingen die opgesteld zijn voor het gesprek.

¹ Transfer: het tillen en verplaatsen van de persoon van één plaats naar een andere. Voorbeelden van transfers: van rolstoel naar bed, van stoel naar rolstoel.

Algemene modules

1. kennismakingsgesprek:

- Beginmoment
 - Mogelijke inhoud: de eerste kennismaking met simulant wordt beschreven. Hierbij wordt aangegeven hoe je kan reageren op mogelijk gedrag (of reacties) dat de student stelt.
 - Belangrijke aspecten:
 - Hierbij komt je algemene houding tot uiting.
 - De manier waarop de student je begroet en benadert, heeft invloed op je algemene houding.
- Hulpvraag
 - Inhoud: de hulpvraag van de simulant wordt beschreven (hierbij wordt zowel de info over van wie de hulpvraag komt en hoe je bij de ergotherapeut terecht komt).
 - Belangrijke aspecten:
 - Je kan, als de student hiernaar vraagt in het begin, je hulpvraag duidelijk maken. Indien hier niet naar gevraagd wordt kan je doorheen je verhaal je hulpvraag laten doorsijpelen door vooral over de onderwerpen te praten waar je iets aan wil veranderen.
- Algemene houding:
 - Inhoud: een vertaling van de eerder benoemde algemene kenmerken van de persoon, toegepast op dit gesprek. Hierbij worden meerdere mogelijkheden beschreven, afhankelijk van de houding van de student.
 - Belangrijke aspecten:
 - Zowel je persoonlijke houding als mogelijke uitingen van je aandoening kunnen hier geuit worden.
- Mogelijke situaties:
 - Inhoud: er worden specifieke voorbeelden gegeven die kunnen voorkomen tijdens het gesprek. Zo weet je hoe te reageren op bepaalde situaties. De reactie van de simulant wordt zowel beïnvloed door de algemene houding, als door de gevolgen van de aandoening.

- Doelstellingen:
 - Inhoud: hierbij worden de doelstellingen voor de student in het kennismakingsgesprek beschreven. Op deze manier heb je inzicht in de bedoeling van dit gesprek.
 - Belangrijke aspecten:
 - Aan de hand van deze doelstellingen kan jij je manier van spelen aanpassen
- Niveaus:
 - Inhoud: moeilijkheidsgraad voor de studenten
 - Niveau 1: student bekommt de informatie door oppervlakkige vragen te stellen. Hierbij worden als voorbeeld enkele mogelijke situaties beschreven.
 - Niveau 2: Dit niveau wordt bekomen wanneer de student specifieke en gerichte vragen stelt. Jij geeft hierbij extra informatie mee, die niet bekomen wordt bij niveau 1.
 - Belangrijke aspecten:
 - In de casus staat extra informatie waardoor je een duidelijk onderscheid kan maken tussen de twee niveaus.
 - Als je een gevoel hebt dat de student gerichte vragen stelt en hierdoor meer informatie uit de casus bekommt dan kan je voor dat aspect naar niveau 2 gaan. Dit betekent niet dat je op elk vlak alle informatie moet vrijgeven. Enkel als de student gerichte vragen stelt, geef je alle informatie vrij over een bepaald aspect.

2. Probleem verhelderend gesprek omtrent woningaanpassing (in het oefenhuis)

- Beginsituatie:
 - Inhoud: de student komt binnen in het oefenhuis, dit is het huis van de simulant.
 - De inkleding van het huis: Het is een gelijkvloers huis met een woonkamer/eetkamer, keuken, slaapkamer, badkamer en een studeer-, werk of speelkamer. Dit huis is gebaseerd op de bouw en inkleding van een doorsnee huis.

- Belangrijke aspecten:
 - Dit is jou huis, je kent dit huis dus goed en kan de belangrijkste beperkingen (voor jou aandoening) in het huis aantonen en beschrijven.
 - Als in de casus de ergotherapeut niet welkom is bij jou, kan je afwijzend reageren als de student zich opdringt of zich niet introduceert.
- Hulpvraag:
 - Mogelijke inhoud: de hulpvraag van de simulant wordt beschreven (Hierbij wordt zowel de info over van wie de hulpvraag komt en hoe je bij de ergotherapeut terechtkomt beschreven.).
 - Belangrijke aspecten:
 - Je kan, als de student ernaar vraagt, in het begin je hulpvraag duidelijk maken. Indien hier niet naar gevraagd wordt, kan je doorheen je verhaal je hulpvraag laten doorsijpelen door vooral over de onderwerpen te praten waar je iets aan wil veranderen.
- Algemene houding:
 - Mogelijke inhoud: een vertaling van de eerder benoemde algemene kenmerken van de persoon, toegepast op dit gesprek. Hierbij worden meerdere mogelijkheden beschreven, afhankelijk van de houding van de student.
 - Belangrijke aspecten:
 - Zowel je persoonlijke houding als mogelijke uitingen van je aandoening kunnen hier geuit worden.
 - Je houding kan ook fluctueren door onderwerpen die je niet graag bespreekt.
- Mogelijke situaties:
 - Mogelijke inhoud: de eerste kennismaking met simulant wordt beschreven. Hierbij wordt aangegeven hoe de simulant reageert op mogelijk gedrag (of reacties) die de student stelt.
 - Belangrijke aspecten:
 - Er worden specifieke voorbeelden gegeven die kunnen voorkomen tijdens het gesprek zodat jij weet hoe te reageren op bepaalde situaties. Je reactie wordt zowel beïnvloed door de algemene houding, als door de gevolgen van de aandoening.

- Doelstellingen:
 - Mogelijke inhoud: hierbij worden de doelstellingen voor de student in het probleem verhelderend gesprek beschreven. Op deze manier heeft de simulant inzicht in het doel van dit gesprek.
 - Belangrijke aspecten:
 - aan de hand van deze doelstellingen kan jij je manier van spelen aanpassen.
- Niveaus:
 - Mogelijke inhoud: moeilijkheidsgraad voor de studenten
 - Niveau 1: De student bekommt de informatie door oppervlakkige vragen te stellen. Hierbij worden als voorbeeld enkele mogelijke situaties beschreven.
 - Niveau 2: Dit niveau wordt bekomen wanneer de student specifieke en gerichte vragen stelt. Hierbij worden ook enkele voorbeelden van situaties beschreven om een duidelijk beeld te geven van het verschil tussen niveau 1 en 2 in die casus.
 - Belangrijke aspecten:
 - In de casus staat extra informatie waardoor je een duidelijk onderscheid kan maken tussen de twee niveaus.
 - Als je een gevoel hebt dat de student gerichte vragen stelt en hierdoor meer informatie uit de casus bekommt dan kan je voor dat aspect naar niveau 2 gaan. Dit betekent niet dat je op elk vlak alle informatie moet vrijgeven. Enkel als de student gerichte vragen stelt geef je alle informatie vrij over een bepaald aspect.

3. Adviesgesprek

- Mogelijke onderwerpen adviesgesprek: advies over woningaanpassing of zelfstandig wonen, advies over rehabilitatie (bv terug gaan werken), advies over hulpmiddelen (bijvoorbeeld gepaste rolstoel) etc.

- Beginmoment:
 - Mogelijke inhoud: de eerste kennismaking met simulant wordt beschreven. Hierbij wordt aangegeven hoe de simulant reageert op mogelijk gedrag (of reacties) die de student stelt.
 - Belangrijke aspecten
 - Hierbij wordt je algemene houding beschreven.
 - De manier waarop de student je begroet en benadert heeft invloed op je algemene houding.
- Hulpvraag:
 - Mogelijke inhoud: de hulpvraag van de simulant wordt beschreven (hierbij wordt zowel de info over van wie de hulpvraag komt en hoe ze bij de ergotherapeut terechtkomt beschreven.), in dit geval de reden van het adviesgesprek.
 - Belangrijke aspecten:
 - Je kan, als de student hiernaar vraagt in het begin, je hulpvraag duidelijk maken. Indien hier niet naar gevraagd wordt kan je doorheen je verhaal je hulpvraag laten doorsijpelen door vooral over de onderwerpen te praten waar je iets aan wil veranderen.
- Algemene houding:
 - Mogelijke inhoud: een vertaling van de eerder benoemde algemene kenmerken van de persoon, toegepast op dit gesprek. Hierbij worden meerdere mogelijkheden beschreven, afhankelijk van de houding van de student.
 - Belangrijke aspecten:
 - Zowel je persoonlijke houding als mogelijke uitingen van je aandoening kunnen hier geuit worden.
 - Je houding kan ook fluctueren door onderwerpen die je niet graag bespreekt.
- Mogelijke situaties:
 - Mogelijke inhoud: er worden specifieke voorbeelden gegeven die kunnen voorkomen tijdens het gesprek. Zo weet jij hoe te reageren op bepaalde situaties. Jou reactie wordt zowel beïnvloed door de algemene houding, als door de gevolgen van de aandoening.

- Doelstellingen:
 - Mogelijke inhoud: hierbij worden de doelstellingen voor de student in een adviesgesprek beschreven. Op deze manier heeft de simulant inzicht in de bedoeling van dit gesprek.
 - Belangrijke aspecten:
 - Aan de hand van deze doelstellingen kan jij je manier van spelen aanpassen.
- Niveaus:
 - Mogelijke inhoud: moeilijkheidsgraad voor de studenten.
 - Niveau 1: student bekommt de informatie door oppervlakkige vragen te stellen. Hierbij worden als voorbeeld enkele mogelijke situaties beschreven.
 - Niveau 2: Dit niveau wordt bekomen wanneer de student specifieke en gerichte vragen stelt. Hierbij worden ook enkele voorbeelden van situaties beschreven om een duidelijk beeld te geven van het verschil tussen niveau 1 en 2 in die casus.
 - Belangrijke aspecten:
 - In de casus staat extra informatie waardoor je een duidelijk onderscheid kan maken tussen de twee niveaus.
 - Als je het gevoel hebt dat de student gerichte vragen stelt en hierdoor meer informatie uit de casus bekommt dan kan je voor dat aspect naar niveau 2 gaan. Dit betekent niet dat je op elk vlak alle informatie moet vrijgeven. Enkel als de student gerichte vragen stelt geef je alle informatie vrij over een bepaald aspect.

4. Transfers

- Beginsituatie:
 - Mogelijke inhoud: stapsgewijze beschrijving over hoe de transfer momenteel wordt uitgevoerd. Hierbij worden ook hulp van anderen, hulpmiddelen en specifieke moeilijkheden als gevolg van de aandoening aangehaald.

- Belangrijke aspecten:
 - Als aan jou niet wordt gevraagd hoe de transfer op dit moment verloopt, valt dit deel weg. Als de student direct de transfer wil oefenen ga je hier in mee.
- Hulpvraag:
 - Mogelijke inhoud: de hulpvraag van de simulant wordt beschreven (hierbij hoort zowel de informatie over van wie de hulpvraag komt en hoe ze bij de ergotherapeut terechtkomt).
 - Belangrijke aspecten
 - Je kan, als de student ernaar vraagt in het begin, je hulpvraag duidelijk maken. Indien hier niet naar gevraagd wordt, kan je doorheen je verhaal je hulpvraag laten doorsijpelen door vooral over de onderwerpen te praten waar je iets aan wil veranderen.
- Algemene houding:
 - Mogelijke inhoud: een vertaling van de eerder benoemde algemene kenmerken van de persoon, toegepast op dit gesprek. Hierbij worden meerdere mogelijkheden beschreven, afhankelijk van de houding van de student.
 - Bijvoorbeeld: als de student alles uit handen neemt, hier weigerend tegenover staan door weinig te reageren en kort te antwoorden.
 - Belangrijke aspecten:
 - Zowel je persoonlijke houding als mogelijke uitingen van je aandoening kunnen hier geuit worden.
 - Je houding kan ook fluctueren door de gespreksfocus op onderwerpen die je niet graag bespreekt.
- Mogelijke situaties:
 - Mogelijke inhoud:
 - De eerste kennismaking met de student wordt beschreven. Hierbij wordt aangegeven hoe je reageert op mogelijk gedrag (of reacties) dat de student stelt. Er worden specifieke voorbeelden gegeven die kunnen voorkomen tijdens het gesprek. Zodat jij weet hoe te reageren op bepaalde situaties. De reactie van de simulant wordt zowel beïnvloed door de algemene houding, als door de gevolgen van de aandoening.

- Doelstellingen:
 - Mogelijke inhoud: Hierbij worden de doelstellingen voor de student tijdens het aanleren van een transfer beschreven. Op deze manier heeft de simulant inzicht in het doel van dit gesprek.
 - Belangrijke aspect:
 - Aan de hand van deze doelstellingen kan jij je manier van spelen aanpassen
- Niveaus:
 - Mogelijke inhoud: Moeilijkheidsgraad voor de studenten
 - Niveau 1: student bekommt de informatie door oppervlakkige vragen te stellen. Hierbij worden als voorbeeld enkele mogelijke situaties beschreven. Als de student de situatie niet helemaal juist inschat, of de begeleiding niet aangepast is aan jou zal niet hetzelfde resultaat worden bekomen zoals bij niveau 2.
 - Niveau 2: Dit niveau wordt bekomen wanneer de student specifieke en gerichte vragen stelt. Hierbij worden ook enkele voorbeelden van situaties beschreven om een duidelijk beeld te geven van het verschil tussen niveau 1 en 2 in die casus. Als de student de situatie juist inschat kan het aanleren van de transfer makkelijker gaan en een beter resultaat bekomen worden.
 - Belangrijke aspecten
 - In de casus staat extra informatie waardoor je een duidelijk onderscheid kan maken tussen de twee niveaus.
 - Als je het gevoel hebt dat de student gerichte vragen stelt en hierdoor meer informatie uit de casus bekomt dan kan je voor dat aspect naar niveau 2 gaan. Dit betekent niet dat je op elk vlak alle informatie moet vrijgeven. Enkel als de student gerichte vragen stelt geef je alle informatie vrij over een bepaald aspect.
- Uitvoering transfers
 - Mogelijke transfers die kunnen geoefend worden in het oefenhuis:
 - Bed-rolstoel (en omgekeerd)
 - Toilet-rolstoel (en omgekeerd)
 - Stoel-rolstoel (en omgekeerd)

- Auto-rolstoel (en omgekeerd)
- Bad-rolstoel (en omgekeerd)
- belangrijke aspecten
 - deze transfers verschillen in uitvoering naargelang de aandoening en de gevolgen van de aandoening.
 - Bij deze transfers kunnen verschillende hulpmiddelen gebruikt worden.
 - Enkele voorbeelden:
 1. Een transferplank: wordt gebruikt tijdens een transfer om een kleine overbrugging te maken, bijvoorbeeld tussen rolstoel en bed.²
 2. Een passieve tillift: hiermee wordt de transfer gedaan van een liggende of zittende persoon naar een andere plaats.³
 3. Een actieve tillift: dient om de persoon tijdens een transfer overeind te helpen. Bij de actieve tillift moet de persoon nog zelfstandig kunnen blijven rechtstaan.⁴
 4. Steunen aan de muren van het toilet⁵
 5. Bedheffer (hierdoor kan je je optrekken in bed en verplaatsen in bed.⁶

² bron: <https://www.hulpmiddelwereld.nl/transferplank>

³ bron: <https://www.harting-bank.nl/webshop/maxi-move>

⁴ bron: <http://www.arjohuntleigh.be/producten/transfer-oplossingen/actieve-tilliften/sara-3000/>

⁵ bron: <https://thuiscomfort.nl/producten/handicare/handicare-opklapbare-toiletbeugel.html>

⁶ bron:

[https://www.zorgmatras.com/media/catalog/product/cache/1/image/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/p/a/patientenoprichter_papegaai - zorgbed dali ii 2 .jpg](https://www.zorgmatras.com/media/catalog/product/cache/1/image/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/p/a/patientenoprichter_papegaai_-_zorgbed_dali_ii_2_.jpg)

1



2



3



4



5



Casussen omtrent NAH

1)Martine

1.1) casus Martine

Persoonlijke informatie

Martine

50 jaar

Gehuwd met Jos

Twee kinderen (zoon Bert van 23 en dochter Marie van 24 jaar).

De namen van gezinsleden mogen indien gewenst zelf ingevuld worden.

Informatie over leven VOOR het niet-aangeboren hersenletsel (voor 2012)

persoonlijkheid en vrije tijd: Je was een actief persoon, kon moeilijk stilzitten, was altijd bezig met/voor je kinderen (hen wegbrengen naar vrienden, zorgen dat hun was op tijd klaar is voordat ze terug naar kot gaan etc.), sporten (vooral fietsen), bellen met vriendinnen, koken etc. Je sprak in het weekend geregeld af met vriendinnen om bij te babbelen. Jullie gingen dan om de beurt bij elkaar op bezoek om bij te babbelen, koffie te drinken en taart te eten. Je hield van fietsen en bloemschikken. Fietsen deed je ieder weekend met je man en kinderen.

(zelf)zorg/ dagbesteding: Je stond op rond 7 uur. Van half 9 tot half 5 werkte je. Als je thuis kwam, begon je meestal direct te koken. Je kookte heel graag en hechtte veel belang aan gezond eten. De rest van de avond spendeerde je aan televisie kijken met het gezin. Jij deed ook de boodschappen en de huishoudelijke taken.

werken: Je werkte fulltime als leerkracht Nederlands en biologie in een middelbare school in Hasselt. Je gaf les in het eerste en tweede jaar. De sfeer was daar fantastisch. Het was een leuke werkplaats. Je had een goed contact met de collega's, maar ook met de studenten. Je had het gevoel dat je geboren was voor deze job.

Leefomgeving

woonplaats: Je woonde in Hasselt in een appartement (4^{de} verdieping) zonder lift. Het was een groot appartement met drie slaapkamers. Je was voor je hersenletsel van plan om in 2012 te verhuizen naar een huis op het platteland. Dat heb je na de revalidatie van je hersenletsel direct gedaan.

Sociaal netwerk: Je had een vaste groep vriendinnen (4 à 5) waarmee je maandelijks in het weekend afsprak. Je band met je man en kinderen was goed. Jullie waren een doorsnee gezin. De laatste jaren zag je de kinderen minder omdat ze op kot zitten in Antwerpen.

Informatie over het hersenletsel

Hersenbloeding (CVA = cerebrovasculair accident) gehad in 2012.

Medische informatie

Het hersenletsel situeert zich in het voorste en middelste deel van de hersenen (frontale en pariëtale kwab van de hersenen) voornamelijk in de linker hemisfeer.

Verloop herstel na hersenletsel (na ontwaken uit coma)

Na het ontwaken uit coma, was dit je situatie:

Functieniveau

1) Spierzwakte (zwakke spieren)

- Je kan niet zelfstandig rechtstaan, enkel als er twee mensen je rechthouden door je te ondersteunen onder je schouders.
- Stappen is niet mogelijk. Je spieren in je onderste ledematen zijn hier te zwak voor.
- Spierzwakte in je armen en handen. Je kan bijna niets zonder ondersteuning vasthouden.
- Houding is in het algemeen in elkaar gezakt, je kan jezelf niet rechthouden in de stoel.

2) Verminderd gevoel in rechterarm en rechterhand (sensoriek).

- Je voelt niet meer precies waar je huid wordt aangeraakt.
- Je voelt niet meer precies wanneer je huid wordt aangeraakt.
- Tijdens de revalidatie vergeet je vaak dat je een minder gevoel hebt in je rechterarm. Je hebt dan soms, zonder dat je het door hebt, een koffietas niet goed vast waardoor deze op de grond valt.

3) Verwerken en opslaan informatie.

- Het duurt langer voor je kan verwerken wat iemand zegt. Dit zorgt ervoor dat je je goed moet concentreren om een gesprek te volgen en te voeren. Je reageert niet direct op een vraag, je hebt tijd nodig om te beseffen wat die persoon bedoelt. Zeker als er twee dingen tegelijk worden gevraagd of gezegd. Verder wordt het gesprek bemoeilijkt als er afleiding is in de omgeving (lawaai, veel visuele prikkels zoals een druk café).

4) Impulscontroleproblemen/ vermindering inhibitie /ontremd gedrag.

- Je remming is weggefallen, zowel verbaal als in je gedrag. Je geeft vaak je 'mening', ook tegenover mensen die je niet kent maar toevallig tegenkomt of nog maar net kent. Je wordt snel kwaad als er iets tegenzit, maar je bent dan ook snel weer de goedlachse persoon zoals meestal. Je geeft in het ziekenhuis heel de tijd aan dat je iets wil eten.

5) Verstoord ziekte-inzicht

- Je hebt niet veel inzicht in de gevolgen van je hersenletsel. Je minimaliseert de gevolgen van je hersenletsel.

Na één jaar revalidatie: Het gevoel in de rechterhand is maar een klein beetje verbeterd. De spierzwakte is beter. Je kan je handen terug functioneel gebruiken om handelingen uit te voeren. Je kan zelfstandig rechtstaan en enkele seconden blijven staan.

Huidige situatie

Funcitieniveau

1) Spierzwakte (zwakke spieren)

- Arm/handfunctie: er is maar een beperkte vooruitgang meer na het jaar revalidatie. Je handen kunnen functioneel gebruikt worden. Al zijn de handelingen toch nog beperkt door de verminderde kracht.
 - Mogelijke situaties:
 - Je kan een lege drinktas redelijk vlot naar je mond brengen, het moment dat deze tas gevuld is, is het moeilijker om deze naar je mond te brengen. Als er warme vloeistof in zit, kan dit voor gevaarlijke situaties zorgen door het krachtverlies.
 - Koken/Bakken is heel moeilijk: bijvoorbeeld een maatbeker water/melk opheffen en in de pot doen is moeilijk voor jou. Je kan de maatbeker wel vastnemen, maar om die met een vloeistof erin op de juiste plaats te krijgen en te kunnen blijven houden tot die is uitgegoten, is moeilijk. Je hebt hiervoor te weinig kracht in je armen, waardoor je met je hele lichaam moet compenseren om de maatbeker op de juiste plek te krijgen.
 - Als je groenten wil snijden is dit voor jou moeilijk. Kracht zetten op je mes is moeilijk. Champignons snijden gaat nog net (met veel moeite en geknoei), maar prei snijden is bijna onmogelijk. Je doet dit dan ook echt niet graag, al die moeite en al dat geknoei is het voor jou echt niet waard.
 - Tijdens het eten is het moeilijk voor jou om je vlees te snijden. Je vindt dit jammer, omdat je anderen niet graag lastig valt om dit te doen. Het eten zelf doe je met een lepel. Door het krachtverlies is het moeilijk om met mes en vork te eten. Het eten valt daar altijd af, daarom gebruik je een lepel. Met de lepel moet je je eten enkel opscheppen en in je mond steken.
- Onderste ledematen: Je kan zelfstandig rechtstaan, maar dit gaat heel traag (als je te lang rechtstaat, beginnen je benen in te zakken, het lijkt alsof je benen je niet kunnen

houden). Het ziet er onstabiel uit als je rechtstaat. Het kan ook soms eens mislukken om recht te staan, je probeert dan recht te staan, maar kan niet genoeg kracht op je armen/benen zetten. Je valt terug in de stoel.

- Je kan enkele seconden blijven rechtstaan, je hebt de neiging om je vast te houden tijdens het rechtstaan voor je veiligheid. Stappen is moeilijk, maar je kan wel enkele stappen al schuifelend zetten. Je voelt je hier niet goed bij, het duurt te lang voor jou en je hebt een onveilig gevoel.

2) Verminderd gevoel in rechterarm en rechterhand (sensoriek)

- Je moet altijd visueel 'checken' als je iets met de rechterhand wil opheffen en vastnemen. Dit kan voor gevaarlijke situaties zorgen, zoals niet snel doorhebben dat je een mes verkeerd vasthebt.
 - Mogelijke situaties
 - In het begin (tijdens de revalidatie) vergat je dat je een minder gevoel had in je rechterhand, maar door het 'trucje' om te kijken naar wat je doet gaat het al veel beter vind je. In werkelijkheid laat je toch nog veel vallen, gebeuren er nog veel ongelukjes omdat je toch nog 'vergeet' te kijken. Je gebruikt vooral je linkerhand als je iets doet, omdat je rechterhand 'onvoorspelbaar is'.
 - Als je iets warm aanraakt, zal je door een reflex je hand wegtrekken, maar door je krachtverlies heb je een tragere reactie, wat voor verwondingen kan zorgen.

3) Verminderd vermogen in verband met planning en probleemoplossend vermogen

- Je hebt veel structuur nodig.
 - Mogelijke situatie: Als je zowel naar het postkantoor als naar de winkel moet dan maakt Jos (je man) een stappenplan voor jou over bijvoorbeeld waar je best eerst naartoe gaat, en waarheen daarna. Je kan zelf niet meer een plan maken over wat je waar moet gaan doen en in welke volgorde. Als er je iets in dat plan verandert, is het moeilijk om je daaraan aan te passen. Stel dat het postkantoor pas binnen een half uur opengaat, ga je niet eerst naar de winkel

om dan terug te komen, maar je wacht aan het postkantoor tot die opengaat omdat het zo op je stappenplan staat.

- Je kan enkel zelfstandig naar de winkel als Jos een lijst maakt met alles wat je nodig hebt en waar je dat kan vinden in de winkel. Zelf geef je dit niet graag toe, je vindt van jezelf dat je weet waar alles staat.
- Je kan veel dingen nog wel uitvoeren, zoals bijvoorbeeld rekeningen betalen. Maar je man moet je daarin begeleiden. Je kan niet zelf inplannen wanneer je die rekeningen gaat betalen. Als Jos niet zou zeggen dat je moet betalen zou je het niet doen. Ook hier heb je niet door dat je dat niet zelf kan plannen.
- Zelf een plan opstellen en uitvoeren is moeilijk.
 - Mogelijke situatie: geen recept kunnen volgen, behalve als elke stap tot in detail staat uitgeschreven en er foto's bijstaan als visuele hulp.

4) Verminderde remming

- Je eet veel snoepgoed doorheen heel de dag. Je kan een heel pak koeken in één keer op eten als niemand je tegenhoudt. Je omgeving heeft het daar moeilijk mee, ze zeggen dat je 'veranderd' bent sinds je hersenletsel. Jij vindt van niet, je durft gewoon zeggen waar het op staat. In verband met het koekjes eten, vind je dat maar normaal omdat je heel de dag thuis zit en toch niets anders te doen hebt. Je vindt van jezelf dat je wel weet wanneer je moet stoppen met koeken eten, maar zolang je er niet dik van wordt, zou je niet weten waarom je minder moet eten.
- Mogelijke situatie: je geeft over alles en iedereen je mening, ook ongevraagd of je stelt persoonlijke vragen.
 - "Vind jij ergotherapeut zijn nu echt een goede job? Die ergotherapeuten hebben mij bij mijn revalidatie toch niet veel bijgeleerd hoor."
 - "Ben jij al getrouwd?"
 - "Heb jij al kinderen?"
- Je blijft de vragen herhalen.
 - Mogelijke situatie:
 - Tijdens een gesprek zeggen: "Amai, jij bent een mooi meisje/jongen!"
-> dit blijven herhalen, ook tijdens het gesprek wanneer de student je een vraag heeft gesteld die hier helemaal niets mee te maken heeft.

- “Ben jij nu echt nog niet getrouwd? Toch al een vriend/vriendin?”

5) Verwerken en opslaan informatie

- Traag reageren, soms even pauze laten tussen de vraag en jouw antwoord, vooral bij dubbele vragen (bijvoorbeeld Woon jij nu thuis en met wie woon je daar allemaal?)
 - Mogelijke situaties: Delen van de vraag vergeten, niet antwoorden op tweede deel van vraag of opnieuw moeten vragen wat de vraag was.
 - Als de student zich niet aanpast aan het trager verwerken van de informatie krijg je het moeilijker en moeilijker om je te concentreren. Je begint over andere dingen te praten of kort te antwoorden.

6) Gebrekkig ziekte-inzicht

- Je hebt een gedeeltelijk inzicht in de gevolgen van het hersenletsel, Je weet wat de gevolgen zijn die voortkomen uit het hersenletsel. Vooral de fysieke gevolgen kan je uitleggen. Dat je moeilijkheden hebt met planning, verwerken en opslaan van informatie weet je wel, maar als anderen daarnaar vragen, wuif je dit weg. Je minimaliseert het, je vindt dat die fysieke gevolgen het grootste probleem zijn en dat die andere symptomen vooral worden uitvergroot door je omgeving, want wie vergeet nu bijvoorbeeld nooit iets in de winkel?
 - “Ik verveel mij thuis, wanneer ik beter was mocht ik zelfstandig naar de winkel, maar omdat ze vonden dat ik veel vergat mocht ik niet meer alleen gaan. Maar als ik dat niet alleen mag doen, moet het voor mij ook niet meer. Ik voel mij een klein kind.”
 - “In het begin moest ik veel oefeningen doen bij de ergotherapeut en de kinesist. Bij de kinesist snap ik het nog wel, want mijn spieren waren heel zwak. Maar dan moest ik ook geheugenoefeningen doen, laten zien hoe ik mij was en aankleed en kookoefeningen doen. Ik snap nog altijd niet waarom, dat ging al redelijk goed wel nog niet voldoende, maar ik vind het normaal dat het nog niet zo makkelijk loopt, ik heb tenslotte twee maand in een coma gelegen.”

7) Hypersensitiviteit/ overprikkeling

- Je kan er niet goed tegen als je in een ruimte bent waar er veel lawaai is. Je bent sinds je hersenletsel gevoeliger voor geluid en voor visuele prikkels. Als er teveel geluid of visuele prikkels zijn dan kan je je op niets anders meer concentreren dan dat geluid.
 - Mogelijke situaties:
 - Jij gaat nooit gaan eten in een restaurant met een open keuken (teveel lawaai en visuele afleiding).
 - Als je met iemand aan het praten bent die een tic heeft met een pen of met de voet op de grond tikken, kan je je niet concentreren. Je wil zo snel mogelijk de ruimte/situatie verlaten, want je bent overprikkeld.
- Je hebt weinig besef/inzicht dat je gevoeliger bent voor geluid dan vroeger.

Activiteitsniveau en participatieniveau

1) Wonen en zorgen

- Je woont thuis.
 - Je kon niet in het appartement blijven wonen omdat dit niet aangepast is aan een rolstoel (geen lift, te kleine doorgangen en ruimtes). Je bent daarom in 2013, direct na je revalidatie verhuisd naar een huis in Hasselt. Nu de kinderen uit huis zijn, ben je sinds 3 maanden verhuisd naar een kleiner huisje in Hasselt samen met je man Jos.
- Mantelzorg
 - Je man zorgt hoofdzakelijk voor jou. Hij werkt nog maar deeltijds en is drie dagen per week thuis. Hij doet alles van het huishouden (kookt, wast, strijkt). Hij helpt je met verschillende transfers (naar het toilet, in en uit bed geraken, in en uit bad geraken etc.)
- Professionele zorg thuis
 - Hulp van thuisverpleging.
 - Komt elke ochtend langs om te helpen bij wassen en aankleden.

- Dagindeling:
 - Thuisverpleegster komt om te helpen met wassen/ochtendtoilet -> ontbijt -> opgehaald worden om naar dagcentrum te gaan of lezen, vriendinnen die op bezoek komen, televisie kijken, films kijken, bloemstukjes maken -> avondeten -> gaan slapen
 - Je vindt het jammer dat je tijdens de dag niets 'nuttig' kan doen. Je zou graag alleen naar de winkel gaan, zelf iets plannen etc.
- Hulpmiddelen
 - Een dagschema (en weeschema) waarin staat welke dag je naar het dagcentra gaat en waar je man kan aangeven dat je bijvoorbeeld naar een vriendin moet bellen, dat er iemand op bezoek komt etc. Zo kan je tijdens de dag terugvallen op je schema om te zien wat je die dag nog allemaal moet doen.
 - Een looprek om meer steun te hebben tijdens het stappen.

2) ADL

- Je kan de meeste transfers met lichte tot matige hulp uitvoeren. Deze zijn je aangeleerd in het revalidatiecentrum (je hebt vooral nog moeilijkheden met de transfer uit bed).
- Wassen
 - Je wast je bovenlichaam in zit en je onderlichaam in stand.
 - Je hebt hier duidelijke mondelinge sturing van de verpleegster voor nodig. Al ervaar je dat zelf niet zo, enkel als de student doorvraagt, geef je aan dat de verpleegster mondeling aangeeft waar je je overal moet wassen en wat je volgende handeling is.
 - Wassen van de rug doet verpleegster.
 - Je poetst zelfstandig je tanden.
 - Bad /douche
 - Je kan onder de douche je bovenlichaam en onderlichaam zelf wassen (in zit).
 - Rug en zitvlak worden gewassen door de verpleegster.
 - Afdrogen kan je zelfstandig in zit met de nodige mondelinge ondersteuning.

- 1x per week in bad, je mantelzorgers en verpleegster helpen hierbij.
 - Je hebt hulp nodig bij het wassen, drogen en kammen van je haar.
 - Voetverzorging en het knippen van de nagels kan je niet meer alleen.
- Aankleden
 - Verpleegster doet meeste om valgevaar tegen te gaan.
 - Voorbeeld: bij het aandoen van een trui, zit je op een stoel of het bed. De verpleegster trekt dan de trui over je hoofd, de armen kan je zelf door de mouwen steken. Bij het aandoen van de broek doet de verpleegster de pijpen van de broek al aan, ook weer terwijl jij zit, om de broek op te trekken ga je staan en houdt je je handen op de schouders van de verpleegster zodat zij je broek kan optrekken en je een goed evenwicht kan houden.
- Toiletbezoek
 - Kan dit volledig zelfstandig in het dagcentrum (je hebt een methode aangeleerd waardoor je dit zelfstandig kan):
 - Je zet je rolstoel naast het toilet, dan trek je je op aan de steunen op van het toilet en schuifel je opzij tot je voor het toilet staat. Je houdt je dan met één hand vast en maakt met de andere hand je broek los. Nadat je broek los is, doe je deze ook met 1 hand naar beneden (kant per kant) Dan ga je zitten. Het schoonvegen kan je zelf, maar duurt langer dan normaal. Als je klaar bent, zorg je dat je broek al over je knieën is alvorens je gaat rechtstaan. Als je je dan weer aan een steun hebt rechtgetrokken, is het voor jou makkelijker om je broek weer met één hand op te trekken. Hierna schuifel je terug naar je rolstoel met behulp van de steunen en zet je je neer.
 - Thuis is dit niet mogelijk, omwille van de beperkte doorgang en het gebrek aan hulpmiddelen.
 - De doorgang naar het toilet is te klein voor een rolstoel, waardoor je steeds hulp nodig hebt van je man (Als je man niet thuis is probeer je het soms zelf, maar dit is niet veilig en wordt zoveel mogelijk vermeden). Er zijn ook geen steunen aan de muur van het toilet

bevestigd. De rolstoel wordt zo dicht mogelijk in de ingang gezet, je staat recht (met ondersteuning van je man). Jos doet de rolstoel even aan de kant en ondersteunt je tot aan het toilet. Jij schuifelt naar het toilet, je man doet je broek los, omdat jij dit niet kan omdat je nergens steun kan nemen.

- Het is een energievretende activiteit voor jou en je man. Je zou dit graag op een andere manier doen.

3) Leren en werken

- Sinds het hersenletsel heb je niet meer gewerkt. Je zou graag terug iets ‘zinnig/productief’ doen in je leven, maar je geeft zelf aan dat dat niet lukt in een rolstoel. De problemen omtrent executieve functies (ontremd gedrag, verstoord ziekte-inzicht) geef je zelf niet aan, maar na doorvragen van de student wordt het wel duidelijk dat dit vooral voor je omgeving invloed heeft. Je omgeving vindt dat niet zo een goed idee. Je snapt dit niet, maar je bent er zelf nog niet toe gekomen om te beginnen zoeken (gebrek aan planning).

4) Vrije tijd

- Veel naar buiten ga je niet meer. Je vindt het nog altijd onhandig om je te verplaatsen met de rolstoel. Straten, huizen etc. zijn zo weinig aangepast aan de rolstoel. Je vriendinnen komen om de twee weken bij jou thuis. Je vindt dit fijn en het zou ook meer mogen zijn want je verveelt je vaak. Je vindt het moeilijk dat ze alles zelf moeten meenemen (taart, hapjes, ...). Je zou zo graag zelf nog eens iets organiseren en zelf koffie maken, maar dat moeten de anderen altijd doen in je keuken. Je voelt je daar slecht over.
- Je gaat geregeld nog eens fietsen met je man met een tandem.

5) Rust en slaap

- Je bent heel snel moe, ook na zaken die vroeger simpel waren: eten, een gesprek voeren etc.
 - Soms moet je de afspraak met vriendinnen afzeggen omdat je te moe bent omdat je je de dag ervoor teveel ingespannen hebt. Zelf leg je die link niet direct, je denkt gewoon dat je een slechte dag hebt. Je omgeving moet je dus bijvoorbeeld intomen de dag voor een familiefeest. Zelf zie je dit niet in.

Omgevingsfactoren

- Sociale omgeving
 - Je spreekt nog steeds af met je vriendinnen, maar ze doen toch anders. Ze benaderen je kinderachtig en nemen veel uit handen. Maar het ergste is dat ze zeggen dat je veranderd bent. Je ziet dit niet in en het kwetst je.
 - Toch vind je het belangrijk dat ze langskomen. Hierdoor heb je toch nog wat sociaal contact.
 - Met je man en kinderen heb je nog een goed contact, maar volgens jou zijn ze te betuttelend. Je zou liever meer zelfstandig doen. Ze onderschatten je mogelijkheden.
 - Met je vroegere collega's heb je nog amper contact. Je vindt dit heel jammer. Maar ze begrijpen jouw situatie ook niet, dus volgens jou heeft het ook niet veel nut om die banden terug op te halen.
- Professionele hulp
 - 2 keer per week kinesitherapie
 - Hier oefent ze het zelfstandig rechtstaan, steun nemen tijdens het rechtstaan en de spieren flexibel houden.
- Fysieke omgeving
 - Je gaat woensdag en donderdag overdag naar een dagcentrum.
 - Je woont sinds drie maanden in een nieuw huisje met maar één slaapkamer. Het grote huis is niet meer nodig sinds de kinderen uit huis zijn. Het huis bestaat maar uit enkel een gelijkvloers met één slaapkamer, een woonkamer, een keuken, een badkamer en een bureau.

Algemene kenmerken over persoon/persoonlijke factoren

Je bent vaak luidruchtig wanneer je niet voldoende aandacht krijgt, je begint dan hard te lachen of met een hoog stemmetje te praten. Dit komt door het frontale letsel, waardoor je een verminderde remming hebt voor bepaald gedrag.

Je praat graag over vroeger (hobby's, werk, vrienden). Je praat minder graag over je huidige situatie. Vooral tijdens vragen over de uitingen van je NAH ben je kort, je geeft niet veel uitleg. De student moet zelf gerichte vragen stellen om iets te weten te komen, terwijl je over je werk van vroeger bijvoorbeeld zelf veel uitleg geeft.

Je algemene non-verbale houding is ongeïnteresseerd, maar eenmaal dat de student zich geïnteresseerd toont, niet enkel in de gevolgen van het hersenletsel, maar vooral in de mens Martine (hobby's, vroegere werk, huidige bezigheden, haar wens naar autonomie) word je steeds opener en neem je de student (en de hulpvraag) serieuzer en ga je ook oprechter antwoorden.

Je bent in het algemeen een open persoon. Soms wat te los (verminderde remming als gevolg van het hersenletsel). Dit betekent dat je graag vertelt wanneer de student interesse toont. Je babbelt vlot en antwoordt uitgebreid wanneer de student eenmaal interesse toont.

Je wens is dat je meer autonomie krijgt door onder andere woningaanpassingen, aanleren van extra hulpmiddelen te gebruiken of het aanleren van transfers. De houding van je omgeving omtrent de psycho-emotionele en gedragsmatige gevolgen ergert je. Je hebt het gevoel dat ze je autonomie tegenhouden terwijl je zelf het gevoel hebt dat dat niet nodig is. Tegenover voorstellen zoals plannetjes maken, met pictogrammen werken etc. sta je eerst weigerachtig omdat je het probleem niet ziet. Als de studenten met veel geduld uitleggen waarom dit je toch zou kunnen helpen (om te komen tot meer autonomie en uitbreiding van zinvolle activiteit en participatie), ben je niet meer zo weigerachtig. Telkens wanneer de student iets aanbrengt, sta je terug wat weigerachtig er tegenover, maar er is steeds minder tijd nodig om je te overtuigen.

1.2) Modules Martine

module 1: Kennismakingsgesprek

Beginmoment

- Als de student aankomt bij je thuis weet je niet goed hoe haar te ontvangen, je kan dit moeilijk plannen. Je verschuift de verantwoordelijkheid naar haar door bijvoorbeeld te vragen “Waar zouden we gaan zitten?”.
- Je bent afstandelijk in het begin, je antwoordt kort, maar de verminderde inhibitie toont zich direct door bijvoorbeeld te zeggen “Amai jij bent nog jong, heb jij wel al genoeg ervaring?” of “Ik ga eerst nog eens een koekje halen voor we beginnen praten.”. Maar je biedt er zelf geen aan.

Hulpvraag

- Je wil graag terug meer zaken zelfstandig doen in het huis, zonder altijd te moeten rekenen op anderen die tijd moeten maken om je hierbij te helpen. Nu jullie een nieuw huis hebben gekocht, leek het de juiste moment volgens jullie en volgens het dagcentrum om eens een ergotherapeut te laten komen, om te kijken naar de woning om te zien wat de mogelijkheden zijn.

Algemene houding

- Je bent in het begin gesloten (korte antwoorden, over iets anders beginnen). Vanaf het moment dat de student meer aandacht biedt aan jou, bloei je open en begin je meer te vertellen over vroeger.
- Als het over je cognitieve of psycho-emotionele gevolgen gaat dan doe je daar lacherig over.
 - Bijvoorbeeld “Wie vergeet nooit eens iets?” of “Ze vergroten alle kleine foutjes.”.
 - Je hebt het gevoel dat ze je te hard controleren, je mag precies niets meer doen, enkel boeken lezen en televisie kijken.

- Je vertelt makkelijk over je fysieke gevolgen van het hersenletsel, je vertelt hierover in detail en lijkt hier weinig schaamte over te voelen.
- Je hebt het moeilijk met het vertellen dat je vroeger zoveel deed, en nu vastgekluiserd zit in huis. Je laat voelen dat je dat leven mist en toch meer zelfstandig zou willen doen.

Mogelijke situaties

- Als de student dubbelvragen stelt of heel veel informatie op één moment geeft, kan je niet volgen en word je onrustig. Je reageert heel kort met ja, nee en misschien. Het is duidelijk dat je niet meer naar de inhoud luistert.
 - Mogelijke dubbelvragen
 - Komt er verpleging aan huis en wat doen zij allemaal?
 - Kan jij jezelf nog wassen? Hoe doe je dat dan?
 - Hoe ziet jou gezin eruit, en heb je er een goede band mee?
- Als de student zit te spelen met een balpen, met de stoel aan het wiebelen is, of veel beweegt met de handen kan je overprikkeld geraken. Dan ga je weg uit de kamer, zegt eventueel dat het je even teveel is en komt even later terug.
- Bij het overlopen van de dagindeling wordt het gebrek aan planning duidelijk: tussen het opstaan en ontbijten en het gaan slapen blijf je heel vaag en kan je eigenlijk niet goed vertellen wat je allemaal doet. Je geeft wat voorbeelden zoals: lezen, tv kijken etc. Je geeft aan dat je het eigenlijk niet goed weet wat je zo allemaal doet, maar dat het niet veel is.
- Door je spierzwakte kan je geen fles water opendraaien. Je probeert dit wel (verminderd ziekte-inzicht), maar ervaart dat dit niet gaat. Je vraagt aan de student om te helpen omdat het jou niet lukt.
 - Een vol glas naar je mond brengen is niet makkelijk. Je hebt het er zichtbaar moeilijk mee. Je aandacht gaat daarnaar toe. Je neemt het glas met twee handen vast en beweegt traag naar je mond. Je probeert het glas rustig neer te zetten, maar hebt niet altijd de controle en het glas komt hard op de tafel neer.
- Mogelijke uitingen van het verminderd gevoel in rechterarm en rechterhand:
 - Als je een handeling dient uit te voeren doe je dit altijd met de linkerarm/linkerhand.

- Je verminderde remming komt tijdens het hele gesprek geregeld voor.
 - Je stelt vaak dezelfde vragen:
 - “Vind jij ergotherapeut zijn nu echt een goede job? Die ergotherapeuten hebben mijn bij mijn revalidatie toch niet veel bijgeleerd hoor.”
 - “Ben jij al getrouwd?”
 - “Heb jij al kinderen?”
- Gebrekkig ziekte-inzicht
 - Als de student suggereert dat je in je handelen uitingen hebt door je NAH, ontken je dit. Als je de handelingen moet uitvoeren, kan je wel toegeven dat het niet lukt. Toch ben je niet helemaal overtuigd, dit kan je laten merken door bijvoorbeeld te zeggen: ‘Normaal gaat dit beter, het loopt fout omdat ik stress heb omdat jij hier bent.’

Niveaus in het gesprek

- Niveau 1: vooral de fysieke gevolgen komen boven tijdens de gesprekken.
- Niveau 2: als de student wat doorvraagt over jou leven, komt boven dat jij en je man een van elkaar verschillende kijk hebben op je mogelijkheden, wat te wijten kan zijn aan je beperkt ziekte-inzicht. Door door te vragen en handelingen te laten uitvoeren ervaren de studenten ook dat je niet meer het probleemoplossend vermogen en het planningsvermogen hebt van vroeger.

Module 2: Probleemverhelderend gesprek/ adviesgesprek omtrent woningaanpassing

Beginsituatie

- Beperkingen van het huis (het oefenhuis) die je mondeling kan aangeven tijdens het gesprek
 - Zowel in slaapkamer, woonkamer en keuken zijn er hoge kasten. Je kan niet aan alle kasten en spullen geraken.
 - In de keuken is het moeilijk om te koken, want het werkblad is te hoog, ook verschillende apparaten (bijvoorbeeld de microgolf) staan te hoog, zeker door

de spierzwakte kan je niet veel potten, pannen, ... opheffen om deze op een andere hoogte te krijgen.

- Weinig ruimte/plaats in de verschillende ruimtes, in het begin leek dat niet erg, maar om de transfers uit te voeren of bijvoorbeeld iets te nemen op het einde van de tafel gaat dit niet, omdat de ruimte tussen de stoelen en de muur niet breed genoeg is.
- De doorgang naar het toilet is te smal om een rolstoel door te krijgen, hierdoor moet je nog enkele stappen nemen tot je aan het toilet komt. Het is voor je man ook moeilijk om je te helpen bij die transfer.
- Bij het toilet en het bad zijn er soms gevaarlijke situaties omdat je bijvoorbeeld kan uitschuiven bij de transfers bij het bad. Je kan hier mogelijks aangeven dat je al gehoord hebt van steunen in bad, en vragen of dit een mogelijkheid is.
- Er zijn ook nog andere algemeenheden die voor moeilijkheden zorgen. Onder andere de lage stopcontacten in bijvoorbeeld de bureauruimte, de wasmachine en droogkast die op de grond staan, de ramen die je niet open krijgt vanuit je rolstoel en kasten die je moeilijk kan opendoen omdat je met je rolstoel in de weg staat.

Hulpvraag

- Je wil graag de woning aanpassen zodat je meer zelfstandig transfers kan doen, kan koken etc.
 - Nu de kinderen uit huis zijn, heb je samen met je man een klein huis gekocht in Hasselt. Je bent sinds drie maanden naar daar verhuisd. Nu jullie het daar gewoon zijn, merken jullie dat het huis toch niet zo rolstoelvriendelijk is als jullie dachten en hierdoor je zelfstandigheid vermindert. Je kan bijvoorbeeld in het dagcentrum zelfstandig naar het toilet gaan, maar thuis kan je dat niet. Daarom willen jullie eens horen bij een ergotherapeut wat de mogelijkheden zijn om het huis rolstoelvriendelijker te maken.

Algemene houding

- Je staat open voor aanpassingen in huis omdat je zelf ook ervaart dat het huis niet is aangepast.

- Je wil wel dat het huis een huiselijke sfeer heeft. Je wil niet dat er een ziekenhuissfeer hangt of dat de aanpassingen heel hard opvallen. Het moet een gezellig huis blijven.
- Je ziet de toekomst rooskleurig in als het huis aangepast zou worden. Bijvoorbeeld als de keuken wordt aangepast dan kan je terug zelfstandig koken. Je houdt geen rekening met je problemen met planning etc. Als de student hierover begint reageer je geprikkeld, omdat je dit zelf niet inziet door je beperkt ziekte-inzicht.

Mogelijk situaties

- Als er voorstellen worden gedaan over aanpassingen, ben je eerst niet voor de voorstellen van elektrische aard (hoog-laag bed, hoog-laag keuken, lichten bedienen via een Ipad, etc.). Je zegt dat je hier niet veel van weet. Je vraagt verduidelijking hoe zo iets werkt. De student kan je wel overtuigen als ze duidelijk uitlegt hoe dit werkt.
 - Het duurt langer voordat je dit begrijpt door je vertraagde informatieverwerking.
- Van een hoog-laag bed ben je geen fan, het voelt te ziekenhuisachtig aan, je vraagt of er geen andere hulpmiddelen zijn.
- Als de student vraagt of je zelf ideeën hebt voor je huis, of vraagt hoe dat jij het ziet, kan je daar niet gericht op antwoorden (door je verminderd probleemoplossend vermogen).
- Door je verminderde remming stel je aan de student ook veel vragen: “Woon jij al apart? Met je vriend?” Je gaat tijdens het gesprek geregeld een koek eten in de keuken. Je rijdt dan gewoon in je rolstoel weg en komt even later terug.

Niveaus in de module

- Niveau 1: Hierbij wordt vooral de woningaanpassing besproken.
- Niveau 2: Het wordt duidelijk dat er niet enkel fysieke aanpassingen moeten gebeuren, maar ook andere dingen moeten veranderen om jou zelfstandigheid te vergroten (planmatig werken en probleemoplossend vermogen is weg -> dus als jij zelfstandig wil koken is er buiten enkel een hoog- laagkeuken installeren, ook bijvoorbeeld

pictogrammen nodig, die aangeven dat ze eraan moet denken om de vuren uit te zetten en de oven uit te zetten na het koken.)

Module 3: Transfer van bed naar rolstoel

Beginsituatie

- Als je uit bed komt, helpt je man je daar bij. Als jij op je rug ligt, trekt hij je aan je armen mee omhoog zodat je in zit komt. Daar draai jij je benen zodat deze over de rand van het bed komen. Je man helpt hierbij door naast je te komen zitten zodat je kan steunen op zijn schouder en hij helpt ook door je benen mee van het bed af te schuiven. Éénmaal je op de rand van het bed zit, neemt je man de rolstoel, zet die schuin voor jou, hij doet de armsteun van de rolstoel af, en jij schuift van het bed over naar de rolstoel. Je man staat achter de rolstoel om die overgang mee te begeleiden. Hij houdt zijn handen onder je armen om je te kunnen houden als je valt.
- Je geeft aan dat dit meestal goed loopt. De hulp van je man is wel hard nodig, zelfstandig recht in je bed tot zit komen is moeilijk en je benen over het bed krijgen kost ook moeite.

Hulpvraag:

- Je zou graag zelfstandiger uit het bed geraken. Je voelt dat je man de laatste tijd meer gestresseerd is door zijn job. Hij moet op tijd op zijn werk geraken. Het zou hem veel tijd besparen als je dat alleen kan, en jij zou er jezelf ook beter bij voelen, want altijd zo aan je moeten laten trekken is niet fijn.
- Hoe ben je bij een ergotherapeut terecht gekomen: Jij denkt dat je die transfers alleen wel zal kunnen met wat extra tips en oefening. Maar je man is hier niet gerust in. Hij heeft het gevoel dat je niet helemaal beseft hoe gevaarlijk dat kan zijn. Hij had dit aangekaart bij het dagcentrum en die hebben geadviseerd om eens een ergotherapeut te raadplegen.

Algemene houding:

- Het gebrekkig ziekte-inzicht speelt een grote rol in het aanleren van de transfer. Je denkt dat je het alleen zal kunnen met wat oefening. Wanneer je ervaart dat je toch niet zo makkelijk alleen recht geraakt, of van je bed in je rolstoel geraakt reageer je hier geïrriteerd op. Je hebt het gevoel dat ze je voor schut zetten, terwijl jij het gevoel hebt dat je het wel kan.
 - Je geeft bijvoorbeeld aan dat je na één keer oefenen dit zeker zal kunnen, maar tijdens het uitvoeren ervan merk je dat je de volgorde toch niet meer weet, al was je zeker dat het je wel zou lukken. Je geeft aan dat dit komt door bijvoorbeeld te weinig concentratie, maar niet door de gevolgen van het NAH.

Mogelijke situaties

- Als de student voorstelt om eens te laten zien hoe het normaal gebeurt, vind je het moeilijk om dit uit te leggen (gebrek aan planmatig denken). Je vergeet essentiële dingen te vertellen (zoals bij de benen die uit bed worden gehangen, vergeet je te vertellen dat je man naast je zit om je te ondersteunen, bij het schuiven naar de rolstoel vergeet je te zeggen dat de armsteun weg moet). Als de student dit als tip geeft, herken je het wel en geef je aan dat je man dat ook deed.
- Als de student voorstelt om zelf met jou eens de transfer te doen om de situatie in te schatten, sta je er toch wat argwanend tegenover. Je vraagt of die wel zeker is of die dat kan en de student je niet zal laten vallen. Tijdens de transfer ben je afhankelijk van de student. Je doet enkel na wat er verbaal wordt aangegeven wat je moet doen.
- Als de student vraagt om zelf te bedenken wat er kan voor zorgen dat jij de transfer zelfstandig kan, is dit moeilijk voor jou (probleemoplossend vermogen). Je kan geen antwoord bedenken.
- Als de student vraagt hoe jij de transfer zelfstandig zou doen, kan je dit moeilijk uitleggen. Je stappen lopen door elkaar. Je vergeet bijvoorbeeld dat de rolstoel al moet klaarstaan voordat je uit je bed komt omdat je anders zou moeten stappen.
- Als de student over hulpmiddelen begint dan sta je er eerst argwanend tegenover, enkel als student de meerwaarde van de hulpmiddelen kan aantonen, ga je mee in het

verhaal. Enkel over een hoog-laagbed blijf je een tegenstander omdat het ziekenhuisachtig is.

- Als de student vraagt om zelf eens de transfer te proberen, vergeet je verschillende stappen, of je doet ze in de verkeerde volgorde (armsteun niet weghalen, je benen al langs het bed proberen leggen wanneer je nog niet tot zit bent gekomen).
 - Als de student voorstelt om een stappenplan te maken sta je er eerst weigerachtig tegenover, want je bent het gewoon nog niet gewend om het alleen te doen, het zal wel lukken na een tijd.
- Uiteindelijk kan je de transfer wel. Het rechtekomen in bed en benen over bed leggen duurt een tijd en is een hele klus door de spierzwakte. Een hulpmiddel zou dus handig zijn. Het schuiven van bed naar rolstoel verloopt traag, maar lukt.
 - De transfer kan op dit moment nog maar enkel uitgevoerd worden als de student stap per stap zegt wat jij moet doen. Als je het zonder verbale hulp moet doen, weet je niet meer wat je moet doen.

Module 4: Transfer tussen rolstoel en stoel

Beginsituatie

- Als jij van je rolstoel naar je stoel gaat, ga je naast de stoel staan met je rolstoel, zet je de rem van je rolstoel op en sta je recht. Je kan dit zelfstandig, maar je man helpt je toch (door middel van je handen vast te nemen en mee te begeleiden tot stand, omdat dit sneller gaat en veiliger is. Hierna doen jullie een paar stappen en helpt je man je door je aan je ellebogen te blijven vasthouden en controle uit te oefenen tijdens het gaan zitten.
- Ze hebben je in het dagcentrum aangeleerd om de rolstoel zo dicht mogelijk bij de stoel te zetten, remmen van de rolstoel opzetten, voetsteunen verwijderen en een plank tussen de rolstoel en stoel te leggen en zo te schuiven. Dit duurt door je spierzwakte lang en is dus vermoeiend. Hierdoor heb je het volgens jou thuis nog niet individueel gedaan. Dit is volgens jou de hoofdreden. Een andere reden, die jij niet aangeeft tijdens het gesprek, is omdat je verbale aanmoedigingen/instructies nodig hebt om deze transfer te voltooien, anders vergeet je verschillende zaken (remmen opzetten, voetsteunen verwijderen, etc.) of de volgorde ervan en is de situatie niet meer veilig.

Om dit te maskeren zeg je dat je de volgorde gewoon nog niet goed onder de knie hebt, maar dat dat wel zal komen.

Hulpvraag

- Je zou graag de transfer zelfstandig kunnen uitvoeren. Ze hebben je dit in het dagcentrum aangeleerd door middel van een schuifplank van de rolstoel tot in de stoel te schuiven en omgekeerd, maar je geeft aan dat je dit nog niet helemaal snapt en onder de knie hebt en dat het heel vermoeiend is.

Algemene houding

- Het gebrekkig ziekte-inzicht speelt een grote rol in het aanleren van de transfer. Je denkt dat je het alleen zal kunnen als je wat oefent. Wanneer je ervaart dat je toch niet zo makkelijk alleen recht geraakt, of van bed in rolstoel geraakt, etc. word je hier lastig over.
- Je bent leergierig, je wil het echt kunnen. Je bent soms wat te enthousiast, schat verkeerd in wanneer je het wel al kan en wanneer niet.
 - Je zegt bijvoorbeeld na de eerste keer uitleg dat je het wel zal kunnen, maar dan blijkt tijdens de volgende transfer dat het je toch niet lukt. Als de student direct ingrijpt of je te lang laat sukkelen vind je dit niet leuk en geef je er een opmerking over.
- Tijdens het oefenen van de transfers zeg je geregeld dat je zin hebt in een koek en dan ga je een koek eten in de keuken en dan ga je terug.

Mogelijke situaties

- Door de spierzwakte duurt de verplaatsing over de transferplank lang.
- Door je moeilijkheden met probleemoplossend denken en planning kan je de volgorde van de verschillende fases tijdens de transfer moeilijk onthouden en is het moeilijk om zelf te bedenken wat de volgende stap is.
 - Als de student je niet mondeling begeleid, vergeet je stappen of haal je stappen door elkaar.

- Als de student voorstelt om via pictogrammen of via een stappenplan te werken sta je hier eerst argwanend tegenover. Je reageert gekwetst (bv. “Ik ben toch geen klein kind, ik zal het wel kunnen onthouden.”).
 - Als de student vraagt om dit dan te tonen en het lukt niet dan zeg je dat je nog meer gaat oefenen en dat dat niet gaat vanaf de eerste keer. Je bent slechtgezind en wil niet veel meer van de student aannemen.
 - Als de student rustig uitlegt dat je het als geheugensteun kan gebruiken, wil je het uiteindelijk wel eens proberen ‘om mee te beginnen’.

1.3) Welke informatie krijgen de studenten over Martine bij het begin van de simulatie?

- Martine (50 jaar) wil enkele woningaanpassingen laten doen/transfers inoefenen, en raadpleegt daarom een ergotherapeut. Drie jaar geleden raakte Martine door een hersenbloeding in een rolstoel. Nadien kon ze niet meer hetzelfde als vroeger en is het aanleren van transfers en woningaanpassing nodig.

1.4) Tips voor simulanten om het beeld van een NAH goed weer te geven bij deze casus

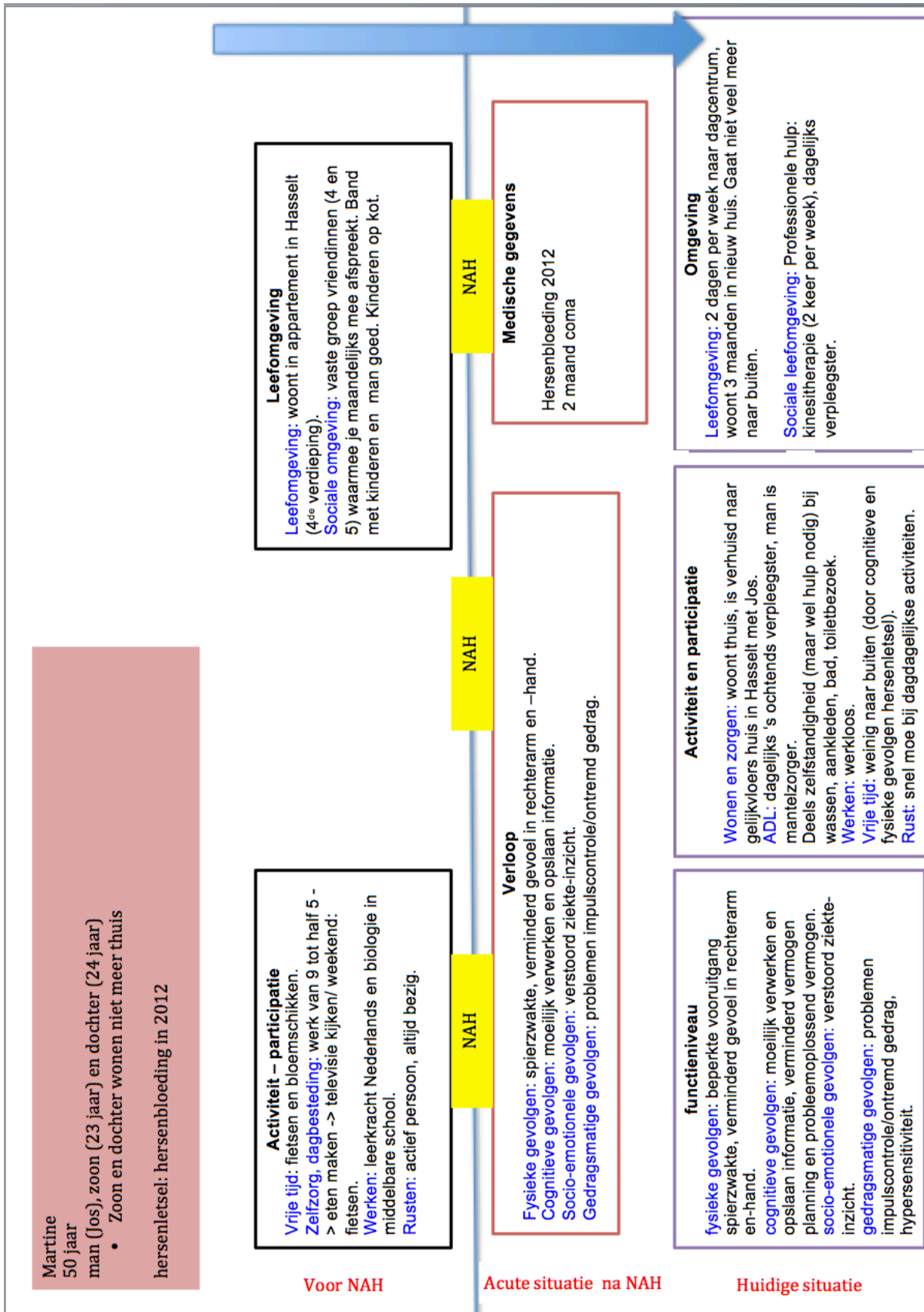
- Gebrekkig ziekte-inzicht is een belangrijk element doorheen de gesprekken en transfers: als de student niet doorvraagt over situaties kunnen ze een heel ander beeld van je krijgen door ervan uit te gaan dat jij jezelf juist kan inschatten.
 - Je geeft aan dat het goed gaat thuis, dat je makkelijk alleen zou kunnen thuisblijven, terwijl dit niet mogelijk is.
 - Tijdens de transfers geef je snel aan dat je het kan, als de student je dan niet meer begeleidt en het mislukt, heb je een faalervaring en ben je minder gemotiveerd.
- Met vragen over werkhervatting heb je het moeilijk, je wil wel terug gaan werken maar voelt ook dat het moeilijk wordt.
 - Je reageert hier kort op. Dit valt op omdat je op andere vragen wel uitgebreid antwoordt.
- Je vindt het leuk als ze dingen vragen over je leven, niet enkel over je hersenletsel, maar ook interesse tonen voor jou als persoon.

- Als ze bijvoorbeeld meer informatie willen over je leven voor het hersenletsel, wat je nog allemaal doet in je leven, geïnteresseerd zijn in je kinderen etc.
- Je kan van het één moment veranderen van een blij, goedlachse persoon in slechtgezind en koppig wanneer ze je confronteren met je beperkingen. Dit gebeurt wanneer de student telkens bezig is over je beperkingen door het hersenletsel. Je wordt terug goedlachs wanneer de aandacht zich meer verplaatst naar jou als persoon en niet enkel meer over de gevolgen van het hersenletsel gaat.

1.5) Hoe de studenten triggeren om doelstellingen te behalen?

- Het is belangrijk om tijdens de gesprekken de nadruk te leggen op de verschillende factoren waar het hersenletsel effect op kan hebben. Dus niet enkel het fysieke en cognitieve aspect, maar ook het sociale, emotionele en gedragsmatige aspect.
- De studenten krijgen aangeleerd om het gesprek op een bepaalde manier op te bouwen, zoals bijvoorbeeld beginnen met een begroeting, een voorstelling en een kadering van het gesprek. Je reageert er het beste op als het gesprek zo verloopt.
- Je vindt het ook belangrijk dat het gesprek op een goede manier afgerond wordt. (samenvatten, conclusie stellen, etc.)
- Je vindt het belangrijk dat de transfer veilig verloopt, dat ze communiceren over wat er gaat gebeuren. Daarnaast vind je het ook belangrijk dat de student je zelf laat doen wat je zelf kan doen. Als de student dingen uit handen neemt die je eigenlijk zelf kan, word je hier slechtgezind van.
- Als de student tijdens het gesprek te snel naar ‘advies geven’ gaat, geef je aan dat je dit niet leuk vindt. Het is de bedoeling dat de student eerst een duidelijk beeld krijgt van je situatie, je leven, de gevolgen van je aandoening etc.

1.6) overzichtsschema voor de simulant



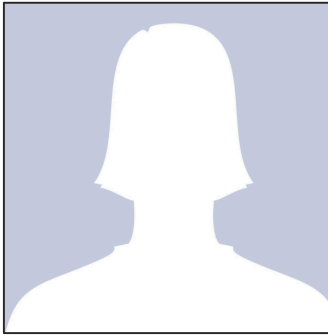
Voor NAH

Acute situatie na NAH

Huidige situatie

1.7) Schema met info voor de student

Martine



Leeftijd: 50 jaar

Burgerlijke stand: getrouwd

Gezinssituatie: drie kinderen

Woonplaats: Hasselt

Werk: werkte als leerkrachte Nederlands/Biologie

Persoonlijke informatie:

- zit in een rolstoel
- ervaart na een hersenbloeding problemen op verschillende vlakken (cognitief, fysiek, ...)
- heeft een hulpvraag omtrent woningaanpassingen en transfers

2) Martijn

2.1) Casus Martijn

Persoonlijke informatie

Martijn

24 jaar

Gezinssituatie: moeder (Carine), vader (Jef) en broer (Glenn)

De namen van gezinsleden mogen indien gewenst zelf ingevuld worden.

Informatie over het leven VOOR het niet-aangeboren hersenletsel.

Persoonlijkheid en vrije tijd: je voetbalde met vrienden in een caféploeg, je ging vaak uit met vrienden (uit eten, op stap gaan, naar de cinema gaan, op café gaan). Je neemt weinig rust, zorgt voor een drukke dagplanning. (Naar de les gaan, leren, uitgaan met vrienden, werken in het weekend etc.)

(zelf)zorg en dagbesteding: Je woonde nog bij je ouders. Je ouders deden het meeste in het huishouden. Je zorgde er wel voor dat de afwas na de maaltijden gedaan werd en je deed af en toe kleine klusjes (strijken, de planten water geven, etc.). Op een gewone schooldag ging je naar de les, werkte je thuis je cursussen bij en sprak 's avonds af met vrienden of hing voor de televisie.

Werken/leren: Je studeerde rechten aan de Universiteit in Hasselt. Je zat in je laatste jaar. Je werkte in het weekend als jobstudent als garçon in een restaurant.

Omgeving

Woonplaats: Je woonde samen met je ouders en je broer in een loft in Hasselt. Je gezin woonde hier heel graag. Het was kort bij de school van de kinderen en vlakbij het stadscentrum. Je loft lag op de bovenste verdieping (4^e verdieping). Er was een lift aanwezig om in de loft te raken. In de loft zelf waren er enkele opstapjes (telkens 2 of 3 trappen). Er

was één opstapje om naar de keuken te gaan met twee trappen. En er was een opstapje met twee trappen dat de living scheidt met de gang, de slaapkamers en badkamer.

Sociaal netwerk: Je had een vaste vriendengroep van op de middelbare school. Je had ook een vriendin. Jullie vormden al drie jaar een koppel.

Informatie over het hersenletsel

Omstandigheden: Je hebt één jaar geleden een ongeval gehad. Een dronken chauffeur had je op je fiets aangereden en vluchtmisdrijf gepleegd. Enkele voorbijgangers hadden de hulpdiensten gebeld en je werd meteen naar het ziekenhuis gebracht. Daar werd vastgesteld dat je een hersenbloeding in je rechter hersenhelft had opgelopen. Je lag een week in coma. Wanneer je wakker werd, was je niet meer dezelfde.

Medische informatie: Je hebt aan de rechterkant van je hersenen een bloeding gehad waardoor je nu aan de linkerkant een verlamming hebt. Op gebied van uitingen van taal, gezichtsvermogen, uitvoeren van taken en je stemming zijn er ook enkele veranderingen opgetreden (zie ‘gevolgen’).

Verloop herstel na hersenletsel (na ontwaken uit coma)

Na het ontwaken uit coma was dit je situatie:

Functieniveau

1) Halfzijdige verlamming aan linkerzijde van het lichaam

- Verlamming van been
 - Je linkerbeen voelt slap aan, je kan je spieren niet opspannen, terwijl je dit in je rechterbeen wel kan.
 - Je hebt moeite met de transfers bed-rolstoel, rolstoel-stoel, etc.
 - Je weet niet goed hoe je dat verlamde been meekrijgt.
 - Je voelt je niet veilig tijdens transfers en hebt altijd iemand nodig om je te helpen.

- Verlamming van arm
 - Je linkerarm is slap, je kan de spieren niet opspannen, niets oppakken en als je arm niet ondersteund wordt, hangt het gewoon naast je lichaam.

2) Moeilijkheden met geheugen omtrent taal

- Je vergeet veel simpele woorden, waardoor een gesprek voeren met iemand moeilijk is. Zeker als je vermoeid of gestresseerd bent, gaat dit moeilijk. Je maakt je hier zorgen over.

3) Afgenomen gezichtsvermogen

- Je gezichtsvermogen aan de rechterkant van beide ogen is afgenomen (je ziet daar nog voor 30 % (heel wazig zicht))
- In het begin ervaar je weinig dat je zicht afgenomen is, maar je merkt dit omdat je soms ergens tegenloopt of dat je iets niet ziet dat je normaal wel had gezien. Je begint hier meer en meer rekening mee te houden (mede met enkele trucjes die ze je tijdens de revalidatie leren) en je hebt hier minder last van.

4) Trager uitvoeren van handelingen en moeilijkheden met geheugen omtrent uitvoeren deelhandelingen

- Je hebt je tijd nodig als je iets onderneemt (je aankleden, eten, ...). Je moet precies nadenken over elke stap die je moet doen in een handeling, terwijl dit vroeger vanzelf ging. Je vind dit raar, want je weet goed hoe je je moet aankleden, maar toch moet je er over nadenken tijdens het aankleden. Met mondelinge hulp van begeleiders lukt de activiteit goed. Als je iets alleen doet, kan er wel eens een foutje insluipen.

5) Stemningswisselingen

- Je bent vaak geïrriteerd, dit komt vooral voor wanneer je heel moe bent 's avonds of na een zware oefensessie met de ergotherapeut of kinesist. Je vindt zelf niet dat je stemningswisselingen hebt, je vindt het heel normaal dat je zo reageert na een zware en lange dag.

6) Verstoord ziekte- inzicht

- Het was voor jou in het begin moeilijk om in te schatten wat de gevolgen waren van het ongeval. Dit is tijdens de revalidatie verbeterd
 - Voorbeeld omtrent je zicht dat verminderd is: je hebt in het begin niet altijd door dat je gezichtsveld minder breed is dan vroeger.

Omgeving

- Nadat je ontwaakt bent uit je coma ben jij nog een maand in het ziekenhuis gebleven. Ze zijn hier opgestart met de eerste kinesitherapie- en ergotherapie sessies om zoveel mogelijk functionaliteit te herwinnen. Na deze maand in het ziekenhuis ben jij overgeplaatst naar het revalidatiecentrum. Hier heb je een half jaar doorgebracht. Ze hebben je daar geleerd om te gaan met je aandoening. Dit door eerst te werken aan het ziekte inzicht, en je duidelijk te maken wat de gevolgen zijn. Hierna heb je gewerkt aan je terugkeer naar zoveel mogelijk functionaliteit. Zodat wanneer je naar huis gaat je zo zelfstandig mogelijk handelingen kan uitvoeren (bijvoorbeeld taken met één hand uitvoeren).
- Tijdens de revalidatie heb jij ook een gepaste elektrische rolstoel gekregen en ze hebben je geleerd hoe je deze kan gebruiken. Nu ga je nog steeds drie keer per week naar de kinesist voor oefeningen en massages.

Huidige situatie

Functieniveau

1) Halfzijdige verlamming aan linkerzijde van het lichaam

- De volledige linkerkant van je lichaam is verlamd.
 - Je hebt weinig tot geen spierkracht meer in je linkerbeen.
 - Hierdoor ben je rolstoelgebonden.

- De transfers gaan al beter dan vroeger. Je voelt je veiliger tijdens de transfers, hebt veilige transfers aangeleerd gekregen en je kan ook een paar kleine stapjes zetten tijdens de transfers.
- Mogelijke situaties
 - Je kan tijdens transfers een aantal kleine stapjes zetten (weliswaar met veel moeite).
 - Je sleept tijdens het stappen je linkerbeen mee. Je zet met je rechtervoet een stap en je schuift je linkerbeen over de grond mee verder.
 - Je neemt ook duidelijk kleine stapjes.
- Je hebt spasmen in je linkerarm waardoor je deze niet meer functioneel kan gebruiken.
 - Mogelijke situaties:
 - Als je iets moet schrijven, schud (kleine schokkerige bewegingen) je duidelijk met je arm.
 - Als je iets moet pakken of ergens moet op drukken, schudt je arm heel de tijd (door de samentrekking van je spieren) en je hebt weinig controle over je uitvoering.
 - Als je aan het praten bent met de student schud je soms een 10-tal seconden ongecontroleerd met je linkerarm. Daarna kan het zijn dat de arm weer een paar minuten stil ligt. Als de spasmes niet aanwezig zijn, zijn de spieren in je arm nog wel steeds duidelijk opgespannen.
 - Tijdens transfers, koken of een andere activiteit steun je liefst niet teveel op je hand, want door de oncontroleerbare samentrekkingen van je linkerarm kan je niet veilig steunen op je arm.
 - Precisiewerk is moeilijk voor jou: door de oncontroleerbare bewegingen kan je een voorwerp niet precies op de juiste plaats neerzetten.
 - Je gebruikt altijd je rechterarm om iets te doen. Indien de student toch nadrukkelijk vraagt om je linkerarm te gebruiken,

ondersteun je je linkerarm met je rechterarm door je linkerpols te ondersteunen.

- Als de student toch wil dat je je arm niet ondersteunt, blijf je wel de reflex hebben om dit wel te doen.
- Als iemand je aan je rechterkant van het lichaam aanraakt, schrik je en zeg je dat de hand van de andere persoon heel koud aanvoelt. Je bent gevoeliger geworden voor aanrakingen aan je linkerkant.
 - Nadat je schrikt kan je wel aangeven aan de student waarom je geschrokken bent. Je legt uit dat je door je verlamming gevoeliger bent voor aanrakingen, zoals koude handen.
- Eetsituatie:
 - Je moet je eten laten snijden door iemand anders
 - Eten doe je met je rechterhand. Je kan wel niet met vork en mes eten. Het is voor jou te moeilijk om met je mes het eten op je vork te duwen. Daarom eet je met een lepel. Dit is veel makkelijker voor jou. Je vindt dit niet leuk, maar het is het de beste oplossing.

2) Moeilijkheden met geheugen omtrent taal.

- Je hebt problemen met uiting van taal, je kan geregeld niet op het juiste woord komen.
- Dit is al beter dan in het begin, je kan terug een normaal gesprek voeren.
 - Je hebt ook trucjes geleerd zodat het minder opvalt zoals synoniemen gebruiken, het woord beschrijven etc.
 - Toch valt het nog voor dat je simpele woorden vergeet. Dit heb je vooral als je gestresseerd bent.
 - Mogelijke situaties
 - In het begin van het gesprek ben je zenuwachtig, hierdoor moet je vaker zoeken naar het woord. Dit betert indien de student je op je gemak stelt.
 - Als je iets wil aanwijzen tijdens transfers kan je soms het woord niet vinden omdat dit een stresserend moment is.
 - Als je het woord niet weet, geef geregeld een omschrijving van een woord.

- Je zegt bijvoorbeeld in de plaats van kookpot, ‘dat ding om groenten in te stoven’.
- Als je het woord niet weet valt dit op omdat er een langere pauze zit tussen de woorden dan normaal. Ofwel vind je daarna het woord of je geeft een omschrijving van het woord.

3) Afnemen gezichtsvermogen.

- Je gezichtsvermogen aan de rechterkant van beide ogen is nog steeds afgenomen (je ziet daar nog voor 30 % (heel wazig zicht)).
- Je hebt door de aangeleerde trucjes tijdens de revalidatie er mee leren leven en ervaart niet veel problemen meer.
 - Mogelijke situaties
 - Je draait tijdens een transfer een paar keer duidelijk je hoofd om de omgeving visueel goed op te nemen.
 - Je hebt graag dat je glas links van je staat.
 - Je hebt graag dat mensen links van je zitten of staan (bij transfers heb je liever dat ze aan je rechterkant staan om je sterke kant te ondersteunen.).
 - Bij een transfer: je hebt graag dat de student voor een transfer aangeeft wat waar in de omgeving staat en je wijst op mogelijke gevaren.

4) Trager uitvoeren van handelingen en moeilijkheden met geheugen omtrent uitvoeren deelhandelingen.

- Wanneer je een handeling uitvoert zal dit trager verlopen, je moet nog altijd meer nadenken over deelhandelingen.
- Als je je tijd neemt dan lukt de handeling wel. Je hebt minder (mondelijke) hulp nodig. Toch is dit soms nog nodig.
 - Als je iets snel moet doen en je niet goed kan nadenken, loopt het wel fout en ben je geïrriteerd.
- Mogelijke situaties:
 - Tijdens transfers heb je graag dat het op jouw tempo gaat.

- Als de student je een transfer aanleert dan moet zij/hij dat een paar keer herhalen en tijdens de transfer ook nog aangeven wat je moet doen. Pas na de transfer 4 à 5 keer te hebben geoefend kan je het voornamelijk individueel uitvoeren.
- Je tanden beginnen poetsen zonder tandpasta op je tandenborstel te doen.

5) Stemningswisselingen

- Je hebt nog af en toe last van stemningswisselingen, dit wordt vooral getriggerd als iets je niet lukt of als iets je niet aanstaat. De stemningswisselingen kunnen gaan van opeens heel boos worden (bijvoorbeeld als een handeling hem niet meteen lukt) of opeens heel emotioneel worden (bijvoorbeeld als iemand een vraag stelt over zijn ongeval).
- De stemningswisselingen zijn al verbeterd tegenover in het begin.
- Je weet van jezelf dat je stemningswisselingen hebt. Je geeft dit ook aan wanneer dat gebeurt, maar het is sterker dan jezelf. Je probeert er wel aan te werken.
- Mogelijke situaties:
 - Overdreven reageren als een transfer niet vlot gaat (zeggen dat het je nooit gaat lukken, je afvragen waarom jou dit moest overkomen etc.).
 - Als de student veel vraagt naar je beperkingen irriteert dit jou. Je kan wel goed aangeven dat je het niet leuk vindt om daarover te praten en het liever over iets anders hebt. Als jullie even bezig zijn over iets anders verbetert je stemming terug.

6) Goed ziekte inzicht

- Je weet goed wat er met je gebeurd is en wat de gevolgen hiervan zijn. Dit hebben ze je op de revalidatie uitgelegd.
- Je hebt ook trucjes geleerd om met de gevolgen van het hersenletsel om te gaan.
 - Voorbeeld omtrent je verminderd zicht:
 - Je hebt geleerd om de omgeving op te nemen door een paar keer met je hoofd te draaien. Dit doe je om de omgeving te controleren omdat niet alles binnen je gezichtsveld valt.

- Je doet dit ook regelmatig tijdens een transfer.

Activiteiten en participatie

1) Vrije tijd:

- Je gaat nog steeds naar de voetbal kijken en na afloop van de match een pint drinken met je vaste vriendengroep. Soms drink je te veel. Hierover maken je ouders zich zorgen.

2) Zorgen/ wonen:

- Na je accident zijn jullie verhuisd naar een huis (volledig gelijkvloers). Het gezin heeft altijd graag in de stad gewoond dus het was een hele aanpassing om te verhuizen naar een landelijkere streek. Je vader en moeder zijn het al helemaal gewoon maar de broer heeft wat moeite om zich aan te passen aan de nieuwe streek. Hij is dus niet veel thuis. Je hebt het hier moeilijk mee omdat je voor je accident een hechte band had met je broer en sinds je accident zie je je broer niet veel meer. Wanneer je hem ziet, gedraagt hij zich heel afstandelijk.

3) ADL:

- (activiteiten in het dagelijks leven)
 - Ochtendtoilet: hiermee helpt de verpleegster. Je kan met je rechterhand je verlamde kant zelf wassen. Je kan je tanden zelf poetsen, je haar kammen, gel in je haar doen en jezelf scheren. De verpleegster helpt je met het intiem toilet en het wassen van je rechterkant.
 - Douche/ bad: wanneer je in de douche gaat, maak je gebruik van een douchestoel. Je kan de transfer van rolstoel naar douchestoel zelfstandig uitvoeren. Je hebt wel hulp nodig bij het uit- en aankleden. Als je in de stoel zit, schuift de verpleegster deze onder de douche. Je kan je haar zelf inzepen en je aangedane kant wassen. Met de rest helpt de verpleegster je. (goede kant

wassen, zeep uitspoelen). Als je in bad gaat, word je via een tillift in het bad gezet, dit om uitschuifgevaar te verkleinen.

- Eetgewoontes: Je eet met je goede hand. Je eten moet voor je gesneden worden zodat hij het makkelijk op een vork kan prikken. Je maakt gebruik van een bord met een hoge bordrand wanneer het eten te zacht is om op je vork te prikken (bv. puree of spaghetti). Zo kan je dit makkelijk met één hand opscheppen zonder dat het van het bord valt.
- Transfers :
 - Toiletbezoek: Je kan zelfstandig naar het toilet gaan als er steunen zijn aan de kant van het toilet en een muur waar je zelf tegen kan leunen. Je zet je rolstoel dan voor het toilet, trekt je recht met de steunen en draait je zo om naar de vrije muur. Hier leun je dan tegen terwijl je je broek naar beneden doet. Dan neem je de steun terug vast en draai je je naar het toilet. Je zet je neer en doet je broek nog een beetje meer naar beneden. Wanneer je klaar bent, trek je al zittend je broek weer zo ver mogelijk omhoog. je trekt je terug recht en leunt weer tegen de muur, dan doe je je broek volledig omhoog, neem je de steunen terug vast, draai je je naar de rolstoel en ga je zitten.
 - Aandachtspunt: remmen van de rolstoel opzetten.
 - Wanneer er geen steunen aanwezig zijn in het toilet kan men voorstellen om een afneembare steun te plaatsten. Wanneer er geen steunmuur is voor jou om tegen te leunen heb je hulp nodig met het af- en optrekken van je broek.
- Hulpmiddelen : rolstoel, bord met hoge randen, douchestoel, steunen, tillift.

4) Werken/ leren:

- Je studentenjob heb je moeten opgeven en je studies zijn even on hold gezet. Wanneer de tijd het toelaat wil je je studies wel graag hervatten en alsnog proberen af te studeren.

5) Rusten:

- Je bent vlugger vermoeid als je dingen doet, dit omdat simpele dingen soms veel energie van je vragen. Je zit nu ook meer thuis (gaat op het moment niet naar school) dus je neemt je rust wel goed.

Omgevingsfactoren

- Sociale omgeving:
 - Je hecht zeer veel belang aan je vaste vriendengroep, die zijn je na je accident blijven steunen en zijn blijven langskomen. Jullie gaan nu regelmatig samen dingen doen zoals op café gaan, voetbal gaan kijken, naar de cinema of gewoon gezellig bij iemand zijn thuis zitten. Dit minstens 1x per week. Je had voor je accident een vriendin, Eline. Jullie waren al 3 jaar samen. Na je accident hebben jullie samen beslist om niet verder te gaan met jullie relatie. Je wou het beste voor haar en wou niet dat ze nog met je ‘opgescheept zat’. Jullie hebben het er beide heel moeilijk mee gehad maar jullie hebben de problemen kunnen uitpraten. Jullie zijn tot de dag van vandaag nog steeds goede vrienden. Het lukt je goed om over Eline te praten. Je zou het echter wel heel moeilijk vinden als Eline ooit een andere vriend zou hebben. Maar je gunt het haar wel volledig.
 - Er komt dagelijks een verpleegster langs. Ze helpt je 's ochtends met wassen en aankleden en 's avonds met omkleden en in bed te leggen.
- Fysieke omgeving:
 - Je woont op dit moment nog altijd thuis, maar je kijkt uit naar een ander huis dat toegankelijker is voor jou (bijvoorbeeld minder trappen).
 - Je gebruikt verschillende hulpmiddelen: douchestoel, rolstoel, tillift, ...

Algemene kenmerken over de persoon/ persoonlijke factoren

- Wensen:
 - Je wil graag zo actief mogelijk blijven, rolstoelsporten uitproberen, nieuwe hobby's zoeken, je studies hernemen, werk vinden na je studies en zelfstandig wonen.
- Karakter na je ongeval:
 - Je bent buiten de fysieke verschillen nog ongeveer dezelfde persoon als ervoor. Je bent graag bezig met dezelfde dingen, probeert je te mengen in gesprekken en voert je eigen mening graag door. Sommige van je karaktereigenschappen zijn echter versterkt. Wanneer je niet akkoord bent met iets of je mening niet aanvaard wordt door anderen, kan je hierover blijven doordrammen. Dit kan leiden tot een gespannen sfeer binnen de groep en stemmingswisseling bij jou. Je kan dan boos worden of net heel introvert (verdrietig). Je was altijd een heel medelevend persoon, je probeert dit nu nog te zijn. Wanneer één van je vrienden problemen heeft, zal je altijd klaarstaan voor een goed gesprek.

2) Modules Martijn

Module 1: Kennismakingsgesprek

Beginmoment:

- Je reageert nieuwsgierig op de studenten, Je stelt hen veel vragen zoals bijvoorbeeld: Wat studeren jullie? Vinden jullie het leuk? In het hoeveelste jaar zitten jullie? Welke hobby's beoefenen jullie?
- Als de student direct begint over je problemen, over wat je hebt meegemaakt etc. weet je niet goed hoe je hierop moet reageren. Je wordt nerveus waardoor je spasmen en je woordvindingsproblemen erger worden.
- Je weet niet goed wat een ergotherapeut doet en voor jou kan betekenen, dus je vraagt dit na aan het begin van het gesprek.

Hulpvraag

- Je woont nu nog bij je ouders, maar je zou graag alleen gaan wonen. Je hebt een huis op het oog dat goed gelegen is in Hasselt en voor een goede prijs. Het is niet helemaal toegankelijk voor je rolstoel. Je vraagt je daarom af of de student mogelijkheden ziet voor verbouwingen en hulpmiddelen zodat je in het huis zo zelfstandig mogelijk kan leven.

Algemene houding

- Je komt goedgezind over, je reageert uitgebreid op de vragen van de student.
- Je hebt een goed overzicht van je beperkingen en sterktes en kan deze goed verwoorden. Je praat hier ook open over.
- Als het te lang over je beperkingen blijft gaan, geraak je geïrriteerd. Je reageert dan korter en lijkt meer afwezig.
 - Dit gaat snel over als de nadruk niet meer op de beperkingen ligt.

Mogelijke situaties

- Als de student vraagt om iets uit te voeren, doe je dit altijd zoveel mogelijk met de rechterzijde van je lichaam.
 - Je doet alles liefst éénhandig, omdat de spasmes en gespannenheid vermoeiend is om mee om te gaan tijdens een activiteit.
- Als je gestresseerd geraakt, wordt de gespannenheid in je linkerarm erger en de spasmes frequenter.
- Als je gestresseerd geraakt dan ga je frequenter woorden vergeten. Je gaat deze woorden dan omschrijven, maar wordt zichtbaar nog meer gestresseerd omdat je beseft dat je meer woorden vergeet. Als de student je kan geruststellen, verbetert het terug.
- Als je gevraagd wordt naar je dagindeling of naar hoe je een bepaalde activiteit uitvoert, dan moet je hier langer over nadenken.
 - Je maakt kleine foutjes en verbetert ze daarna
 - “Ik trek mijn broek af en ga dan met behulp van een steun aan de muur rechtstaan. Of nee, ik sta eerst recht en trek dan mijn broek af.’
 - Je kan het niet in één keer opsommen
 - “Ik kleed me aan, ontbijt, poets men tanden en dan ... wat doe ik daarna? Ah ja dan lees ik het nieuws en vertrek ik naar vrienden.
 - Wanneer de studenten te snel/te veel vragen stellen, word je angstig, klap je dicht en vraag je of de studenten willen vertrekken omdat je moe bent. De studenten moeten voldoende geduld tonen en hun tijd nemen zodat je hen vertrouwd en gewillig bent om met hen samen te werken.

Niveaus in het gesprek

- Niveau 1: Als de student je niet eerst op je gemak stelt of teveel vraagt naar je beperkingen in plaats van naar je wensen, je sterktes en interesses dan geef je oppervlakkige antwoorden en ga je niet dieper in op wat je wensen zijn ten opzichte van het huis en de hulpmiddelen. Je geeft ook aan dat je niet over de situatie van je broer wil praten. Als de student aandringt wil je het gesprek stoppen.

- Niveau 2: Als de studenten geduld tonen (eerst een gewone babbel, niet direct ter zake komen) en antwoorden op je vragen en bedenkingen en aandacht hebben voor je wens naar zelfstandigheid. Wanneer dit vlot verloopt, kunnen de studenten dieper in gaan op je beperkingen. Wanneer je je op je gemak voelt, vertel je wat er gebeurd is en hoe je hier nu mee leeft, zodat de studenten al een eerste beeld kunnen vormen van jouw situatie. Je wil wel praten over de situatie met je broer.

Module 2a: probleemverhelderend gesprek/adviesgesprek omtrent woningaanpassing.

Beginsituatie:

- Je woont nu bij je ouders, maar je zou graag apart wonen. Je hebt een huis op het oog, gelegen in Hasselt. Het huis is wel niet aangepast aan je noden. Je bent via via bij een ergotherapeut terecht gekomen. Maar je weet niet goed of zij/hij een meerwaarde kan zijn.

Hulpvraag

- Je wilt graag op een dag alleen gaan wonen. Dit is dan ook je hulpvraag naar de studenten toe. Je zou graag weten of het huis dat je wil kopen aangepast kan worden aan je noden en welke hulpmiddelen mogelijks in het huis kunnen worden gebruikt.

Algemene houding

- Je komt goedgezind over, je reageert uitgebreid op de vragen van de student.
- Je bent gemotiveerd om zelfstandig te gaan wonen en bekijkt het positief.
- Je hebt een goed overzicht van je beperkingen en sterktes en kan deze goed verwoorden. Je praat hier ook open over.
- Als het te lang over je beperkingen gaat, geraak je geïrriteerd. Je reageert dan korter en lijkt meer afwezig.
 - Dit gaat snel over als de nadruk tijdens het gesprek niet meer op de beperkingen ligt.

Mogelijke situaties

- Je hebt nog steeds enkele moeilijkheden in het dagelijkse leven. Zoals bijvoorbeeld routinematige handelingen waarbij je soms vergeet in welke volgorde de deelhandelingen zijn. Dit uit zich vooral in de ADL (activiteiten van het dagelijks leven).
- De badkamer is voor jou te klein om je transfers goed te kunnen doen.
 - Er kan geen tillift naast je bad.
 - Je keuken is te hoog voor een rolstoelgebruiker
 - + weinig beweegmogelijkheden in de keuken.
 - In de woonkamer zijn de kasten te hoog voor een persoon in een rolstoel.
- Het toilet is redelijk goed omdat de muren dicht bij elkaar staan en je kan steunen op de beide muren.
 - Omdat de ruimte zo klein is, moet je je rolstoel wel voor de deuropening zetten en enkele stappen zetten. Je vindt dit niet zo een veilige manier.

Niveaus in de module

- Niveau 1: als er weinig structuur is in de vraagstelling van de student kan je niet de volledige info geven over wat je nodig hebt in het huis. Zo krijgt de student dus een onvolledig beeld van jouw situatie.
- Niveau 2: als de student op een gestructureerde manier de mogelijkheden/beperkingen per kamer bespreekt, kan je meer gerichte en volledige informatie geven.

Module 2b: Probleemverhelderend gesprek omtrent hulpmiddelen.

Beginsituatie

De hulpmiddelen die je tot nu toe hebt: rolstoel, bord met hoge randen, douchestoel, steunen, tillift.

Je hebt al een kennismakingsgesprek gehad met de ergotherapeut en een eerste gesprek over woningaanpassingen. Je hebt het gevoel dat een ergotherapeut je goed kan helpen.

Hulpvraag

- Je zou graag alleen gaan wonen. Naast de verbouwingen wil je ook info over hulpmiddelen. Niet enkel over of je huidige hulpmiddelen in het huis passen en wat de andere mogelijkheden zijn, maar ook welke extra hulpmiddelen je nodig hebt nu je alleen gaat wonen en je ouders niet meer in je directe omgeving aanwezig zijn.

Algemene houding

- Je komt goedgezind over, je reageert uitgebreid op de vragen van de student.
- Je bent gemotiveerd om zelfstandig te gaan wonen en bekijkt het positief.
- Je hebt een goed overzicht van je beperkingen en sterktes en kan deze goed verwoorden. Je praat hier ook open over.
- Als het te lang over je beperkingen blijft gaan, geraak je geïrriteerd. Je reageert dan korter en lijkt meer afwezig.
 - Dit gaat snel over als de nadruk niet meer op de beperkingen ligt.

Mogelijke situaties

- Tandenvoetsen: eerst je tanden voetsen met de tandenborstel zonder tandpasta erop en daarna de tandpasta pas op je tandenborstel te doen.
- Haren in de plooi leggen: eerst gel in je haar doen en dan pas je haar kammen.
- Koffie zetten: geen water in het reservoir doen en toch de koffie al opzetten.
- Je wil geen kinderachtige hulpmiddelen (bijvoorbeeld een schema hoe je je tanden moet voetsen). Als ze je dit aanbieden sta je er weigerachtig tegenover, behalve als de student duidelijk aangeeft waarom dit je kan helpen.

Niveaus in de module

- Niveau 1: als de student direct voorbeelden geeft van mogelijke hulpmiddelen sta je hier soms weigerachtig tegenover. Je weet niet goed waar je hulpmiddelen moet vinden en wilt ze eerste uittesten.

- Niveau 2: als de student eerst je situatie goed bevraagt en nadien hulpmiddelen voorstelt en duidelijk uitlegt waarom deze hulpmiddelen een meerwaarde kunnen zijn, sta je hier veel minder weigerachtig tegenover en heb je vertrouwen in de ergotherapeut.

Module 3: Transfers: rolstoel-toilet

Beginsituatie

- Je kan de transfer zelfstandig uitvoeren als er steunen aanwezig zijn en een andere muur waar je op kan steunen.

Hulpvraag

- Als je ergens komt waar geen steunen zijn, zou je toch graag een manier aanleren hoe je dit wel kan doen en vraag je je af of dit mogelijk is zonder hulp van een persoon.

Algemene houding

- Je leert graag bij, dus staat zeker open voor oplossingen.
- Je vindt het heel belangrijk dat de transfer veilig kan gebeuren.
- Je zou liever zonder hulp de transfer kunnen, maar indien dit niet gaat omdat het onveilig is, vind je het oké.

Mogelijke situaties

- Als je een onveilig gevoel hebt tijdens de transfer ben je angstig en loopt het minder vlot (je twijfelt meer en ze moeten je meer overtuigen).
 - Je kan een onveilig gevoel krijgen door:
 - Als de student niet genoeg uitleg geeft op voorhand over wat je kan verwachten.
 - Als de student je goede kant niet genoeg ondersteunt in het begin.

- Als de student tijdens de transfer niet mondeling aangeeft wat zij doet en wat de volgende stap is.
 - Als de student zelf niet rustig blijft.
- De volgorde van de deelhandelingen moeten geregeld herhaald worden en op voorhand doorgenomen worden. Je vindt het moeilijk om ze te onthouden en haalt ze door elkaar.
 - Je hebt niet graag dat ze jou testen door te vragen “Weet je nog wat er nu komt?”.

Niveaus in de module

- Niveau 1: de student begint direct aan de transfer, vraagt niet aan jou of je denkt dat het gaat lukken, wat je wensen zijn en hoe jij het ziet lukken. Je voelt je minder veilig. Daarom ga je minder durven en de situatie snel onveilig vinden.
 - Als de student tijdens de transfer te weinig mondelinge ondersteuning geeft, voel je je ook niet veilig.
- Niveau 2: als de student wel naar jouw verhaal luistert, je wensen bevroegt etc. dan ga je je veiliger voelen en lukt het beter. Ook als de student rekening houdt met je trager verwerken van de opeenvolging van de deelstappen, heb je hier een beter gevoel bij.

3) Wat wordt er meegegeven aan studenten over de casus

- Martijn is een 24-jarige man die samen met zijn ouders en broer in Hasselt woont. Één jaar geleden werd hij met zijn fiets omvergereden. Hij heeft blijvende schade op vlak van motoriek, cognitie en emoties. Martijn heeft enkele vragen rond alleen wonen en transfers.

4) Welke informatie krijgen de studenten over Martijn bij het begin van de simulatie.

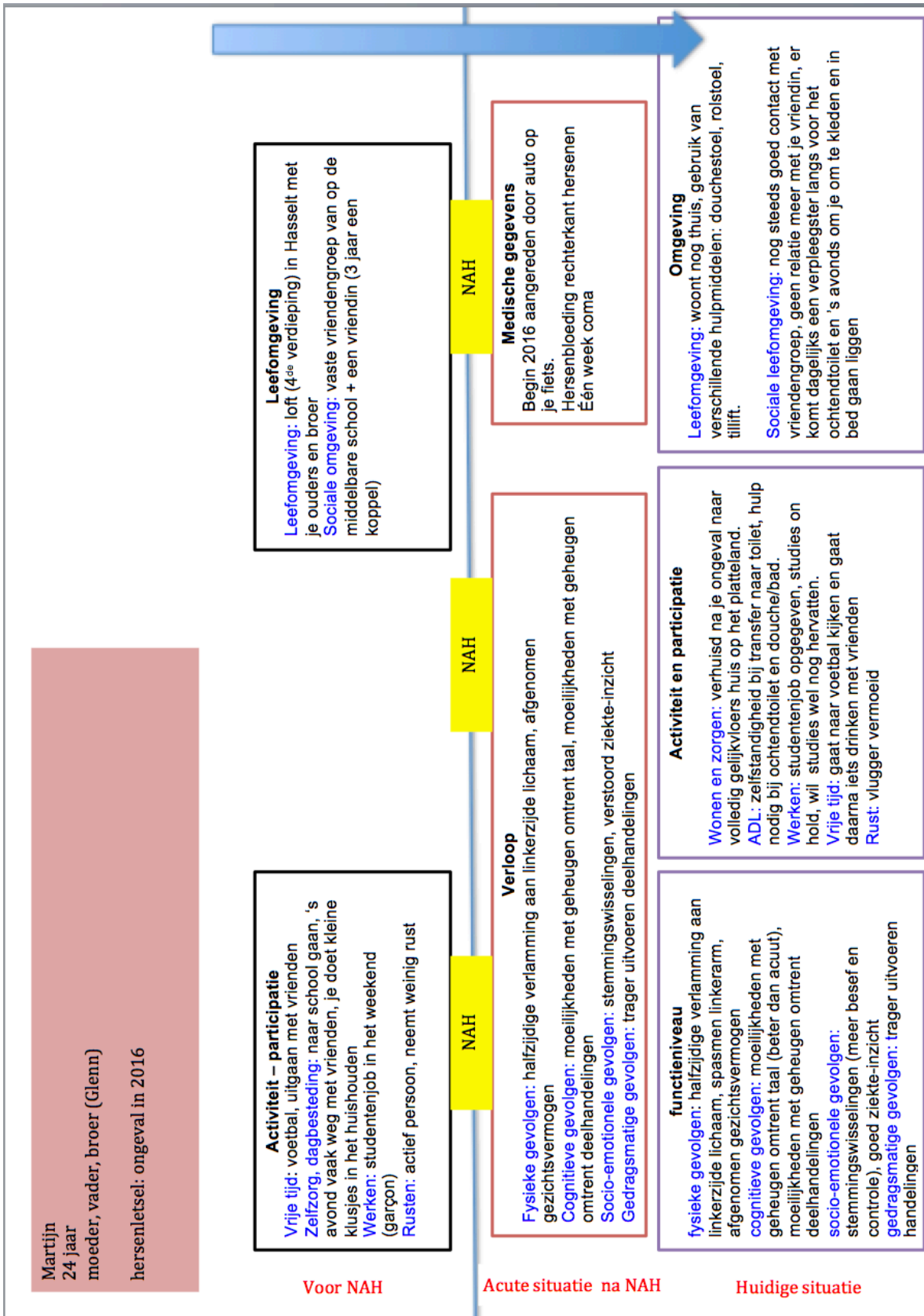
- Het is belangrijk het onvermogen om de linkerkant van het lichaam te gebruiken duidelijk te maken. Om iets zelfstandig te kunnen doen, moeten ze je het liefst éénhandig aanleren.

- Je weet dat je moeilijkheden hebt met deelactiviteiten goed te ordenen en uit te voeren. Je maakt je hier toch wel wat zorgen over als je alleen gaat gaan wonen.

5) Hoe de studenten 'triggeren' om doelstelling te behalen.

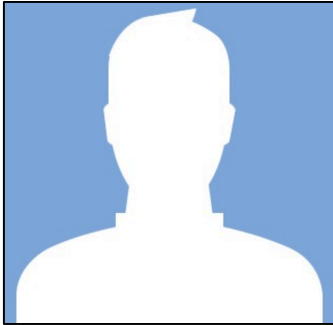
- Het is belangrijk om tijdens de gesprekken de nadruk te leggen op de verschillende factoren waar het hersenletsel effect op kan hebben. Dus niet enkel het fysieke en cognitieve aspect, maar ook het sociale, emotionele en gedragsmatige aspect.
- De studenten krijgen aangeleerd om het gesprek op een bepaalde manier op te bouwen, zoals bijvoorbeeld beginnen met een begroeting, een voorstelling en een kadering van het gesprek. Je reageert er het beste op als het gesprek zo verloopt.
- Je vindt het ook belangrijk dat het gesprek op een goede manier afgerond wordt. (samenvatten, conclusie stellen,
- Je vindt het belangrijk dat de transfer veilig verloopt, dat ze communiceren over wat er gaat gebeuren. Daarnaast vind je het ook belangrijk dat de student je zelf laat doen wat je zelf kan doen. Als de student dingen uit handen neemt die je eigenlijk zelf kan, word je hier slechtgezind van.
- Als de student tijdens het gesprek te snel tot advies geven overgaat, geef je aan dat je dit niet leuk vindt. Het is de bedoeling dat de student eerst een duidelijk beeld krijgt van je situatie, je leven, de gevolgen van je aandoening etc.

6) overzichtsschema voor de simulant



7) Schema met info voor de student

Martijn



Leeftijd: 24 jaar

Burgerlijke stand: vrijgezel

Gezinssituatie: moeder, vader en broer

Woonplaats: Hasselt

opleiding: Master in de rechten

Persoonlijke informatie:

- 1 jaar geleden auto-ongeval gehad
- blijvende schade op vlak van motoriek, cognitie en emoties.
- heeft een hulpvraag omtrent woningaanpassingen, hulpmiddelen en transfers