

## Woord vooraf

*Het onderzoeksteam houdt er aan om bij het beëindigen van het onderzoeksproject rond ergotherapie in het multidisciplinaire thuiszorgteam in Oost-Vlaanderen een woord van dank te richten aan:*

- *de opdrachtgevers voor het vertrouwen in het team en de financiële steun;*
- *de leden van de stuurgroep voor de aangename samenwerking, hun kritische ingesteldheid, de constructieve discussies en hun effectieve medewerking aan het onderzoek wat geleid heeft tot de inventarisatie van ergotherapeuten in Oost-Vlaanderen en de praktische realisatie van het experimenteel onderzoek;*
- *de leden van de begeleidingscommissie voor hun blijvende interesse, de inbreng van hun praktisch inzicht in de thuiszorg in Oost-Vlaanderen, en hun praktische bijdrage bij het experimenteel onderzoek;*
- *de heer W. De Pauw en zijn dienst Individu Gerichte Prestaties, samen met de Studiecel van het Vlaams Fonds omdat ze het team op weg hebben geholpen bij de aanpak van het onderzoeksgedeelte rond ergotherapie bij de dossierverwerking Vlaams Fonds;*
- *de diverse personen die bereid waren aan interviews en focusgesprekken mee te werken;*
- *de Oost-Vlaamse ergotherapeuten die de vragenlijst in verband met hun beroepsuitoefening hebben ingevuld en teruggestuurd;*
- *de diensten thuiszorg voor het aanleveren van de adressen van ouderen en de samenwerking in het experimentele onderzoek via hun contactpersonen, sectorverantwoordelijken en verzorgenden;*
- *de Oost-Vlaamse ouderen en hun omgeving voor hun vertrouwen in en hun deelname aan het experimentele onderzoek;*
- *de ergotherapeuten, gerecruteerd via de stuurgroep, voor hun interventies bij ouderen in het experimentele onderzoeksluik;*
- *mevrouw Freya Versluys, die slechts even lid was van het onderzoeksteam, om haar waardevolle bijdrage tijdens de eerste oriënterende maanden van het project;*
- *mevrouw Leen Bouckaert die het onderzoeksteam tijdens de laatste maanden van het project heeft vervoegd voor het uitvoeren van analyses;*
- *de talrijke medewerkers die geholpen hebben bij*
  - o *het uittypen van de opgenomen interviews en focusgesprekken*
  - o *het ingeven van gegevens in databestanden;*
  - o *het uitpluizen van dossiers en het systematiseren van gegevens van ergotherapeutische interventies;*
  - o *het verzamelen van gegevens bij thuiswonende ouderen via interviews*
  - o *het in orde zetten van de finale lay-out;*
- *de betrokken opleidingen en diensten van de Arteveldehogeschool voor hun steun aan het project;*
- *alle anderen die een praktische en/of inhoudelijke bijdrage hebben geleverd bij vergaderingen, besprekingen en/of bij de realisatie van het onderzoek en dit verslag.*

*Marleen Verbeke,  
Patricia De Vriendt,  
Dominique Van de Velde,  
Agnes Florus,  
Wim Peersman*

*20 januari 2006*

## **1 SITUERING VAN DE ONDERZOEKSOPDRACHT ----- 6**

1.1	OPDRACHTGEVERS -----	7
1.2	ONDERZOEKSOPDRACHT -----	7
1.3	ONDERZOEKSTEAM -----	7
1.4	STUURGROEP EN BEGELEIDINGSCOMMISSIE -----	8
1.5	VERSLAGGEVING -----	9

## **2 GLOBALE SITUERING VAN DE TE BESTUDEREN PROBLEMATIEK ----- 10**

2.1	THUISZORG -----	11
2.1.1	ORGANISATIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG -----	11
2.1.2	DEFINITIE -----	12
2.1.3	BELEIDSVISIES -----	12
2.1.3.1	OP WERELDNIVEAU EN OP EUROPEES NIVEAU -----	12
2.1.3.2	OP NIVEAU VAN DE FEDERALE OVERHEID -----	13
2.1.3.3	OP NIVEAU VAN DE VLAAMSE OVERHEID -----	13
2.1.3.4	OP NIVEAU PROVINCIEBESTUUR OOST-VLAANDEREN -----	13
2.1.4	ACTOREN IN DE THUISZORG -----	14
2.2	ERGOTHERAPIE -----	15
2.2.1	INLEIDING -----	15
2.2.2	BEROEPSPROFIEL VAN DE ERGOTHERAPEUT -----	15
	<input type="checkbox"/> GLOBALE OMSCHRIJVING VAN HET BEROEP VOLGENS DE VLOR -----	16
	<input type="checkbox"/> TEWERKSTELLINGSSECTOREN OF WERKVELDEN VOOR ERGOTHERAPEUTEN -----	16
	<input type="checkbox"/> BEROEPSACTIVITEITEN OP BASIS VAN HET BEROEPSPROFIEL RELEVANT VOOR DIT ONDERZOEK -----	16
2.2.3	KORT HISTORISCH OVERZICHT VAN DE ONTWIKKELING VAN ERGOTHERAPIE IN BELGIË EN VLAANDEREN -----	17
2.2.3.1	WETTELIJKE ERKENNING VAN HET BEROEP -----	17
2.2.3.2	INTRAMURALE ERGOTHERAPIE -----	18
2.2.3.3	EVOLUTIE VAN INTRAMURALE NAAR EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE -----	19
2.2.4	ASPECTEN VAN PROFESSIONALISERING -----	20
2.2.4.1	HERKENBAARHEID VAN HET BEROEP, DE AUTONOMIE EN HET MONOPOLIE VAN DE BEROEPSGROEP -----	21
2.2.4.2	DESKUNDIGHEID VAN DE BEROEPSBEOEFENAAR: DE ERGOTHERAPEUTISCHE PRAKTIJKVOERING	21
	<input type="checkbox"/> FUNDAMENTEEL HOLISTISCHE INGESTELDHEID VAN DE ERGOTHERAPIE -----	21
	<input type="checkbox"/> BETEKENISVOL HANDELEN -----	21
	<input type="checkbox"/> DOMEINEN VAN ERGOTHERAPIE -----	22
	<input type="checkbox"/> TAAKGEBIEDEN EN INTERVENTIES -----	22
	<input type="checkbox"/> TAXONOMIEËN EN MODELLEN -----	23
2.2.4.3	KWALITEITZORG -----	28
2.2.4.4	BEROEPSVERENIGING -----	29
2.3	ERGOTHERAPIE EN THUISZORG -----	30
2.3.1	SITUERING IN BELGIË -----	30
2.3.2	BUITENLANDSE VOORBEELDEN -----	31

### **3 BESCHRIJVEND ONDERZOEK NAAR DE SITUATIE VAN DE ERGOTHERAPIE IN DE THUISZORG IN OOST-VLAANDEREN -----34**

3.1	PROBLEEMSTELLING -----	35
3.2	DOEL VAN HET ONDERZOEK -----	35
3.3	FASE 1: TELEFONISCHE BEVRAGING VAN DE WELZIJNS- EN GEZONDHEIDSZORGORGANISATIES IN OOST-VLAANDEREN -----	35
3.3.1	ONDERZOEKSVRAAG -----	35
3.3.2	METHODE -----	35
3.3.2.1	ONDERZOEKSEENHEDEN -----	35
3.3.2.2	DATAVERZAMELING -----	37
3.3.2.3	VARIABELEN IN DE DATABANK -----	37
3.3.3	RESULTATEN VAN FASE 1 -----	38
3.4	FASE 2: SCHRIFTELIJKE BEVRAGING VAN DE ERGOTHERAPEUTEN -----	40
3.4.1	ONDERZOEKSVRAGEN -----	40
3.4.2	METHODE -----	40
3.4.2.1	ONDERZOEKSEENHEDEN -----	40
3.4.2.2	DATAVERZAMELING MET BEHULP VAN EEN SCHRIFTELIJKE ENQUÊTE -----	41
3.4.2.3	DATAVERWERKING VAN DE SCHRIFTELIJKE GEGEVENS -----	41
3.5	RESPONS -----	43
3.6	RESULTATEN -----	46
3.6.1	RESULTATEN SCHRIFTELIJKE ENQUÊTE ALGEMEEN LUIK -----	46
3.6.1.1	DEMOGRAFISCHE BESCHRIJVING VAN DE RESPONDENTEN -----	46
3.6.1.2	ASPECTEN VAN PROFESSIONALISERING -----	46
3.6.1.2.1	BEROEPSVERENIGING -----	46
3.6.1.2.2	DESKUNDIGHEID VAN DE ERGOTHERAPEUT -----	47
3.6.1.2.3	ASPECTEN VAN SAMENWERKING -----	49
	TWERKSTELLING VAN DE ERGOTHERAPEUT -----	51
3.6.1.2.4	TWERKSTELLINGSBREUK -----	51
3.6.1.2.5	AANWEZIGHEID VAN EEN TAAKOMSCHRIJVING VOOR DE FUNCTIE VAN ERGOTHERAPEUT -----	52
3.6.1.2.6	ANDERE FUNCTIES NAAST ERGOTHERAPIE -----	52
3.6.1.3	WERKSITUATIE -----	53
3.6.1.3.1	LEEFTIJDSCATEGORIEËN -----	54
3.6.1.3.2	PROBLEMATIEKEN -----	54
3.6.2	RESULTATEN SCHRIFTELIJKE ENQUÊTE LUIK THUISZORG -----	55
3.6.2.1	BESCHRIJVING VAN DE RESPONDENTEN WERKZAAM IN DE THUISZORG -----	56
3.6.2.1.1	AANTAL ERGOTHERAPEUTEN IN DE THUISZORG VERBONDEN AAN EEN INSTELLING -----	56
3.6.2.1.2	LIDMAATSCHAP VAN VZW EDITH -----	56
3.6.2.2	ASPECTEN VAN PROFESSIONALISERING VAN DE ERGOTHERAPEUT IN DE THUISZORG -----	56
3.6.2.2.1	SAMENWERKING IN EEN MULTIDISCIPLINAIRE CONTEXT -----	56
3.6.2.2.2	VERGELIJKING VAN DE SAMENWERKING MET ANDERE DISCIPLINES TUSSEN DE ERGOTHERAPEUT IN HET ALGEMEEN EN DE ERGOTHERAPEUT IN DE THUISZORG -----	57
3.6.2.2.3	BETROKKENHEID IN OVERLEGPLATFORMS -----	58
3.6.2.3	BESCHRIJVING VAN DE CLIËNTENPOPULATIE VAN DE ERGOTHERAPEUT IN DE THUISZORG -----	59
3.6.2.3.1	AANTAL BEHANDELDE CLIËNTEN PER JAAR DOOR DE ERGOTHERAPEUT IN DE THUISZORG ---	59
3.6.2.3.2	CLIËTENGROEP -----	59
3.6.2.3.3	TIJDSINVESTERING -----	62
3.6.2.3.4	DOORVERWIJZING NAAR DE ERGOTHERAPEUT -----	63
3.6.2.3.5	BESCHRIJVING VAN DE INTERVENTIE VAN DE LAATST BEHANDELDE CLIËNT -----	63
3.6.2.3.6	KWALITEITSZORG VAN DE ERGOTHERAPEUT IN DE THUISZORG -----	70
3.6.2.3.7	BEZOLDIGING -----	70
3.6.2.3.8	KNELPUNTEN -----	71
3.7	BESLUIT -----	73

## **4 DE ERGOTHERAPEUTISCHE BETROKKENHEID IN DE DOSSIERS 'INDIVIDUELE MATERIËLE BIJSTAND' VAN HET 'VLAAMS FONDS VOOR SOCIALE REÏNTEGRATIE VAN PERSONEN MET EEN HANDICAP': EEN KWALITATIEF ONDERZOEK-----75**

4.1	INLEIDING EN BEGRIPPENKADER-----	76
4.1.1	INDIVIDUELE MATERIËLE BIJSTAND: IMB -----	76
4.1.2	MULTIDISCIPLINAIR TEAM: MDT -----	77
4.1.3	PROVINCIALE AFDELING EN PROVINCIALE EVALUATIECOMMISSIE: PEC-----	78
4.1.4	KENNIS EN ONDERSTEUNINGSCENTRUM: KOC -----	78
4.1.5	BIJZONDERE BIJSTANDSCOMMISSIE: BBC-----	79
4.2	PROBLEEMSTELLING -----	79
4.3	DOEL VAN HET ONDERZOEK -----	79
4.4	ONDERZOEKSVRAAG -----	80
4.5	METHODE -----	80
4.5.1	KWALITATIEF ONDERZOEK, GROUNDED THEORY -----	80
4.5.2	ONDERZOEKSSUBJECTEN -----	81
4.5.2.1	SAMPLING METHODE -----	81
4.5.2.2	OPERATIONALISERING VAN CRITERIUM SAMPLING -----	81
4.5.3	ETHISCHE ASPECTEN -----	84
4.5.4	DATAVERZAMELING -----	85
4.5.5	DATA-ANALYSE. -----	85
4.5.6	ONDERZOEKSRISULTATEN. -----	86
4.5.6.1	BESCHRIJVING VAN DE MDT'S -----	87
4.5.6.2	HET WAAROM VAN DE SAMENWERKING MET DE ERGOTHERAPEUT EN DE KNELPUNTEN BIJ HET OPMAKEN VAN DOSSIERS IMB -----	98
4.5.6.2.1	SAMENWERKING MET ERGO OM HIATEN IN DE DIENSTVERLENING TE VOORKOMEN -----	99
4.5.6.2.2	OUTCOME GEORIËNTEERDE DIENSTVERLENING VAN HET VLAAMS FONDS TEN OPZICHTE VAN DE CLIËNTGERICHTE DIENSTVERLENING VAN HET MDT-----	105
4.5.6.2.3	THEMA 3: BESLISSINGSBOMEN, TEAMWERK EN EEN TUSSENPERSON ALS OPLOSSINGEN?	115
4.5.6.3	BESLUIT -----	117

<b>5 HET EFFECT VAN CLIËNTGERICHTE ERGOTHERAPIE BIJ ZELFSTANDIG WONENDE OUDEREN: EEN GERANDOMISEERDE GECONTROLEERDE EXPERIMENTELE STUDIE-----</b>	<b>119</b>
5.1 PROBLEEMSTELLING-----	120
5.2 DOEL VAN HET ONDERZOEK-----	121
5.3 ONDERZOEKSVRAAG-----	122
5.4 METHODE-----	122
5.4.1 GERANDOMISEERDE GECONTROLEERDE EXPERIMENTELE STUDIE-----	122
5.4.2 ONDERZOEKSPOPULATIE-----	122
5.4.3 INTERVENTIE-----	124
5.4.4 GESTANDAARDISEERD MONDELING INTERVIEW-----	127
5.4.5 ANALYSE-----	128
5.5 RESULTATEN-----	129
5.5.1 DEELNEMERS-----	129
5.5.2 ERGOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIE-----	132
5.5.3 EFFECT VAN DE INTERVENTIE-----	135
5.6 DISCUSSIE-----	136
<b>6 ALGEMEEN BESLUIT EN BELEIDSADVIEZEN.-----</b>	<b>140</b>
<b>7 LIJST AFKORTINGEN-----</b>	<b>148</b>
<b>8 REFERENTIES-----</b>	<b>150</b>
<b>9 BIJLAGEN-----</b>	<b>161</b>
9.1 BIJLAGEN HOOFDSTUK 1-----	162
9.1.1 ONDERZOEKSOPDRACHT-----	163
9.2 BIJLAGEN HOOFDSTUK 2-----	166
9.2.1 BEROEPSPROFIEL ERGOTHERAPEUT-----	167
9.3 BIJLAGEN HOOFDSTUK 3-----	182
9.3.1 INDELING VAN DE SOCIALE KAART-----	183
9.3.2 SJABLOON TELEFONISCHE ENQUÊTE-----	186
9.3.3 SJABLOON SCHRIFTELIJKE ENQUÊTE-----	188
9.4 BIJLAGEN HOOFDSTUK 4-----	199
9.4.1 ORGANOGRAM VLAAMS FONDS-----	200
9.4.2 STANDAARD TEKST TELEFONISCH CONTACT MDT'S-----	201
9.4.3 BRIEF AAN DE MDT'S-----	202
9.4.4 GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING-----	204
9.4.5 INTERVIEWGIDS INDIVIDUELE INTERVIEWS-----	205
9.4.6 INTERVIEWGIDS FOCUSGROEP INTERVIEWS-----	208
9.4.7 VOORBEREIDING FOCUSGROEP INTERVIEWS-----	209
9.4.8 BOOMSTRUCTUUR CODERINGSSHEMA-----	210
9.5 BIJLAGEN HOOFDSTUK 5-----	213
9.5.1 UITNODIGING TOT DEELNAME AAN HET ONDERZOEK-----	214
9.5.2 BRIEF AAN DE CLIENT-----	215
9.5.3 BRIEF AAN DE HUISARTS-----	217
9.5.4 GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING-----	218
9.5.5 STANDAARDDOSSIER ERGOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIE-----	219
9.5.6 INFORMATIEFICHE BETREFFENDE DE CLIENT-----	231
9.5.7 VRAGENLIJST VOORMETING-----	232
9.5.8 VRAGENLIJST NAMETING-----	254

# 1 Situering van de onderzoeksopdracht

Auteurs van dit hoofdstuk:

Marleen Verbeke,  
Patricia De Vriendt,  
Dominique Van de Velde,  
Agnes Florus,  
Wim Peersman

## 1.1 Opdrachtgevers

Eind 2002 werd een opdracht van het provinciebestuur Oost-Vlaanderen opgenomen door een consortium van organisaties actief in de thuiszorg in Oost-Vlaanderen.

Dit consortium bestond uit :

- Het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), Gent: lokale dienstencentra;
- het regionaal dienstencentrum van de Liberale Mutualiteit Oost-Vlaanderen;
- de vzw Ergotherapie Dienstverlening in de Thuiszorg (vzw EDiTh);
- Familiehulp Oudenaarde.

Deze opdracht betrof het uitschrijven van een oproep voor een onderzoeksproject.

## 1.2 Onderzoeksopdracht

De onderzoeksopdracht, die diende te verlopen in een periode van 3 jaar (2003, 2004, 2005), bevindt zich in bijlage 9.1.1.

De onderzoeksopdracht kan als volgt worden samengevat :

Het onderzoek geeft een algemene situering van de rol van de ergotherapeut in de thuiszorg, met zijn consult- en adviesfunctie, als zorgverstrekker en als lid van een multidisciplinair team.

De globale doelstelling is antwoorden te formuleren op de vragen:

- o wat is het belang van ergotherapie in de thuiszorg?
- o wat is de meerwaarde van de ergotherapie in de thuiszorg?
- o wat is de plaats van de ergotherapeut en wanneer wordt hij best ingeschakeld in het multidisciplinair team in de thuiszorg?
- o welke factoren (positief/negatief) bepalen of de ergotherapeut in de thuiszorg ingeschakeld wordt?

Het concrete onderzoek omvat een aantal stappen, nl.

- o vooronderzoek : bronnenanalyse en bevraging van betrokkenen;
- o inventarisatie van de ergotherapie in de thuiszorg;
- o studie op het vlak ergotherapie in de dossiers VFSIPH;
- o vergelijkende studie tussen 'wel ergotherapeutische interventie' en 'geen ergotherapeutische interventie' op het vlak van concrete therapie;
- o synthese resultaten van voorgaande stappen.

## 1.3 Onderzoeksteam

Na selectie door het consortium werd het onderzoeksproject toegekend aan COMPahs (Centrum voor Onderzoek, Maatschappelijke dienstverlening en Professionele ontwikkeling van de Arteveldehogeschool), die voor de uitvoering van het onderzoek beroep deed op expertise uit een aantal opleidingen van de Arteveldehogeschool, met name de Opleiding Bachelor in de Ergotherapie, de Opleiding Bachelor in het Sociaal Werk en de Opleiding Bachelor en Master in de Kinesithérapie.

Het onderzoeksteam had gedurende de onderzoeksperiode van 3 jaar 0,5 VTE personeel ter beschikking en werkingsmiddelen.

Het onderzoeksteam bestond uit :

Marleen Verbeke, Doctor in de Wetenschappen, Onderzoekscoördinator COMPahs: eindverantwoordelijke en onderzoeker;

Patricia De Vriendt, Ergotherapeut en Gerontoloog, Opleiding Bachelor in de Ergotherapie: onderzoeker en coördinator;

Dominique Van de Velde, Ergotherapeut, Opleiding Bachelor in de Ergotherapie: onderzoeker;

Wim Peersman, Socioloog, Opleiding Academische Bachelor en Master in de Kinesithérapie: onderzoeker;

Agnes Florus, Maatschappelijk Assistent, Opleiding Bachelor in het Sociaal Werk: onderzoeker;

Freya Versluys, Sociaal Agoog, Opleiding Bachelor in het Sociaal Werk: onderzoeker (tot 30 september 2004).

## 1.4 Stuurgroep en begeleidingscommissie

De stuurgroep werd samengesteld uit :

- Afgevaardigden van de leden van het consortium van opdrachtgevers, met name :
  - OCMW Gent, lokale dienstencentra;
  - Liberale Mutualiteit O-VI, regionaal dienstencentrum;
  - EdiTh vzw;
  - Familiehulp Oudenaarde.
- Een afgevaardigde van het provinciebestuur Oost-Vlaanderen, de Coördinator Thuiszorg, Dienst Gezondheid en tevens de secretaris van de Provinciale Adviesraad Thuiszorg Oost-Vlaanderen (PRATO).
- Afgevaardigden van het onderzoeksteam.

De stuurgroep werd tweemaal per jaar bijgestaan door een begeleidingscommissie die advies verleende en de geplande onderzoeksprotocollen mee toetste aan de realiteit van de thuiszorg. Voor het onderzoek rond concrete therapie hebben de leden van de begeleidingscommissie er mee voor gezorgd dat voldoende cliënten konden bereikt worden (zie hoofdstuk 5).

De begeleidingscommissie was samengesteld uit vertegenwoordigers van

- Familiezorg Oost-Vlaanderen vzw;
- vzw Familiehulp;
- Solidariteit voor het gezin VZW;
- Bond Moyson;
- Christelijke mutualiteit;
- Wit Gele Kruis Oost-Vlaanderen;
- Partena Oost-Vlaanderen;
- PRATO, expert GGZ;
- OVOSIT;
- Hogeschool Gent, opleiding verpleegkunde.



## **1.5 Verslaggeving**

Maandelijks werd door het onderzoeksteam een schriftelijke stand van zaken bezorgd aan de opdrachtgevers en kwamen eindverantwoordelijke en inhoudelijk verantwoordelijke mondeling rapporteren. De stuurgroep bepaalde de koers van het onderzoek in overleg met het onderzoeksteam en de begeleidingscommissie.

Na werkjaar 1 en werkjaar 2 werd een tussentijds rapport afgeleverd door het onderzoeksteam.

Voorliggend manuscript is het eindrapport dat na beëindiging van het derde werkjaar aan de opdrachtgevers afgeleverd is, meer bepaald op 31 januari 2006.

## **2 Globale situering van de te bestuderen problematiek**

Auteurs van dit hoofdstuk:

Dominique Van de Velde,  
Patricia De Vriendt,  
Agnes Florus,  
Marleen Verbeke.

## 2.1 Thuiszorg

Het gezondheids- en welzijnsbeleid op elk niveau heeft als doel de kwaliteit van leven van de bevolking te verhogen. Dit kan bewerkstelligd worden op verschillende manieren en evolueert met de tijd. Momenteel is men er van overtuigd dat de kwaliteit van leven, voor zover het vanuit de organisatie van de gezondheidszorg wordt bekeken, verbeterd kan worden met een optimale organisatie van de thuiszorg. Men vindt dan ook in de betreffende beleidsteksten accenten naar de thuiszorg. Tevens wordt meer en meer de nadruk gelegd op het belang van de zelfredzaamheid en zelfstandigheid, op de vraaggestuurde zorg, behoeftegestuurde zorg. Dit vraagt een 'kanteling' van de gezondheidszorgorganisatie.

### 2.1.1 Organisatie van de gezondheidszorg

Om een duidelijk kader te scheppen, wordt eerst een overzicht gegeven van de organisatie van de gezondheidszorg en de mogelijke gebruikte indelingen. Er zijn echter verschillende indelingen terug te vinden.

#### **(a) Beschreven vanuit het perspectief van de cliënt:**

- eerste lijnzorg: eerste contactniveau van de patiënt met de 'algemene' zorgverstrekker (huisarts)
- tweede lijn: wanneer de eerste lijn niet in staat is tegemoet te komen aan de vraag van de patiënt, verwijst men vaak door naar gespecialiseerde zorg (geneesheer-specialist)
- derde lijn: zorgvoorzieningen die patiënten opvangen wiens problemen niet meer kunnen verholpen worden (beschut wonen)
- preventieve zorglijn: voorkomen van ziekte
- nulde lijn: zelfzorg

#### **(b) Beschreven vanuit de gezondheidsstadia:**

- preventieve zorg: of gezondheidsbevorderende lijn, ter voorkoming van ziekte
- curatieve gezondheidszorg: genezing en behandeling van ziekte (huisarts, specialisten, ziekenhuizen)
- revalidatie: periode van ziekte inkorten of begeleiden
- palliatieve zorg: menswaardige stervensbegeleiding

#### **(c) Echelonering.**

Echelons bevatten die voorzieningen die aan gelijkaardige criteria beantwoorden:

- echelon nul: zelfzorg
- echelon één: idem eerstelijns
- echelon twee: specialistische dienstverlening van enerzijds algemene diensten van ziekenhuizen (poliklinisch) en anderzijds de specialistische intramurale activiteiten

- echelon drie : categoriale voorzieningen voor specifieke groepen (RVT) en revalidatiecentra.

**(d) Beschreven vanuit de plaats waar de zorg wordt toegediend:**

- intramuraal: behandeling binnen de muren van een voorziening (ziekenhuizen, psychiatrische centra)
- extramuraal: patiënt wordt niet opgenomen binnen de muren van een voorziening, maar de behandeling heeft plaats bij de patiënt thuis of bij de hulpverlener (huisarts, tandheelkunde, paramedische diensten)
- transmuraal: patiënten worden voor een beperkte duur opgenomen (dagkliniek)

Deze laatste indeling wordt verder gebruikt in het onderzoek.

## 2.1.2 Definitie

Onderstaande omschrijving geeft aan hoe thuiszorg geïnterpreteerd wordt in dit onderzoek. Deze omschrijving is gebaseerd op het thuiszorgdecreet van 1998.

**Thuiszorg:** *'de hulp- en dienstverlening die er specifiek op gericht is de gebruiker te handhaven in zijn natuurlijke thuismilieu. Onder natuurlijk thuismilieu wordt verstaan: de plaats waar de gebruiker effectief woont of inwoont, met uitsluiting van de collectieve woonvormen waar personen op een duurzame wijze verblijven en gehuisvest zijn en waar geheel of gedeeltelijk, de gebruikelijke huishoudelijke dienstverlening en gezinshulp wordt geboden.'* (DECREET VAN 14 JULI 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg(B.S. 5.IX.1998)).

## 2.1.3 Beleidsvisies

### 2.1.3.1. Op Wereldniveau en op Europees niveau

De Wereldgezondheidsorganisatie, 1998 (World Health Organisation, hierna afgekort als WHO) besteedt aandacht aan thuiszorg in 'Health 21, health for all in the 21<sup>st</sup> century'. Men stelde met name dat op nationaal niveau de overheden prioriteit zouden moeten geven aan de ontwikkeling en het versterken van een voor iedereen toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg.

In het rapport van de WHO worden, voor wat betreft Europa, 21 gezondheidsdoelen geformuleerd. In target 15 wordt onderandere gesteld dat:

*'a more integrated health sector is needed, with a much stronger emphasis on primary care. At the core should be ..., family support and home care services... local community structures ... actively supporting self-care ...community health policy and programme ...'*

### *2.1.3.2. Op niveau van de federale overheid*

Op federaal vlak (gewezen minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en leefmilieu Aelvoet en gewezen minister van Sociale zaken en pensioenen Vandenbroucke) wordt het belang van de thuiszorg bij verschillende doelgroepen benadrukt. Op federaal vlak worden de Geïntegreerde Diensten voor thuisverzorging (hierna GDT genoemd) opgericht. Een GDT heeft als primair doel om de gezondheidstoestand, zowel op het somatisch als op het psychisch en het sociaal vlak, stabiel te houden of te verbeteren, de GDT's zouden onmiddellijk toegankelijk moeten zijn en zijn er op gericht om de patiënt zo lang mogelijk thuis te houden. (Koninklijk Besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging alsook de voorwaarden voor het toekennen van deze toelage)

### *2.1.3.3. Op niveau van de Vlaamse overheid*

Op niveau van de Vlaamse Gemeenschap, geeft gewezen Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke kansen Vogels aan dat thuiszorg een belangrijke schakel is in de gezondheidszorg. Men stelt dat de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg voor (hierna SEL genoemd), die bredere samenwerkingsverbanden moeten vormen ter vervanging van de huidige Samenwerkingsinitiatieven in de Thuiszorg (hierna SIT genoemd). Er wordt geopperd dat een betere samenwerking tussen de verschillende actoren in de eerstelijnsgezondheidszorg de basis vormt voor een efficiënte behandeling van met name chronische aandoeningen (Vlaams Decreet betreffende Eerstelijnsgezondheidszorg, 2002). Verder stelt men dat een functionele samenwerking tussen de welzijnssector en de eerstelijnsgezondheidszorg op verschillende niveaus mogelijk moet zijn. De werkingsgebieden van de SEL's worden bepaald door de zorgregio's. Het richtinggevende decreet in dit onderzoek is het DECREET VAN 14 JULI 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg (B.S. 5.IX.1998).

### *2.2.3.4. Op niveau Provinciebestuur Oost-Vlaanderen*

Het Oost-Vlaams Provinciebestuur, de opdrachtgever voor dit onderzoek, maakt van thuiszorg een beleidsprioriteit.

Voor meer uitleg omtrent de visie verwijzen we naar de website van de provincie op URL's in de voetnoot<sup>1</sup>.

Thuiszorg omvat volgens de Provinciale Adviesraad Thuiszorg Oost-Vlaanderen (verder afgekort PRATO) een breed gamma van uiteenlopende vormen van hulp- en dienstverlening met een preventief, curatief, verzorgend, begeleidend, ondersteunend en/of palliatief karakter, dat verleend wordt door diverse, al dan niet professionele, hulpverleners. De diverse hulp- en dienstverleningsvormen hebben onderling gemeen dat zij aangeboden worden in het thuismilieu of thuisvervangende milieu van de gebruiker. Ze zijn er alle specifiek en complementair op gericht de gebruiker in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie. (PRATO, 2001)

Opmerkelijk is wel dat in deze provinciale visie het woord 'thuis' in thuiszorg ruimer geïnterpreteerd wordt dan in het thuiszorgdecreet:

---

<sup>1</sup> [http://www.oost-vlaanderen.be/welzijn/content.cfm?doc\\_id=302](http://www.oost-vlaanderen.be/welzijn/content.cfm?doc_id=302)  
<http://www.oost-vlaanderen.be/welzijn/zorg/thuiszorg/definitie-visie.pdf>  
<http://www.oost-vlaanderen.be/welzijn/zorg/thuiszorg/memoratie.pdf>

*'...de eigen vertrouwde omgeving of de plaats waar de gebruiker woont of inwoont.'* (strategisch plan thuiszorg, PRATO, 2001).

Met andere woorden, thuiszorg behelst volgens PRATO zowel de zorg in het thuismilieu als in het thuisvervangend milieu. Deze definiëring is in die zin afwijkend van de definitie van het thuiszorgdecreet waarbij duidelijk wordt gesteld dat het thuismilieu *'de plaats is waar de gebruiker effectief woont of inwoont, met uitsluiting van de collectieve woonvormen waar personen op een duurzame wijze verblijven en gehuisvest zijn en waar geheel of gedeeltelijk, de gebruikelijke huishoudelijke dienstverlening en gezinshulp wordt geboden'* (DECREET VAN 14 JULI 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg(B.S. 5.IX.1998)).

Onderstaande 6 punten worden in de provinciale visie op thuiszorg (tekst memorie) opgesomd en verder uitgeschreven:

- thuiszorg is zo lang mogelijk thuis;
- thuiszorg is zelfzorg, mantelzorg, zorg door vrijwilligers, zorg door professionelen;
- thuiszorg is een verantwoorde keuze;
- thuiszorg is zorg op maat;
- thuiszorg is een inclusieve zorg;
- thuiszorg is samenwerken en afstemmen.

In dit onderzoeksproject wordt de nadruk gelegd op het thuismilieu en niet op het thuisvervangend milieu, enerzijds omdat de discipline ergotherapie al voldoende ingeburgerd is in de intramurale zorg en anderzijds omdat de onderzoeksvragen zoals deze door het provinciebestuur aan de stuurgroep (zie hoofdstuk 1) zijn doorgegeven gericht zijn op het langer zelfstandig functioneren in de thuissituatie. Met de organisatie van een doeltreffende thuiszorg beoogt het beleid dat mensen langer thuis in de vertrouwde omgeving kunnen blijven, dat opname in thuisvervangende milieus vermeden kan worden of uitgesteld kan worden, dat opname in acute ziekenhuissetting in belangrijke mate kan ingekort worden en dat heropnames minder frequent voorkomen.

De doelgroepen in de thuiszorg zijn ouderen, gezinnen, zieken, kinderen, jeugd, personen met een handicap, thuislozen, allochtonen...

## **2.1.4 Actoren in de thuiszorg**

In het thuiszorgdecreet (1998) worden de actoren als volgt omschreven.

- *'de gebruiker : iedere natuurlijke persoon die vanuit een bepaalde nood een beroep doet op thuiszorg;*
- *de mantelzorger: elke natuurlijke persoon die op een niet-professionele basis, noch in een georganiseerd verband, hulp en bijstand biedt aan een gebruiker;*
- *de vrijwilliger : de natuurlijke persoon die, op vrijwillige basis en onbezoldigd en in een georganiseerd verband, zijn activiteiten uitvoert;*
- *de professionele zorgverlener : de natuurlijke persoon die tewerkgesteld is in een voorziening en op een professionele basis hulp- en dienstverlening aanbiedt;*
- *oppashulp : de hulp en de bijstand die bestaat uit het bieden van gezelschap en toezicht aan de gebruiker en dit bij afwezigheid van mantelzorg of met het oog op een tijdelijke vervanging van de mantelzorgers.'*

## 2.2 Ergotherapie

### 2.2.1. Inleiding

Etymologisch gezien betekent ergotherapie 'het therapeutisch gebruik maken van arbeid (ergos)'. Reeds in de oudheid wordt arbeid beschreven als heilzaam en nodig voor de ontwikkeling van zowel het lichaam en geest. Zoals beschreven door verschillende auteurs (Meyer, 1922; Reilly, 1962) wordt arbeid en zinvolle tijdsbesteding aanzien als humaan, en dus een wezenlijk onderdeel van het menselijk functioneren.

Meyer (1922), een Amerikaans psychiater, schrijft in zijn artikel 'the philosophy of occupation therapy' dat '*our conception of man is that of an organism that maintains and balances itself in the world of reality and actuality by being in active live and active use, i.e., using and living and acting its time in harmony with its own nature and the nature about it*'.

Ook meer recente auteurs (Christiansen, 2000; Townsend, 2004; Wilcock, 1998) beschrijven dat arbeid en zinvolle activiteiten gerelateerd zijn aan de menselijke gezondheid. Het niet meer kunnen uitvoeren van waardevolle en betekenisvolle activiteiten (ten gevolge van ziekte, letsels, ongevallen,..) leidt tot een disbalans. Kielhofner (2005) beargumenteert dat zorgvuldig gekozen activiteiten gebruikt kunnen worden als middel om tot herstel te komen en terug balans te vinden in een leven dat door bepaalde factoren uit balans is geraakt.

De Nationale Belgische Federatie voor Ergotherapeuten (hierna afgekort als NBFÉ) hanteert de volgende definitie:

*'Een **ergotherapeut** is een paramedicus die mensen met fysieke, psychische en/of sociale dysfuncties begeleidt met oog op het bevorderen, terugwinnen, en/of in stand houden van het zo zelfstandig mogelijk functioneren in hun persoonlijk leef-, werk- en ontspanningssituatie, via concrete activiteiten daaraan ontleend en rekening houdend met hun draagkracht en de draaglast vanuit hun omgeving' (NBFÉ, 2005)'*

Door gebruik te maken van activiteiten (arbeid, werk,...) als therapeutisch middel probeert de ergotherapeut het dagelijkse functioneren van zijn cliënt of patiënt te onderhouden of te verbeteren en zijn levenskwaliteit te verhogen. Meteen wordt hier aangegeven dat ergotherapeuten zich baseren op een holistisch mensbeeld. Een beeld dat gegroeid is vanuit de overtuiging dat actief bezig zijn een positieve invloed heeft op de gezondheid van de mens. In de volgende paragrafen worden een aantal kernaspecten van ergotherapie aangehaald en wordt de link met de verschillende onderzoeksluiken toegelicht.

### 2.2.2. Beroepsprofiel van de ergotherapeut

In deze paragraaf wordt naast een omschrijving van het beroep, met daarbij horend de tewerkstellingsectoren of werkvelden, ook een opsomming gegeven van de beroepsactiviteiten van de ergotherapeut. Voor de omschrijving van het beroepsprofiel werd een beroep gedaan op de Vlaamse OnderwijsRaad (hierna afgekort als VLOR). In de volgende samenvatting wordt de nadruk gelegd op een aantal voor dit onderzoek relevante gegevens. Voor verdere gegevens verwijzen we naar het volledig uitgeschreven beroepsprofiel (zie bijlage 9.2.1 beroepsprofiel ergotherapie)

- **Globale omschrijving van het beroep volgens de VLOR**

'Ergotherapie is een verzamelbegrip van zowel therapeutische als agogische benaderingen, waarbij gestreefd wordt naar de optimale persoonlijke autonomie van het individu op het gebied van wonen / zelfzorg, werken / taken en ontspanning / vrije tijd. Om dit optimaal handelingsniveau bij de persoon - al dan niet met disfunctie - te verwerven, te behouden of te herwinnen, is een probleemdefiniëring en evaluatie nodig. In de therapiefase worden doelgerichte handelingen/menselijke activiteiten aangewend en worden handelingsversturende factoren uit het milieu voorkomen, weggenomen en / of eventueel aangepast.' (VLOR, 1998)

- **Tewerkstellingssectoren of werkvelden voor ergotherapeuten**

'De essentie van de ergotherapie maakt dat ergotherapeuten kunnen tewerkgesteld worden in de welzijns- en in de gezondheidszorg van de 1ste, 2de en 3de lijn, zoals:

- thuiszorg
- centra voor gehandicapte kinderen, centra voor kinderen met leerproblemen in het buitengewoon onderwijs
- in algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra, gespecialiseerde ziekenhuizen
- psychiatrische, centra voor crisisinterventie, centra voor geestelijke gezondheidszorg
- bejaardentehuizen, rust- en verzorgingstehuizen, dienstencentra
- beschuttende werkplaatsen, sociale werkplaatsen, activiteitencentra
- woonprojecten en dagcentra voor gehandicapten, gezinsvervangende tehuizen
- *privaatpraktijk en alle initiatieven die te maken hebben met het optimaal functioneren van de patiënt, cliënt op het gebied van wonen / zelfzorg / werken / taken en ontspanning en vrije tijd'* (VLOR, 1998).

In het kader van dit onderzoek is het belangrijk te duiden op de brede tewerkstellingsmogelijkheden van de ergotherapeut. Volgens de VLOR beschikt de ergotherapeut over de vereiste competenties om zowel intramuraal, transmuraal als extramuraal tewerkgesteld te worden binnen de welzijns- en gezondheidszorg.

- **Beroepsactiviteiten op basis van het beroepsprofiel relevant voor dit onderzoek**

'De verschillende beroepsactiviteiten worden in het beroepsprofiel onderverdeeld in een aantal typefuncties, samengevat in volgende lijst:

- Typefunctie behandelen
- Typefunctie preventieve zorg
- Typefunctie van het geven van consult en advies
- Typefunctie wetenschappelijk onderzoek
- Typefunctie bijdragen tot het ontwikkelen van het beroep
- Typefunctie evalueren van het beroepsmatig handelen
- Typefunctie interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking
- Typefunctie permanente vorming, ontwikkelen van individuele kennis en kunde
- Typefunctie management, beheren
- Typefunctie geven van onderwijs en begeleiding'.

Voor een volledige omschrijving; zie bijlage 9.2.1 beroepsprofiel ergotherapie.



## 2.2.3. Kort historisch overzicht van de ontwikkeling van ergotherapie in België en Vlaanderen

De oorspronkelijke 'roots' van ergotherapie liggen in Frankrijk, waar de psychiater Pinel in 1798 een aantal 'krankzinnigen' van hun ketenen verlost en 'arbeid' inschakelt als behandeling voor zijn 'patiënten'. Ook de Belgische professor Dr. Joseph Ghuislain wordt vaak gerefereerd als een van de grondleggers van het gebruik van arbeid en expressie in het therapeutische proces. Zo beschrijft Ghuislain in 1828: '*arbeid en expressie zijn van groot belang en kunnen therapeutisch aangewend worden*' (Evrard, 1989). Het gebruik van arbeid als therapeutisch middel wordt in deze beginperiode niet door ergotherapeuten als dusdanig uitgevoerd omdat van het beroep 'ergotherapie' nog geen sprake was.

### 2.2.3.1 Wettelijke erkenning van het beroep

Zoals hierboven beschreven is ergotherapie gegroeid vanuit een humanistische visie, waarbij 'moral treatment' een van de basisfilosofieën was (Creek, 1997). Het gebruik van ergotherapie kreeg in de psychiatrische settings steeds meer bijval en in 1926 werd de term ergotherapie in België voor het eerst gebruikt, naar analogie met ontwikkelingen in de Verenigde Staten waar volgens Hopkins en Smith (1988) Eva Reid in 1914 de term '*Ergotherapy*' voorstelt voor het beroep. Uiteindelijk wordt de term 'occupational therapy' als officiële term gebruikt in de Engelstalige landen. In 1952 wordt de 'Wereldfederatie van ergotherapeuten' (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) opgericht. De federatie verklaart in 1970 officieel dat ergotherapie de vertaling is van '*occupational therapy*' (Kinébanian, 1998)

#### (a) revalidatie als basis voor de erkenning van het beroep

Kort na de tweede wereldoorlog werd onder druk van internationale conventies een wetsontwerp ingediend om de 'minder-validen' of de 'burger met een handicap' te reïntegreren in de maatschappij. Er werd een revalidatie- en tewerkstellingsbeleid uitgewerkt. Dit leidde tot de 'wet betreffende de scholing, omscholing en de sociale herscholing van de mindervalide (wet 28 april 1958). In 1963 werd de wet op de sociale reclassering van de minder-valide (16 april 1963) van kracht en werd het '*Rijksfonds voor sociale reclassering van de minder-validen*' opgericht. Dit '*Rijksfonds*' heeft samenvattend als doel (1) de minder-validen op te sporen en in te schrijven; (2) alle nodige hulp te verlenen voor, tijdens en na de beroepsopleiding, omscholing en herscholing; (3) te voorzien van de nodige revalidatie; (4) advies te verschaffen omtrent aanpassingen en (5) toelagen, terugbetalingen en uitkeringen te voorzien. *Voor het eerst worden ook normen vastgelegd waaraan een centrum moet voldoen om een optimale reïntegratie in de maatschappij mogelijk te maken: het centrum moet voldoen aan een bepaalde infrastructuur: uitgeruste kinezaal (gymnastiekruimte), mogelijkheden tot subaquale therapie, sportzaal, ergo-afdeling om niet alleen bezigheid te verrichten, doch echt aan functionele en pre-professionele training te doen.* (Van Laere, 1985). Er wordt een belangrijke rol aan de ergotherapeut toebedeeld, het '*Rijksfonds*' erkent alleen die centra die '*ergotherapeutische activiteiten inrichten die inzonderheid oefeningen van aanpassingen aan de gewone noodwendigheden van het dagelijks leven omvatten*'. (Belgisch Staatsblad, 29 september 1968). De grootste taak van een erkend revalidatiecentrum is het reïntegreren van de mindervalide in de maatschappij, die reïntegratie werd aanvankelijk gereduceerd tot het terug kunnen tewerkgesteld worden en functioneren in het normaal economisch circuit.

#### (b) erkenning van het beroep ergotherapie

Conform deze visie over revalidatie en integratie is '*Arbeidstherapie*' dan ook de officiële beroepstitel, die bij wijze van Koninklijk besluit van 16 april 1965 wordt bekrachtigd: het diploma van '*gegradueerde in de arbeidstherapie*' wordt erkend. Pas in 1992 wordt het

diploma gewijzigd in 'gegradueerde in de ergotherapie' en sinds de het academiejaar 2003-2004 luidt de officiële titel 'bachelor in de ergotherapie'

### **(c) Link met het RIZIV en het Vlaams Fonds**

Door de grondwetsherziening van 1980 en 1988 wordt de unitaire staatsstructuur ontbonden en wordt naast de federale (nationale) regering ook een Vlaamse en Waalse regering opgericht. Op 1 januari 1991 wordt het 'Rijksfonds' afgeschaft en worden de kosten voor revalidatie overgenomen door het 'Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering' of kortweg RIZIV. De andere bevoegdheden van het voormelde 'Rijksfonds' worden voor het Vlaamse landsgedeelte overgedragen naar de Vlaamse regering. Het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap wordt opgericht (decreet van 27 juni 1990). Het fonds heeft tot doel de sociale reïntegratie van personen met een handicap te bevorderen.

### **2.2.3.2. Intramurale ergotherapie**

Ergotherapie heeft door de steun van het toenmalige Rijksfonds een duidelijk intramuraal ontstaan gekend. Zowel in de geestelijke gezondheidszorg, de fysieke revalidatie als in de ontwikkelingsproblematiek worden vanaf 1963 centra opgericht waar ergotherapeuten kunnen tewerkgesteld worden.

#### **(a) Geestelijke gezondheidszorg.**

Zoals eerder vermeld liggen de 'roots' van ergotherapie in de psychiatrische zorgverlening. Arbeid werd beschouwd als therapeutisch zinvol, maar vermits vele centra geen subsidies kregen voor hun werking werden de psychiatrische patiënten ingeschakeld in een gesloten economisch circuit om geld op te brengen (Bouwen, 1985). Vanaf 1963 worden er door steun van het 'Rijksfonds' diverse revalidatiecentra opgericht voor personen met psychiatrische stoornissen en worden geleidelijk aan meer arbeidstherapeuten ingeschakeld. Het productieproces ruimt plaats voor meer patiëntgerichte interventies (Bouwen, 1985).

#### **(b) Ontwikkelingsproblematiek**

Het ontstaan van de revalidatiecentra voor kinderen met een ontwikkelingsproblematiek is eveneens sterk beïnvloedt door het Rijksfonds in 1963. Door de grote verscheidenheid aan pathologieën en aandoeningen drong zich vrij vlug indeling op in categorieën. Zo ontstonden de 'centra voor locomotorisch gehandicapten, de centra voor patiënten met neurologische aandoeningen, de centra voor gehoor- en spraakgestoorden', de centra voor psychisch gehandicapten en de centra voor visueel gehandicapten, waar ergotherapeuten tewerkgesteld werden. In het kader van de 'gehandicaptenzorg' is het belangrijk het 'Fonds voor medische, Sociale en Pedagogische hulp aan gehandicapten' of kortweg het 'Fonds 81' aan te halen, genoemd naar nummer van het Koninklijk besluit van 10 april 1967. Dit Fonds was bevoegd voor de opvang, behandeling en begeleiding via residentiële, semi-residentiële en ambulante voorzieningen. De oprichting van dit Fonds 81 gaf meteen de aanzet tot een autonoom gehandicaptenebeleid in België. Er is een meer gestructureerde opvang voor deze kinderen en er worden therapeutisch programma's voorzien (KB 10 IX, 1967). Het Fonds 81 werd door de grondwetsherziening van 1980 en 1988 (zie 1.4.3.1c) overgenomen door het Vlaams Fonds. Naast de revalidatiecentra zijn er nog de Medisch Pedagogische Instituten (MPI), de semi-internaten of dagcentra, de diensten voor plaatsing in gezinnen en tehuizen of kortverblijven waar ergotherapeuten tewerkgesteld zijn.

#### **(c) Fysieke revalidatie**

De erkende revalidatiecentra voor volwassenen kenmerken zich door de koppeling aan acute ziekenhuizen, vermits het hier meestal gaat om verworven pathologieën, ziektebeelden of traumata (Van Laere, 1985). Het aspect 'arbeid' is in de beginperiode van de revalidatie altijd zeer belangrijk geweest waardoor de activiteiten die gebruikt

worden in de 'arbeidstherapie' nauw aansluiten bij de realiteit, de zogenaamde pré-professionele training is dan ook een belangrijk onderdeel van het revalidatieprogramma bij de volwassenen revalidatie (Duyvejonck, 1985).

#### **(d) Ouderenzorg**

Binnen de ouderenzorg was het niet zo evident om als ergotherapeut te worden tewerkgesteld vermits het ultieme doel van arbeidstherapie was om personen terug te oriënteren naar het normaal economisch circuit of het arbeidscircuit. Door demografische veranderingen en een vergrijzing van de bevolking worden beleidsmakers in België in de jaren 80 gedwongen om de basis te leggen van een verzorgingsstructuur waarin men kan tegemoet komen aan de gezondheidsbehoeften van de ouderen. Een verhoging van het aantal opnames in rusthuizen of rustoorden voor bejaarden (ROB) en in Rust- en verzorgingstehuizen (RVT) zorgt voor een grote toename in de 'zorg'kosten.

Pas in 1984 werden de erkenningsnormen voor een G-dienst gedefinieerd. De meeste G-diensten beschikken over een ergotherapeut. Naast ergotherapie op de G-dienst worden ook ergotherapeuten tewerkgesteld in rusthuizen en in RVT's. Rusthuizen bestaan volgens Baeyens (2002) reeds vele generaties en zijn voorzieningen om behoeftige maar oudere personen een onderdak te geven na hun opruststelling. Er wordt in de erkenningsnormen voor een rusthuis aangegeven dat er een 'deskundige in animatie en activatie' moet voorzien worden. (Belgisch Staatsblad, 30 september 1985). Een RVT ontstond in 1982 bij wijze van Koninklijk Besluit en heeft als doel om de hulpbehoevende oudere te verplegen en te verzorgen. Dit KB werd in 1999 en in 2004 geactualiseerd en beschrijft dat per 30 bewoners volgende personeelsbezetting vereist wordt: '5 voltijds equivalenten verpleegkundigen, 5 voltijds equivalenten verzorgend personeel en 1 voltijds kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist' (Belgisch Staatsblad, 28 oktober 2004). De aanwezigheid van een ergotherapeut in een RVT is dus niet dwingend.

#### *2.2.3.3. evolutie van intramurale naar extramurale ergotherapie*

Volgens Hammel (2002) zijn de meest effectieve interventies deze die gebeuren in de context van de natuurlijke omgeving van de cliënt. Dit leidt onomstotelijk tot het deinstitutionaliseren van de ergotherapie. Factoren die dit proces beïnvloeden, zijn volgens Hammel (2002) de veranderende demografie, de stijgende levensverwachting en de hogere levensduur van personen met chronische aandoeningen en de politieke druk om de zorg te heroriënteren naar de thuiszorg.

Onder invloed van evoluties in het buitenland en de steeds toenemende kosten van de intramurale gezondheidszorg gaan in België sinds de jaren 80 steeds meer stemmen op om de 'thuiszorg' anders en beter te organiseren.

Wanneer we het beroepsprofiel van de ergotherapeut bestuderen lijkt de ergotherapie een discipline die in de thuiszorg 'thuishoort', nochtans in België staat de ambulante ergotherapie nog in de kinderschoenen. Belangrijk om te benadrukken is dat de ergotherapie gericht is op het zo zelfstandig mogelijk maken van de cliënt, gericht is op het optimaal functioneren van de cliënt in zijn woon-, werk en ontspanningsmilieu, hierbij gebruik makend van de hulpbronnen die in de cliënt en zijn omgeving aanwezig zijn. Onder cliënt verstaan we verschillende niveaus: het individu, de mantelzorger, het cliëntensysteem.

Vermits ergotherapie niet in het terugbetalingssysteem van het RIZIV is opgenomen is het moeilijk om zich als zelfstandige ergotherapeut te plaatsen, omdat de kosten voor ergotherapie gedragen worden door de cliënten zelf (of is er in het beste geval een

terugbetaling via de aanvullende verzekering van de mutualiteit). Vanuit de beroepsvereniging zijn reeds heel wat inspanningen gedaan om het belang van een terugbetalingssysteem voor ergotherapie te bepleiten bij de federale overheid. Zo werd in 1995 de 'werkgroep nomenclatuur' opgericht. Deze had als doel een nomenclatuur op te maken en deze te overhandigen aan het RIZIV. Ondertussen is een beperkte nomenclatuur aanvaard door het RIZIV, maar moet nog goedgekeurd worden. Eens deze goedkeuring kan de cliënt voor een aantal ergotherapeutische akten in de thuissituatie terugbetaling krijgen. Er zijn in Vlaanderen anno 2005 een 20-tal zelfstandige ergotherapeuten in bijberoep, volgens de werkgroep nomenclatuur.

Dankzij een aantal pioniers in de beroepsgroep van ergotherapeuten zijn een aantal initiatieven genomen om ergotherapeuten in de thuiszorg te krijgen. Zo zijn ondermeer de vzw LIAS (Limburg: Informatie, Advies en Service) en later de vzw EDiTh (ergotherapie Dienstverlening in de Thuiszorg) opgericht die uiteindelijk de overkoepelende organisatie werd voor beide initiatieven.

De vzw LIAS had als doel '*...de zelfredzaamheid te behouden en/of te optimaliseren, op gebied van ADL, huishoud, vrije tijd en/of tewerkstelling .... en de draagkracht van het thuismilieu te verhogen*'. (Belgisch Staatsblad 9920, 1988)

De vzw EDiTh heeft als doel om '*op aanvraag van de belanghebbende, de hulpbehoevende, aanverwante(n), hulpverleners of groepen en rechtspersonen, de zelfredzaamheid te behouden en/of te optimaliseren... ook zal EDiTh studiewerk verrichten ter ondersteuning van de ergowerking in de gestelde doelen*.' (Belgisch Staatsblad 6941, 1996).

EDiTh is zoals reed hoger vermeld een acroniem dat staat voor '*Ergotherapie Dienstverlening in de Thuiszorg*'. Het is een VZW met een eigen bestuursorgaan en heeft een dubbele functie. Enerzijds wordt door de leden op een 'freelance' basis ergotherapie aangeboden in de thuiszorg. De ergotherapeut wordt door een provinciale contactpersoon gerekruteerd en aangeduid om een interventie uit te voeren bij cliënten. Het rekruteren gebeurt aan de hand van de bereidheid van de ergotherapeut om een thuisinterventie te doen, zijn kennisdomein, en de regio waarin de cliënt woont. De cliënt betaalt zelf voor de interventie op basis van een vastgesteld tarief per halfuur. Uitzonderingen hierop zijn:

- mutualiteiten die wel voor terugbetaling zorgen (er is hier echter geen vaste lijn in te trekken, bepaalde mutualiteiten bieden dit aan als een extra service voor hun leden, maar de terugbetaling vormt geen algemene regel);
- terugbetaling in het kader van verzekeringen.

Anderzijds heeft de vzw EDiTh een functie als kennis- en ondersteuningscentrum voor ergotherapeuten die op één of andere manier terecht komen in de thuiszorg. De organisatie wil aan haar leden informatie doorgeven ivm wetteksten, decreten, nieuwe evoluties binnen de thuiszorg en ondersteuning geven bij interventies. Twee maal per jaar worden bijscholingen georganiseerd omtrent een onderwerp gerelateerd aan ergotherapie in de thuiszorg. Tevens neemt de vzw EDiTh de taak op zich om als contactorgaan te functioneren tussen de Federale en Vlaamse overheid. De vzw werkt heel nauw samen met de het Vlaams Ergotherapeuten-verbond.

## **2.2.4. Aspecten van professionalisering**

De laatste 10 a 20 jaar heeft de zorg voor kwaliteit in de gezondheidszorg steeds meer impact op de professionele organisatie van de dienst. Dit implementeert een steeds grotere professionalisering van de ergotherapie. Verschillende factoren liggen aan de basis van deze toenemende nood aan kwaliteitszorg: de Raplex-maatschappij (RAPid en comPLEX), die zich kenmerkt door een snelle toename en verandering of veroudering van

de informatie (Kok, 2002) en de toenemende complexiteit van de zorg door ondermeer economische motieven, de veranderende rol van de hulpvrager van patiënt naar cliënt. De nood van de ergotherapeut om zich te gaan bijscholen, zich te profileren ten opzichte van andere beroepsgroepen en 'evidence based' te gaan werken neemt steeds toe.

Kinébanian (1984) heeft professionalisering samengevat in een aantal kernbegrippen:

- Herkenbaarheid van het beroep.
- Autonomie van de beroepsgroep.
- Monopolie van de beroepsgroep.
- Deskundigheid van de beroepsbeoefenaar.
- Kwaliteit van zorg.
- Beroepscode.
- Beroepsvereniging.

### **2.2.4.1. Herkenbaarheid van het beroep, de autonomie en het monopolie van de beroepsgroep**

In vergelijking met andere beroepen is ergotherapie een zeer jong beroep in België en Vlaanderen. Het professionaliseringsproces kenmerkt zich door een voortdurende strijd om een min of meer stabiele plaats te verwerven binnen de gezondheidszorg.

### **2.2.4.2. Deskundigheid van de beroepsbeoefenaar: de ergotherapeutische praktijkvoering**

#### **▪ *Fundamenteel holistische ingesteldheid van de ergotherapie***

Een fundamenteel holistische ingesteldheid is de ergotherapie eigen. Onder holisme verstaan we dat er een interdependentie is tussen 'mind, body and spirit'. In de holistische benadering in de gezondheidszorg zijn er vier assumpties: (1) mensen moeten gezien worden als unieke wezens waarin een integratie is van 'mind, body en spirit'; (2) de staat van gezondheid of ziekte ontstaat vanuit een interactie van fysieke, psychologische, sociale en omgevingsfactoren; (3) mensen hebben zelfhelende capaciteiten wanneer ze in staat zijn om verantwoordelijkheid te nemen en zelf te bepalen wat er nodig is voor de eigen gezondheid; (4) gezondheidszorg zou er voor moeten zorgen dat er een levensstijl gecreëerd wordt die bevorderlijk is voor persoonlijke vervulling, gezondheid en integratie in de omgeving en maatschappij (Finlay, 2001).

#### **▪ *Betekenisvol handelen***

Betekenisvol handelen (Occupational Performance) verwijst naar de mogelijkheid om te kiezen, te organiseren en voldoening na te streven bij het uitvoeren van betekenisvolle handelingen die cultureel gedefinieerd zijn en die door de leeftijd nog mogelijk zijn, om voor zichzelf te zorgen, van het leven te genieten en mee te bouwen aan het sociale en economische geheel van de gemeenschap (Townsend, 1997). Betekenisvol handelen is het resultaat van een afhankelijke en veranderende 'persoon-omgeving-activiteit - relatie', het is een dynamisch proces. Het betekenisvol handelen manifesteert zich op drie domeinen, zelfzorg, productiviteit en ontspanning. Deze drie domeinen kunnen samengevat worden onder de noemer van Activiteiten van het Dagelijkse Leven (hierna afgekort als ADL). Rueben et al. (1989) onderscheiden drie niveaus van functioneren: de '*basic, intermediate and advanced activities of daily living*'. Deze termen zijn te vertalen

als de basisactiviteiten van het dagelijks leven of zelfzorg (vanaf nu BADL genoemd), ook wel persoonlijke ADL of PADL genoemd, de instrumentele activiteiten, de noodzakelijke taken om zelfstandig te leven (verder IADL genoemd) ook wel huishoudelijke ADL of HADL genoemd en de activiteiten die te maken hebben met arbeid en ontspanning, de 'gevorderde' ADL, ook wel '*luxury activities of daily living*' genoemd

Om een zicht te krijgen op het contextueel handelen van het individu kan men zich baseren op verschillende modellen van ergotherapie, en eveneens op de International Classification of Functioning Disability and Health, afgekort tot ICF (WHO, 2001). Dit wordt verder, onder het punt taxonomieën en modellen uitgewerkt.

#### ▪ **Domeinen van ergotherapie**

De ergotherapie stelt de persoon in staat betekenisvol handelen mogelijk te maken, door de mogelijkheden tot verandering in elk aspect van de 'persoon-omgeving-activiteit' – relatie te analyseren en aan te pakken.

##### **(a) het individu, de cliënt**

De ergotherapie richt zich op de persoon zelf, gebruik makend van een aantal benaderingen gaande van revaliderend, onderhoudend, ontwikkelingsbevorderend, preventief (Townsend, 1997), tot palliatief en comfortzorg. Deze accenten kunnen eveneens voorkomen in de thuiszorg.

##### **(b) De omgeving**

De ergotherapie richt zich op de omgeving. Onder omgeving begrijpen we zowel de fysieke, sociale en institutionele omgeving van de persoon (Townsend, 1997). De interventies van de ergotherapeut kunnen omgevingsaanpassing betreffen (bij voorbeeld woningaanpassing in functie van valpreventie) en hulpmiddelen (bij voorbeeld adviseren van bepaalde hulpmiddelen ter ondersteuning van de zelfzorg). Interventies van de ergotherapeut kunnen zowel gericht zijn op de mantelzorgers als op de professionele zorgers (hef – en tiltechnieken, ADL-advies). Het invloed uitoefenen op overheidsniveau (bij voorbeeld deel uit maken van een werkgroep ergotherapie in de thuiszorg op het kabinet ter bevordering van de mogelijkheden van ergotherapie in de thuiszorg) behoort ook tot de opdracht van de beroepsuitoefenaar.

##### **(c) De activiteit**

De ergotherapeut analyseert de activiteit of taak die de persoon wil uitvoeren met als doel deze aan te passen aan de mogelijkheden en beperkingen van de persoon en de eisen van de omgeving (als voorbeeld kan dienen een advies betreffende een methodeverandering tijdens een keukenactiviteit of gewrichtsbeschermende technieken bij het dragen van lasten bij arthrose en artritis).

Deze verschillende aspecten van het handelen van individuen (individu – omgeving – activiteit) zijn zoals reeds aangegeven onderling interdependent en dienen dan ook quasi tegelijkertijd beschouwd en aangepakt te worden.

#### ▪ **Taakgebieden en interventies**

De ergotherapeutische interventie is, vanuit het beroepsprofiel omschreven, het optimaliseren van het rolgebonden handelen bij de cliënt. De werkwijze die de ergotherapeut hanteert bij het bereiken van die doelstelling is gebaseerd op drie mogelijke taakgebieden; *behandeling, trajectbegeleiding en adviesverlening*. Bij het *behandelen* ligt het accent op een veranderingsproces dat gericht is op het herstel, de ontwikkeling en/of voorkoming van verdere achteruitgang. *Trajectbegeleiden* is gericht naar het leren omgaan met beperkingen om zodoende de handelings-mogelijkheden zo goed mogelijk te benutten. *Adviesverlening* houdt in het geven van advies aan enerzijds

de cliënt zelf of aan derden met als doel het handelen van de cliënt te gaan bevorderen. (Kinébanian, 1998). *Onderzoek en assessment* vormen bij alle drie de taakgebieden een vast onderdeel.

De behandeling van de cliënt houdt in dat men op een methodische wijze een herstel nastreeft van de bij de cliënt aanwezige stoornissen en beperkingen, er worden functies en vaardigheden getraind bij de cliënt. (Het leren omgaan met de beperkingen en het inoefenen van een andere methode om de beperking te compenseren kan hier deel van uitmaken maar is eigenlijk onderdeel van het taakgebied *trajectbegeleiden*.)

Het trainen van functies houdt in het verbeteren, herstellen en ontwikkelen van lichaamsfuncties (fysiologische en mentale functies van het lichaam zoals aandacht, geheugen uithouding,...) en lichaamsstructuren (anatomische onderdelen van het lichaam zoals organen, ledematen en hun respectievelijke onderdelen.) (ICF, 2004)

Het trainen van vaardigheden houdt in dat de functies zoals hierboven beschreven worden geïntegreerd in handelingen of activiteiten.

Adviseren behoort volgens verschillende auteurs (Kinébanian, 1998; Kuiper, 2001; van Uden, 1998) tot het dagelijkse werk van de ergotherapeut. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt in het adviseren van de cliënt zelf en het adviseren aan derden.

Het adviseren van de cliënt houdt in dat men volgens een bepaalde methodiek raad geeft aan de cliënt met als doel zijn handelen te bevorderen door het geven van richtlijnen over categorieën, hulpmiddelen en methodes.

Het adviseren aan derden (mantelzorgers, professionelen, voorzieningen,...) houdt in dat men volgens een bepaalde methodiek raadgevingen geeft aan derden met als doel het handelen van de cliënt te bevorderen door het geven van richtlijnen over voorzieningen, hulpmiddelen en methodes aan derden.

## ▪ **Taxonomieën en modellen**

(a) *International Classification of functioning disability and health (WHO, 2001).*

Om het functioneren van mensen te beschrijven kan een bio-psycho-sociaal model zoals de *International Classification of functioning disability and health* of kortweg ICF gebruikt worden. De ICF erkent het belang van dagelijkse activiteiten in de gezondheidsstatus en stelt dat participatie in het dagelijks leven het resultaat is van de interactie tussen individu en omgeving (MCLAughlin, 2001). De ICF biedt alle gezondheidswerkers een gemeenschappelijke terminologie (MCLAughlin, 2001). Dit laatste is in dit onderzoek uitermate van belang, aangezien we dit onderzoek 'multidisciplinair' opzetten. Daarenboven is de ICF een classificatie die erg goed aansluit bij de ergotherapeutische uitgangspunten (MCLAughlin, 2001). Ergotherapeuten kunnen hun praktijkvoering goed beschrijven aan de hand van de ICF-terminologie.

De ICF beschrijft het menselijk functioneren vanuit drie verschillende perspectieven, zijnde het menselijk organisme (Body Functions and Structures), activiteiten en participatie (het deelnemen aan het maatschappelijk leven) en contextuele factoren (Contextual factors). Onder contextuele factoren dient begrepen te worden: 'Environmental Factors' (externe factoren met betrekking tot de onmiddellijke omgeving en de omgeving in het algemeen) en 'Personal Factors' (persoonlijke factoren). De WHO stelt dat deze persoonlijke factoren belangrijk zijn, maar ze worden, gezien de grote interculturele verschillen onder de lidstaten van de WHO, niet verder uitgewerkt. De ICF kan, daar waar nodig en gewenst, complementair aan de *International Classification of Diseases (ICD)* gebruikt worden (WHO, 2001).

De ICF heeft betrekking op 'alle' mensen. De gehanteerde terminologie wordt neutraal gehouden. Er wordt pas een negatieve term gebruikt wanneer zich een probleem stelt

op één of ander niveau (Devisch et al., 2000). De ICF gebruikt de term 'disability' (functioneringsproblemen) voor stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. De constructen 'beperking' en 'handicap' van de ICIDH worden hierdoor vervangen. De WHO legt zelf geen oorzakelijk verband tussen de verschillende componenten. Dit laat de WHO over aan de gebruikers van de classificatie, die dit, afhankelijk van de betrokken problematiek zelf dienen te onderzoeken en in te vullen (WHO, 2001).

- Lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen

Onder de lichaamsfuncties rangschikt de WHO 8 hoofdstukken, met name (1) de mentale functies, (2) sensorische functies en pijn, (3) stem en spraak, (4) functies van hart en bloedvatenstelsel, hematologisch systeem, afweersysteem en ademhalingssysteem, (5) functies van spijsverteringstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel, (6) functies van urogenitaal stelsel en reproductieve stelsel, (7) functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies. Voor wat betreft de anatomische eigenschappen onderscheidt de WHO (1) de anatomische eigenschappen van zenuwstelsel, (2) oog, oor en verwante structuren, (3) stem en spraak, (4) hart en bloedvatenstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel, (5) spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel, (6) urogenitaal stelsel, (7) structuren verwant aan bewegingsstelsel en (8) huid en aanverwante.

Wat het perspectief van het menselijk organisme betreft dienen we op te merken dat er een gedeeltelijke overlap is tussen dit niveau van de ICF en de ICD. Beiden bevatten een ordening op orgaanniveau (WHO Collaboration Centre The Netherlands, 2001).

- Activiteiten en Participatie

In de ICF wordt geen onderscheid gemaakt tussen activiteiten en participatie. De WHO (2001) geeft aan dat dit onmogelijk is door de culturele verschillen onder de lidstaten. Het perspectief van het handelende individu en het individu als deelnemer aan het maatschappelijke leven kan bijgevolg met de ICF niet apart in kaart gebracht worden. De WHO geeft wel een aantal mogelijke indelingen maar de lijst betreffende activiteiten en participatie kan naar eigen goeddunken gemaakt worden.

Deze component bevat 9 hoofdstukken, met name (1) leren en toepassen van kennis, (2) algemene taken en eisen, (3) communicatie, (4) mobiliteit, (5) zelfverzorging, (6) huishouden, (7) tussenmenselijke interacties en relaties, (8) belangrijke levensgebieden en (9) maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven.

- Externe en persoonlijke factoren

De ICF gebruikt de term externe factoren en verstaat daaronder de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven. Volgens de WHO (2001) zijn er 2 niveaus, met name het individueel niveau (materieel aspecten en persoonlijke contacten) en het sociaal niveau (formele en informele verbanden in de gemeenschap). De WHO (2001) stelt dat deze factoren zowel belemmerend als faciliterend kunnen zijn. Zoals vermeld, geeft de ICF geen classificatie van persoonlijke factoren, die door de meeste auteurs belangrijk geacht worden.

- Vermogen en Uitvoering

De ICF maakt een onderscheid tussen de begrippen 'capacity' en 'performance'. De typering 'capacity' of de Nederlandse vertaling ervan, 'vermogen', beschrijft of een individu een taak of een handeling kan uitvoeren in een standaard – of geneutraliseerde omgeving (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2001). 'Performance' of de Nederlandse vertaling 'uitvoering' beschrijft wat iemand in zijn bestaande omgeving daadwerkelijk doet (WHO Collaboration Centre The Netherlands, 2001).



*(b) Canadian Model of Occupational Performance.*

Ergotherapeuten werken binnen een model dat er van uitgaat dat mensen nood hebben aan een 'geëngageerdheid', wat op verschillende manieren en in verschillende rollen geuit wordt. Ze gaan ervan uit dat dit een cruciaal effect heeft op de kwaliteit van leven. Adant (2000) stelt het als volgt: *... 'Als ergotherapeuten gaan we er van uit dat de levenskwaliteit van mensen grotendeels bepaald wordt door hun vaardigheid in activiteiten van het dagelijks leven, productieve activiteiten (studies, beroep, huishoudelijke taken) en vrijetijdsactiviteiten, die zij met een zo groot mogelijke autonomie en onafhankelijkheid uitoefenen.' ...* In het model van de ergotherapie is betekenisvol handelen belangrijk voor de kwaliteit van leven. Betekenisvol handelen situeert zich op drie domeinen: zelfzorg, ontspanning en productiviteit, welke gebaseerd zijn op een interactie tussen mentale (bestaande uit cognitie, affectie en volutie), fysieke (motorische en sensorische functies), socio-culturele (waarden, normen, ontwikkelingsfase, levenssituatie) en spirituele (betekenisgeving) componenten van het individu. De essentie van een gezond functionerend persoon is de uitgebalanceerde integratie van al deze componenten (Townsend, 1997).

Ergotherapeuten kiezen op basis van verschillende factoren een bepaald model om te hanteren in de praktijk. Veel gebruikte modellen zijn het Adaptation Trough Occupation model (Sanderson & Reed, 1987), het model of Human Occupation (Kielhofner, 1995) en het Canadian Model of Occupational Performance (Townsend, 1997)

Binnen dit onderzoeksproject is de keuze gemaakt om het Canadian Model of Occupational Performance (hierna afgekort als CMOP en afgebeeld in figuur 2.1) te gebruiken als kader omwille van de cliëntgerichte visie. Het CMOP biedt tevens een gestructureerd model aan om methodisch te werk te gaan in de praktijkvoering; het 'Occupational Performance Proces Model' (hierna OPPM genoemd en afgebeeld in figuur 2.2)

Het CMOP wordt voorgesteld als een driedimensionale illustratie die de dynamische relatie moet uitdrukken tussen de domeinen van ergotherapie met name de persoon of het individu (person), de betekenisvolle activiteit (occupation) en zijn omgeving (environment).

Centraal in het model wordt het woord spiritualiteit (spirituality) aangehaald. De auteurs van dit model verwijzen hiermee naar de intrinsieke waarde, de overtuiging, de drijfveer van personen om te komen tot betekenisvol handelen. De CMOP stelt spiritualiteit centraal als wezenlijk onderdeel van de persoon en beschrijft het als (1) de essentie van het ik, (2) het echt mens zijn, (3) de expressie van je wil, (4) de bron van zelfbepaling en persoonlijke controle en (5) de gids om keuzes te maken.

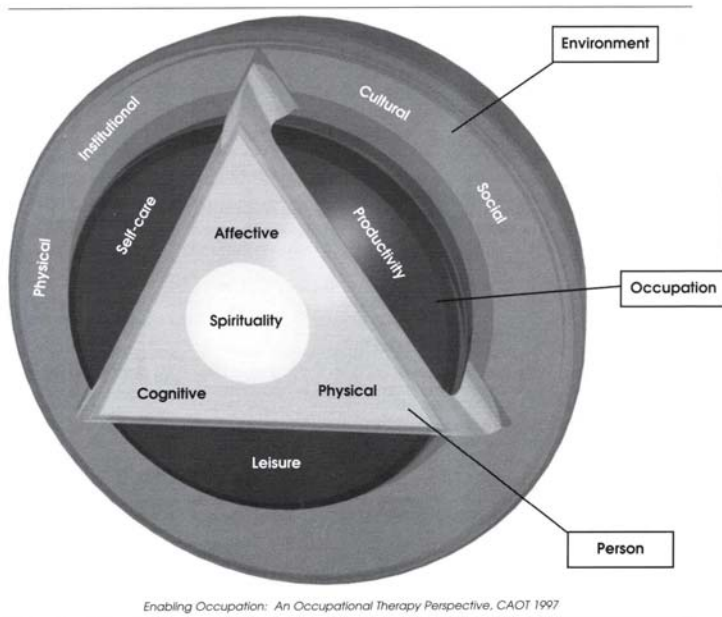
Verder wordt de persoon gezien vanuit een holistisch standpunt en beschreven als een geïntegreerd geheel van affectieve, cognitieve en fysische handelingscomponenten.

De betekenisvolle activiteit (occupation) wordt volgens het CMOP omschreven als '*activiteiten en taken uit het dagelijkse leven, de genoemd en georganiseerd worden, waarde en betekenis krijgen door individuen en de cultuur*' (Townsend, 1997). Deze activiteiten kunnen zich manifesteren op drie gebieden: zelfzorg (self-care), productiviteit (productivity) en ontspanning (leisure).

De omgeving wordt omschreven als de context buiten het individu, die faciliterend of remmend kan werken op het handelen van de persoon. De omgeving wordt ingedeeld in volgend componenten: (1) de culturele omgeving, (2) de fysische omgeving, (3) de sociale omgeving en (4) de institutionele omgeving.

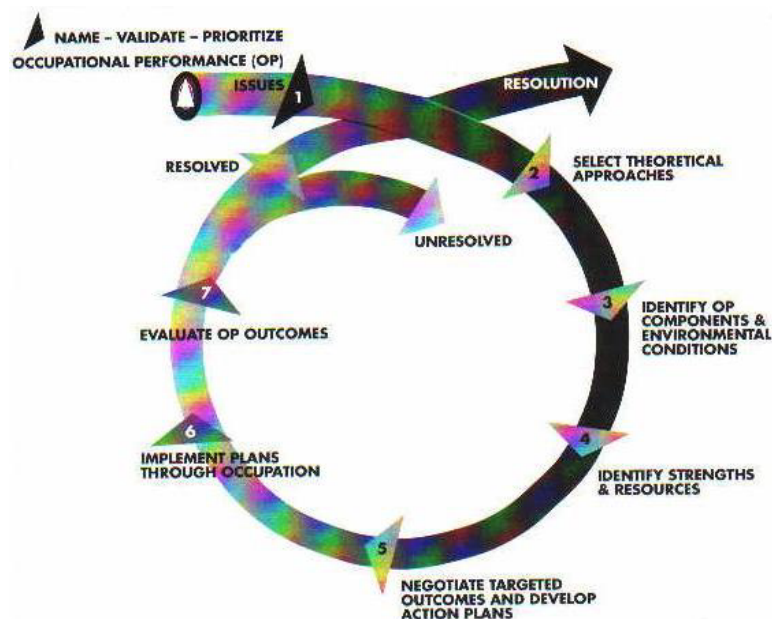
De analyse van de omgevingsfactoren geeft aan of de persoon wordt in staat gesteld (enabling) om te handelen of hierdoor wordt verhinderd.

Figure 1: Canadian Model of Occupational Performance



Figuur 2.1 CMOP, het Canadian Model of Occupational performance.

Naast het CMOP hebben de auteurs ook een procesmodel ontwikkeld, het OPPM. Dit OOPM is een cliëntgericht procesmodel waarin via 7 stappen het ergotherapeutische proces beschreven wordt. Het model heeft de bedoeling te starten vanuit een behoeftepeiling bij de cliënt. De 7 stappen worden verder toegelicht in de volgende paragrafen. In deze voorstelling worden de 7 stappen als afzonderlijke stappen voorgesteld, maar in het klinisch handelen van de ergotherapeut kenmerkt dit proces zich door een voortdurend heen en weer bewegen tussen de verschillende deelstappen, en wordt het proces steeds aangepast aan de noden van de cliënt.



Figuur 2.2 OPPM, Occupational Performance proces Model

### **Fase 1: benoemen, valideren en prioriteren van problemen in het handelen.**

In een eerste contact wordt een interview afgenomen en wordt informatie verzameld over problemen in het handelen die voor de cliënt van belang zijn. De ergotherapeut kan gebruik maken van specifieke instrumenten om dit gesprek te structureren. Eén van die instrumenten is het Canadian Occupational Performance Measure (COPM). De COPM is een gestandaardiseerd instrument bestaande uit een semi-gestructureerd interview dat de individuele perceptie van de cliënt betreffende de uitvoering van taken uit het dagelijks leven meet. De cliënt wordt eerst gevraagd om vijf activiteiten te identificeren die voor hem of haar belangrijk zijn en waar hij of zij moeilijkheden mee ondervindt. Men scoort de mogelijkheid tot uitvoering van de activiteit op een Likertschaal van één tot tien. Eén betekent onmogelijk om uit te voeren, tien is zeer goed mogelijk. Daarna geeft de cliënt aan in welke mate hij tevreden is met de uitvoering van de activiteit. Op die manier worden mogelijke doelstellingen geselecteerd. De totale performansescore op het COPM bestaat uit de score van alle activiteiten gedeeld door het aantal activiteiten. Het COPM helpt dus om ergotherapeutische interventies client-centred richting te geven, omdat het client-centred outcomes meet. Wanneer de cliënt geen problemen aanbrengt, stopt hier de ergotherapeutische behandeling.

### **Fase 2: selecteren van een theoretische basis**

De aangebrachte problemen worden door de ergotherapeut geanalyseerd en een theoretische benadering wordt geselecteerd. Daarvoor gebruikt de ergotherapeut de eerder beschreven modellen of taxonomieën.

### **Fase 3: inventariseren van handelingscomponenten en omgevingsfactoren**

Aan de hand van de beschreven ergotherapeutisch modellen wordt het handelen verder geanalyseerd. Aangepaste meetinstrumenten kunnen hier dienstig zijn. Te denken valt bij voorbeeld aan de Assessment of Motor of Process Skills (AMPS). Dit is een instrument dat aan de hand van een tweetal taken uit het dagelijkse leven, door de cliënt zelf gekozen, het handelen van de cliënt analyseert en de zwakke en sterke punten duidelijk maakt. Het geeft tevens duidelijk richting aan mogelijke ergotherapeutische interventies.

### **Fase 4: inventariseren van sterke punten en hulpbronnen**

De sterke punten en hulpbronnen van de cliënt en ergotherapeut die een bijdrage kunnen leveren aan het ergotherapeutisch proces, worden geïnventariseerd.

### **Fase 5: onderhandelen over einddoelen, ontwikkelen van een actieplan**

De cliënt en de ergotherapeut onderhandelen over de einddoelen die de cliënt wil behalen en ontwikkelen samen een actieplan. Hierin wordt gespecificeerd wat de cliënt en de ergotherapeut zullen doen om de doelen te bereiken.

### **Fase 6: implementeren van acties volgens het vooraf gestelde doel.**

De plannen worden geïmplementeerd en voortdurend geëvalueerd en bijgesteld. Nieuwe actieplannen kunnen gemaakt worden, doelen kunnen bijgesteld worden.

### **Fase 7: evalueren van het effect van de therapie.**

Wanneer de gestelde einddoelen zijn bereikt wordt de behandeling afgesloten. Indien blijkt dat dit niet het geval is, kan (een deel van) het proces herhaald worden.

### 2.2.4.3. Kwaliteitszorg

Kwaliteit in de gezondheidszorg wordt bepaald door het al dan niet werken volgens een bepaalde methodiek. Deze methodiek impliceert het gebruik van een kwaliteitsinstrumenten zoals standaarden, protocollen en richtlijnen die toelaten de gevolgde methode (behandeling, interventie,...) te toetsen en naar waarde te schatten. Het bijhouden van gegevens volgens een systematiek leidt tot het zichtbaar maken van het ergotherapeutisch handelen en laat toe dit handelen aan te passen en te verbeteren.

Een ander aspect van kwaliteitszorg is het werken volgens de procedures van Evidence Based Practice (EBP). EBP vindt zijn oorsprong in Evidence Based Medicine (EBM) dat volgens Rosenberg en Donald (1995) beschreven wordt als *'het proces waarbij gezocht wordt naar wetenschappelijk bewijsmateriaal, het gevondene wordt getaxeerd en wordt toegepast in klinisch handelen.'*

Uit deze definitie blijkt dat EBM zich vooral richt op bewijs dat gebaseerd is op wetenschappelijk onderzoek. De kerngedachte in een medisch model is lineair en is gestoeld op het toepassen van een aantal gestandaardiseerde procedures. Dit oorspronkelijke medische model heeft inmiddels plaats gemaakt voor een eerder psychosociaal model en EBM werd vervangen door EBP, wat meteen ook benadrukt dat het niet enkel gaat om medische beroepen maar ook om paramedische beroepen. Miller en Lee (2003) bevestigen dit argument en stellen dat het ergotherapeutisch proces niet lineair kan opgevat worden zoals in het bovengenoemde medische denken. Ze beargumenteren dat ergotherapie beschreven wordt als een dynamisch proces dat niet in een rigide procedure kan gegoten worden. Om deze reden geven Miller en Lee (2003) aan dat tijdens het klinisch handelen de volgende zaken in acht moeten worden genomen; (a) de waarden en de normen, (b) de kennis en (c) de ervaringen van zowel de clinicus als van de cliënt. In een cliëntgerichte dienstverlening is het opnemen van deze bijkomende gegevens in het klinisch handelen een belangrijke meerwaarde. Het faciliteert participatie of de maatschappelijke deelname. Miller en Lee (2003) omschrijven dit als volgt: *"Clients bring knowledge about their life experiences and their hopes and dream to the clinical context. The clients knowledge and experiences should be explicitly integrated into the process of evidence-based clinical decision making in occupational therapy. Otherwise we neglect occupational therapy's unique focus on occupation and daily life activities and the application of an intervention process that facilitates engagement in occupation to support participation in life."*

Een definitie die hierbij dicht aanleunt, is deze van Kuiper et al. (2003):

*'Evidence-based practice is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van evidence-based practice impliceert dat de paramedicus zijn individuele klinische deskundigheid integreert met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, en combineert met de waarden en voorkeur van de patiënt.'*

EBP is gericht op het verbeteren van de kwaliteitszorg en op een verhoging van de efficiëntie in het klinisch handelen van de ergotherapeut.

#### 2.2.4.4. Beroepsvereniging

In 1962 wordt de Nationale Belgische Federatie voor Ergotherapeuten – Fédération Nationale Belge des Ergothérapeutes (NBFÉ-FNBE) opgericht. (Belgisch staatsblad van 31 oktober 1963). De Federatie wordt in 1968 lid van de World Federation of Occupational Therapists (hierna afgekort als WFOT) en tevens erkend door de WFOT. De oprichting van de Belgische federatie is een belangrijke stap in het professionaliseringsproces. De beroepsfederatie vertegenwoordigt de Belgische ergotherapeuten op nationaal en internationaal vlak.

De beroepsvereniging fungeert als netwerk om de belangen van de Belgische ergotherapeuten te bepleiten bij de federale overheid en op nationaal vlak zoals het RIZIV, de nationale raad voor paramedische beroepen en de technische raad voor Paramedische beroepen. Tevens pleit de federatie voor een betere erkenning van het beroep. Op internationaal vlak worden er contacten onderhouden met ondermeer de WFOT.

In 1970 wordt het Vlaams Ergotherapeutenverbond opgericht (Hierna afgekort als VE), en in 1973 volgt de Franstalige vereniging, Association des Ergotherapeutes (hierna als AE afgekort).

Het VE groepeerde de Nederlandstalige ergotherapeuten en maakt samen met de AE deel uit van de NBFÉ. Deze verenigingen vormen dus slechts 1 Belgische beroepsvereniging.

De doelstellingen van het VE worden door de beroepsvereniging als volgt omschreven:

- De kwaliteit van het beroep te bevorderen en te beschermen;
- De belangen van haar leden op alle niveau's te behartigen;
- Ergotherapie bij verschillende overheden en belangrijke derden bekend te maken en te promoten.

Het VE fungeert als netwerk om de belangen van de Nederlandstalige ergotherapeuten te bepleiten bij de Vlaamse en regionale overheden. Het VE beargumenteert de absolute noodzaak aan een groot aantal leden zoals beschreven op de officiële website van het VE: *'hoe meer ergotherapeuten lid zijn van de beroepsvereniging hoe sterker haar onderhandelingspositie is bij de overheid en nationale instanties en raden.* ([www.ergotherapie.be](http://www.ergotherapie.be))

De vzw EDiTh (zie ook 2.2.3.3) werkt onder het mandaat van het VE.

## 2.3 Ergotherapie en thuiszorg

*'Occupational therapy in primary care helps to prevent the need for admission to hospital, helps to facilitate early discharge home; and helps to optimise and maintain functional independence and safety for those who are beginning to fail at home, or are already failing to cope at home'* (College of Occupational Therapists, 1993).

Dit citaat uit de beroepsvereniging van ergotherapeuten in het Verenigd Koninkrijk duidt op de waarde die een ergotherapeut heeft in de eerstelijnszorg. De ergotherapeut voorkomt een opname in het ziekenhuis en faciliteert het ontslag. Een ergotherapeut optimaliseert het functioneel en zelfstandig leven voor diegenen die moeite hebben (of er niet meer in slagen) om zich te handhaven in de thuissituatie.

### 2.3.1 Situering in België

In het Belgisch beroepsprofiel van de ergotherapeut wordt ook verwezen naar de functie die de ergotherapeut zou kunnen vervullen in de eerstelijnszorg. Een van de tewerkstellingssectoren of werkvelden waar de Belgische ergotherapeut terecht kan, is de thuiszorg:

*'de essentie van ergotherapie maakt dat ergotherapeuten kunnen tewerkgesteld worden in de welzijns- en in de gezondheidszorg van de 1<sup>ste</sup>, 2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> lijn, zoals thuiszorg'* (Beroepsprofiel ergotherapeut, 1998).

In België is er weinig wetenschappelijk onderzoek gebeurd naar de waarde van de ergotherapeut in de eerstelijnszorg en in de thuiszorg. In het buitenland is dit wel het geval.

In België kunnen een aantal onderzoeken de nood aan ergotherapie aanduiden, in de besluitvorming wordt er weliswaar geen standpunt rond ergotherapie ingenomen. Aan de KU Leuven, Gasthuisberg is in 2003 een onderzoek gedaan naar de haalbaarheid van een multifactorieel interventieprogramma voor screening en assessment van valproblematiek in de thuiszorg. Het interventieprotocol kan bijdragen tot een hogere kwaliteit van de huidige ouderenzorg (Dierickx et al, 2003).

Er werden twee huisbezoeken voorzien bij thuiswonenden ouderen (27 van hen met een verhoogd risico op vallen) Na het eerste huisbezoek werden een aantal aanbevelingen gedaan om het risico op vallen te voorkomen. De meest aanbevelingen werden perfect opgevolgd, met uitzondering van het advies voor gezichtsproblemen (12,5%) en het gebruik van een hulpmiddel (0%).

*'Het inschakelen van een referentieverpleegkundige voor de evaluatie van risicofactoren en follow-up zal de implementatie van het programma in de dagelijks praktijk meer haalbaar maken'* (Dierickx et al, 2003).

Het niet kunnen opvolgen van het advies om een hulpmiddel te gebruiken kan verschillende redenen hebben; de oudere thuiswonende persoon weet niet waar een hulpmiddel aan te schaffen, weet niet hoe een hulpmiddel terugbetaald kan worden, de oudere wil geen hulpmiddel of weet niet hoe hij het kan gebruiken,...

Meeus heeft in 2001 een onderzoek gedaan naar het gebruik van hulpmiddelen en komt tot de volgende vaststelling:

*'De rol van de ergotherapeut is heel wat breder dan alleen maar aanpassingen voorstellen. Zijn werk is in grote mate een educatief werk volgens een methodiek waar de patiënt progressief gevaren identificeert, risico's evalueert en nieuwe gedragspatronen bepaalt. De specifieke rol van de ergotherapeut ligt niet in het uitkiezen van*

*hulpmiddelen maar in een actieve experimenterende samenwerking met de patiënt en zijn omgeving' (Meeus, 2001).*

In België is ergotherapie in de thuiszorg vooral het werk van vrijwilligers – ergotherapeuten. Het hangt het af van lokale projecten en het inzicht en voornamelijk de 'goodwill' van directies, die het belang van ergotherapie in de thuiszorg inzien en er tijd en budget voor willen vrijmaken. Met andere woorden: ergotherapie in de thuiszorg is eerder fragmentarisch.

Nochtans verwijst bijvoorbeeld gewezen minister van Sociale zaken en Pensioenen Vandenbroucke in een beleidsnota omtrent 'Actief Ouder worden' (2001) naar het belang van de ergotherapie in de thuiszorg. Ook professor Baeyens (2002) geeft aan dat een huisbezoek van de ET zeer belangrijk kan zijn om een succesvol ontslag te realiseren en heropname te voorkomen.

Door het feit dat deze projecten niet in een bredere organisatie of breder kader zijn opgenomen en geen wettelijk geregelde basis hebben, is het moeilijk ze in kaart te brengen.

In België werken ongeveer 5150 ergotherapeuten en elk jaar studeren een 500-tal ergotherapeuten af. Een tiental ergotherapeuten werken privé (in bijberoep). Aangezien er geen wettelijk kader is voor terugbetaling voor ergotherapeutische interventies betaalt de cliënt zelf of is er in het beste geval een terugbetaling via de aanvullende verzekering van de mutualiteit (werkgroep nomenclatuur, 2001).

### **2.3.2 Buitenlandse voorbeelden**

In het buitenland is ergotherapie in de thuiszorg reeds beter ingeburgerd. De landen die het meest publiceren betreffende dit onderwerp worden in volgende hoofdstukken nader bekeken. Het verdient de nodige aandacht dat in deze landen de gezondheidszorg anders is opgebouwd en dat daarom vergelijkingen niet altijd zo evident zijn.

#### **(a) Verenigd Koninkrijk.**

Ergotherapie is in het Verenigd Koninkrijk nog en zeer jonge discipline, en bij het brede publiek niet gekend. Kutyn (1990) voegt in haar onderzoek naar de rol van de ergotherapeut in de eerstelijns een aantal ergotherapeuten toe aan een eerstelijnssteam. Ze omschrijft dat het begrijpen van de rol van de ergotherapeut in de eerstelijnszorg veel verbeterd is sedert dit toevoegen. De andere disciplines krijgen op die manier een beter zicht op de taakgebieden van de ergotherapeut die omschreven worden als:

- het instrueren van activiteiten van het dagelijkse leven;
- het voeren van functioneel onderzoek en;
- adviesverlening aan zorgverstrekkers en cliënten.

De ergotherapeuten zelf zagen hun werk als het overbruggen van de leemte tussen het ziekenhuis en de sociale voorzieningen in de gemeenschap voor thuiswonende mensen.

Anderzijds wijzen studies uit dat de huisartsen vragende partij zijn om het aantal zorgverstrekkers uit te breiden in de eerstelijnszorg; verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en andere disciplines zouden de basis moeten vormen van een eerstelijnssteam (Noakes, 1992).

Uit een longitudinale studie van Tyrell en Burn (1996) blijkt dat de functionaliteit (inclusief de tevredenheid over het handelen) van de patiënt verbetert na een ergotherapeutische interventie. Functioneel gezien gaven de meeste patiënten aan een verbetering te merken in 'zelfredzaamheid'. Uit dit onderzoek besluit men dat de ergotherapeut een waardevol lid is van het eerstelijnssteam.

## **(b) Zweden**

In Zweden is de ergotherapie in de thuiszorg reeds verscheidene jaren goed ingeburgerd.

Lilja en Borrel (2001) onderzoeken vanuit een ergotherapeutisch standpunt 'therapy practice patterns' bij oudere thuiswonende personen. Het doel van hun onderzoek was nagaan welke taken (interventies) een ergotherapeut vervult in de thuiszorg.

'De ergotherapeut in de thuiszorg houdt zijn focus op het ontwikkelen en onderhouden van vaardigheden bij de cliënt en z'n omgeving en/of het aanpassen van de omgeving om het ADL-functioneren te verbeteren'

De gebruikte terminologie om de interventiedomeinen van een ergotherapeut te beschrijven zijn gebaseerd om het COTIS (Classification of Occupational Therapy Intervention System), opgesteld door de Zweedse beroepsfederatie van ergotherapeuten (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, FSA, 1994).

*'COTIS provides a structure for classifying and naming all the different kinds of services that occupational therapists could provide in a coherent way' (FSA, 1994).*

Men kwam in dit onderzoek tot de vaststelling dat de belangrijkste taken van de ergotherapeut in de thuissituatie te verdelen zijn in

- occupational therapy assessment (16%);
- treatment, training (29%);
- assistive devices (15%);
- environmental interventions (6%);
- prevention (14%);
- information, consultation and supervising (20%).

## **(c) Nederland**

In Nederland is ergotherapie in de eerste lijn de laatste jaren in een stroomversnelling geraakt. In een 'Algemeen Overleg' van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 1995 werden de problemen met betrekking tot de ergotherapie in de eerste lijn besproken. In dit overleg werd afgesproken om de mogelijkheden van 'Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie' (EEE) te onderzoeken (Nederlands staatsblad, 2000). Met EEE wordt in dit kader bedoeld *'de behandeling door een ergotherapeut van een verzekerde los van de overige revalidatie -, verpleeg - en ziekenhuiszorg'* (Nederlands staatsblad, 2000). EEE kan geleverd worden via ergotherapeuten verbonden aan instellingen of door vrijgevestigde ergotherapeuten. De kwaliteitseisen die aan EEE worden gesteld, vallen onder de kwaliteitswet op de instellingen en de wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (de wet BIG). Er is declaratie - en registratieplicht (Nieuwsbrief NVE, 2000). Er is een klachtenprocedure voorzien en een folder in verband met klachten en klachtencommissie (Nieuwsbrief NVE, 2001). EEE werd gesubsidieerd à rato van 10 uren per cliënt per jaar en werd zo ook voorzien in het ziekenfondspakket.

In een eerste fase van het project, die liep van half 1996 tot einde 1997, werd, via een subsidieregeling, de opnemng van EEE in het ziekenfondspakket voorbereid. Deze periode was echter te kort en leverde niet voldoende cijfermateriaal om te besluiten dat EEE kostenbesparend zou zijn, mede door het feit dat EEE onbekend was bij de



verwijzers. Men kon wel vast stellen dat EEE nuttig was. Daarom werd de subsidie-regeling met twee jaar verlengd.

In een evaluatieonderzoek van EEE door het Instituut voor strategisch consumenten-onderzoek (SWOKA) werden volgende vaststellingen gedaan. We bespreken enkel die resultaten die relevant zijn voor de situatie in België.

De ontvangers van EEE bleken voor 65 % ouder dan 60 jaar te zijn. Slechts 2 % van de ontvangers is jonger dan 20 jaar. De verwijzers bleken vooral huisartsen (65%) en in mindere mate revalidatie-artsen (16%), medische specialisten (13%) en verpleeghuisartsen (4%) te zijn.

Voor wat betreft de huisartsen zijn slechts twee derden op de hoogte van de subsidieregeling voor EEE en slechts de helft weet wat ergotherapie betekent voor de cliënt.

In welke mate de maximaal toegestane behandelduur van 10 uur per jaar voldoende is per cliënt, werd ook onderzocht. Deze bleek bij 5% van de cliënten niet voldoende. In een onderzoek van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie bleek dat dit voor 12 % van de cliënten niet voldoende was (Nieuwsbrief NVE, 2000). Diegene voor wie de 10 uur EEE niet toereikend was, waren vooral cliënten met een specifiek ziektebeeld, zoals CVA-patiënten, patiënten met chronische klachten, meervoudige problematiek of een progressief ziektebeeld.

Na bestuderen van de gegevens deed de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie de aanbeveling EEE voor 20 uur te voorzien voor cliënten met een ziektebeeld dat voorkomt op de 'chronische lijst van de fysio – en oefentherapie' (Nieuwsbrief NVE, 2000). Voor iets meer dan de helft van de cliënten voor wie 10 uren EEE onvoldoende bleek, werd op een andere manier financiële tussenkomst bekomen, bv privé verzekering, de behandeling zodanig plannen dat een deel van de behandelingen in het volgend jaar kan plaatsvinden, ... (Rapport EEE uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1991; Nieuwsbrief NVE, 2000). Men onderzocht ook de substitutie van zwaardere zorg door lichtere zorgvormen, zoals ergotherapie. Bij één op vijf cliënten bleek substitutie te hebben plaatsgevonden. In 18 % van de gevallen werd dit bereikt doordat dagbehandeling of opname in een intramurale voorziening werd voorkomen of uitgesteld.

De onderzoekers meldden dat veel respondenten een verbetering van de kwaliteit van hun leven bestempelden als dé belangrijkste winst van EEE.

Het rapport van het College van Zorgverzekeringen van 1999 maakte dus duidelijk dat EEE voldoet aan de wens tot substitutie van zwaardere zorgvormen door lichtere zorg (Nederlands staatsblad, 2000), de kwaliteit van leven van de cliënt verbetert en de zorgzwaarte van de mantelzorg en professionele zorg vermindert. Het rapport besloot dat EEE een zinvolle aanvulling is in de gezondheidszorg. Men adviseerde dan ook om, met ingang van 1 januari 2001, EEE op te nemen in het ziekenfondspakket.

### **3 Beschrijvend onderzoek naar de situatie van de ergotherapie in de thuiszorg in Oost-Vlaanderen**

Auteurs van dit hoofdstuk:

Dominique Van de Velde,  
Wim Peersman,  
Patricia De Vriendt,  
Agnes Florus,  
Marleen Verbeke.

## **3.1 Probleemstelling**

Uit de literatuur blijkt dat ergotherapie gegroeid is vanuit een intramurale setting (zie punt 2.2.3.2, intramurale ergotherapie) en dat pas de sinds de jaren 1980 stemmen opgaan om ergotherapeutische interventies uit te voeren in de thuiszorg (zie punt 2.2.3.3 evolutie van intramurale naar extramurale ergotherapie). Het ontbreekt echter aan concrete, beschrijvende informatie over de tewerkstelling van de ergotherapeut in de thuiszorg in Oost-Vlaanderen. Nochtans, als we willen nagaan welke rol de ergotherapeut opneemt in de thuiszorg en hoe het aanbieden van ergotherapie in de thuiszorg de kwaliteit van deze zorg kan verbeteren, dan is het nodig om een zicht te hebben op de huidige toestand van de ergotherapie en de plaats van de ergotherapeut in de Oost-Vlaamse thuiszorg.

## **3.2 Doel van het onderzoek**

De kennis gegenereerd uit dit eerste onderzoeksluik is bedoeld om een beschrijving te geven van de huidige toestand van de ergotherapie in Oost-Vlaanderen, maar dient tevens als aanzet voor de volgende onderzoeksluiken. De resultaten uit dit onderzoeksluik bepalen mee welke de onderzoekseenheden zullen zijn in het kwalitatief onderzoeksluik betreffende het 'Vlaams Fonds voor Sociale Reïntegratie van Personen met een Handicap' (zie hoofdstuk 4) en de experimentele studie (zie hoofdstuk 5).

## **3.3 Fase 1: telefonische bevraging van de welzijns- en gezondheidszorgorganisaties in Oost-Vlaanderen**

### **3.3.1 Onderzoeksvraag**

De onderzoeksvraag van fase 1 luidt: hoeveel ergotherapeuten werken er in Oost-Vlaanderen, en waar werken ze?

Doel:

1. Zicht krijgen op het aantal ergotherapeuten uitgedrukt in het aantal voltijds-equivalenten verbonden aan een welzijns- en gezondheidszorgorganisatie met activiteiten in Oost-Vlaanderen.
2. Samenstellen van het steekproefkader nodig voor de schriftelijke bevraging van de ergotherapeuten

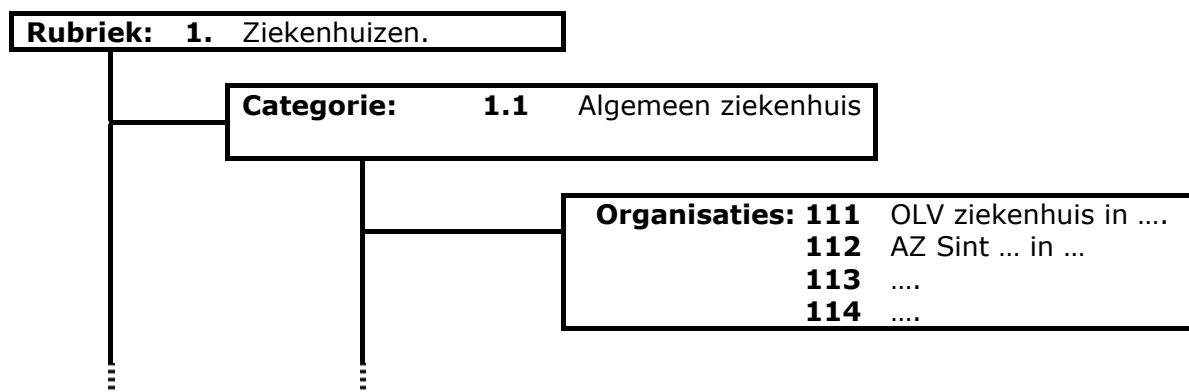
### **3.3.2 Methode**

#### **3.3.2.1 Onderzoekseenheden**

De onderzoekseenheden zijn alle welzijns- en gezondheidszorgorganisaties met activiteiten in Oost-Vlaanderen waar er eventueel een ergotherapeut kan tewerkgesteld zijn.

De selectie van de onderzoekseenheden gebeurde op basis van de sociale kaart van de provincie Oost-Vlaanderen (SOKA, 2002). De sociale kaart van Oost-Vlaanderen is onderverdeeld in rubrieken om de volledige welzijns- en gezondheidszorg te structureren. Elke rubriek wordt onderverdeeld in een aantal categorieën. Elke categorie bestaat uit een aantal welzijns- en gezondheidszorgorganisaties.

Op die manier is een thesaurus opgebouwd die verduidelijkt wordt in figuur 3.1.



Figuur 3.1 Thesaurus gebaseerd op de sociale kaart.

Er zijn op basis van de tewerkstellingssectoren of werkvelden beschreven in het beroepsprofiel (zie 2.2.2 tewerkstellingssectoren of werkvelden voor ergotherapeuten) en de ervaringsdeskundigheid van de onderzoeksgroep dertien rubrieken weerhouden waar mogelijks ergotherapeuten werkzaam zijn: (1) Ziekenhuizen, (2) revalidatiecentra, (3) ouderenzorg, (4) geestelijke gezondheidszorg, (5) gehandicaptenzorg, (6) thuiszorg, (7) mutualiteiten, (8) OCMW, (9) Jongeren, (10) Materiële hulp, (11) Onderwijs, (12) vrijwilligerswerk en (13) de centra voor algemeen welzijnswerk.

De lijst van rubrieken en categorieën werd voorgelegd aan een groep deskundigen uit de thuiszorg teneinde zekerheid te hebben dat alle relevante rubrieken en categorieën in de lijst zijn opgenomen. Op basis van hun feedback werden twee categorieën toegevoegd aan rubriek 4 geestelijke gezondheidszorg namelijk de '*transmurale psychiatrische zorg*' en de '*psychiatrische thuiszorg*' welke nog niet waren opgenomen in de sociale kaart van Oost-Vlaanderen omwille van recente ontwikkelingen. De organisaties ressorterend onder deze twee categorieën werden ons doorgegeven door de deskundigen.

Aan alle categorieën werd een code gegeven (vb code 1.1: algemeen ziekenhuis onder rubriek 1 ziekenhuizen). De volledige lijst met rubrieken en de bijhorende categorieën zijn weergegeven in 9.3.1 indeling van de sociale kaart.

Elke organisatie kreeg een uniek identificatienummer. Organisaties kunnen voorkomen onder verschillende categorieën, en dus ook in verschillende rubrieken. De organisaties vormen de onderzoekseenheden voor de telefonische enquête.

### **3.3.2.2 Dataverzameling**

Alle organisaties in de lijst (N=1282) werden op een gestandaardiseerde manier telefonisch bevestigd (zie 9.3.2, telefonische enquête) in de periode van 15 juni tot 31 juli 2003. Er werd geïnformeerd of er ergotherapeuten werkzaam zijn in de organisatie. Indien dit het geval was werd gepeild naar het aantal ergotherapeuten en het aantal fulltime equivalenten. Om in fase 2 de schriftelijke enquête ten persoonlijke titel te kunnen versturen werd tevens gevraagd naar de namen van de ergotherapeuten. De namen konden ofwel rechtstreeks doorgegeven worden tijdens het telefoongesprek, of via fax of E-mail. Indien geweigerd werd de namen door te geven, werd gevraagd of de schriftelijke enquête door een contactpersoon kon worden bezorgd aan alle in deze organisatie tewerkgestelde ergotherapeuten (zie fase 2: schriftelijke enquête).

Indien het niet mogelijk was om de organisatie bij de 1<sup>e</sup> contactpoging te bereiken of indien er niemand beschikbaar was om de gestelde vragen te beantwoorden werd deze op een later tijdstip opnieuw gecontacteerd (maximaal 4 maal).

### **3.3.2.3 Variabelen in de databank**

De informatie verkregen uit de telefonische enquête werd verzameld in een databank, waarin volgende informatie werd opgenomen:

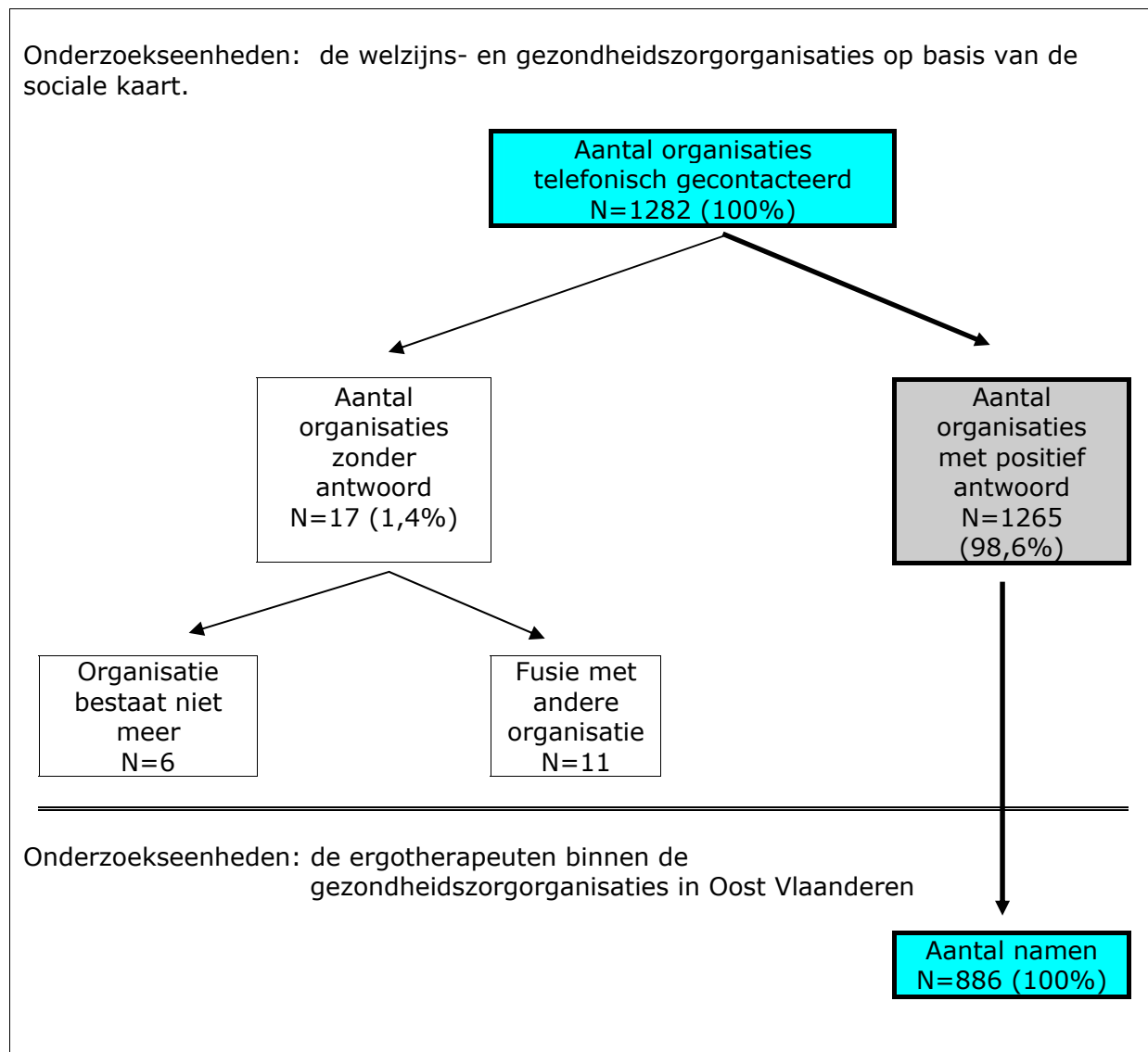
- Een uniek identificatienummer per organisatie.
- De verschillende categorie-code's voor deze organisatie.
- De adresgegevens van de organisatie.
- Het aantal ergotherapeuten tewerkgesteld in deze organisatie.
- Het aantal full-time equivalenten tewerkgesteld in deze organisatie.
- De namen van de ergotherapeuten.

In de databank kreeg elke ergotherapeut een uniek identificatienummer toegewezen. Ook aan ergotherapeuten waarvan de naam niet werd doorgegeven werd eveneens een uniek identificatienummer toegekend met de vermelding 'via contactpersoon'.

Indien een ergotherapeut in twee of meerdere organisaties tewerkgesteld was, dan komt de naam van de ergotherapeut ook meermaals in de lijst voor met telkens een ander identificatienummer.

### 3.3.3 Resultaten van fase 1

Er werden in totaal 1282 welzijns- en gezondheidszorgorganisaties gecontacteerd, waarvan 1265 (98,6%) met een positief resultaat. Bij 17 (1,4%) van de organisaties was het niet mogelijk om een antwoord te krijgen op de gestelde vragen: 6 organisaties bestonden niet meer en 11 organisaties fuseerden met een ander centrum (zie figuur 3.2).



Figuur 3.2

Flowchart 1: onderzoekseenheden: overgang van organisaties als onderzoekseenheden naar ergotherapeuten als onderzoekseenheden.

Als resultaat van deze telefonische bevraging stellen we vast dat er in Oost-Vlaanderen in totaal 597 voltijds-equivalente ergotherapeuten werkzaam zijn in de welzijns- en gezondheidszorgorganisaties.

Om een zicht te krijgen op de tewerkstellingsplaats werden deze cijfers gekoppeld aan de sociale kaart van Oost-Vlaanderen (zie tabel 3.1). Bij de interpretatie van deze gegevens is het belangrijk op te merken dat de welzijns- en gezondheidsorganisaties onder meerdere rubrieken kunnen

voorkomen (vb revalidatiecentra kunnen ook ressorteren ook onder ziekenhuizen).

Rubriek van de sociale kaart*	Aantal voltijds equivalente ergotherapeuten
1. Ziekenhuizen	168,3
2. Revalidatiecentra	156,9
3. Ouderenzorg	253,4
4. Geestelijke gezondheidszorg	104,5
5. Gehandicaptenzorg	96,9
6. Thuiszorg	18,6
7. Mutualiteiten	4,0
8. OCMW	12,6
9. Jongeren	4,8
10. Materiële hulp	9,0
11. Onderwijs	38,5
12. Vrijwilligerswerk	2,0
13. Centrum algemeen welzijnswerk	3,7
Alle sectoren samen	597

\* organisaties kunnen in meerdere rubrieken voorkomen

Tabel 3.1

Aantal ergotherapeuten werkzaam in Oost-Vlaanderen, uitgedrukt in voltijds equivalenten, per rubriek van de sociale kaart.

Tot nu toe zijn de onderzoekseenheden de welzijns- en gezondheidszorg-organisaties van Oost-Vlaanderen. Het resultaat uit dit eerste luik levert ons tevens de onderzoekseenheden voor de schriftelijke enquête, namelijk de ergotherapeuten werkzaam binnen de gezondheidsorganisaties. In figuur 3.2 wordt deze overgang verduidelijkt aan de hand van een flowchart. De telefonische bevraging leverde uiteindelijk 886 namen op aan wie in fase 2 een schriftelijke enquête is toegestuurd.

## **3.4 Fase 2: schriftelijke bevraging van de ergotherapeuten**

### **3.4.1 Onderzoeksvragen**

#### **A. Algemene onderzoeksvragen:**

1. Wat is het profiel van de ergotherapeut in Oost-Vlaanderen?
  - a. Geslacht, leeftijd?
  - b. In welke mate zijn de ergotherapeuten aangesloten bij de beroepsvereniging?
  - c. In welke mate volgt de ergotherapeut bijscholingen over zijn beroepsuitvoering?
  - d. Op welke praktijkmodellen baseert de ergotherapeut zich voor zijn beroepsuitvoering?
2. Hoe is de werksituatie van de ergotherapeut in Oost-Vlaanderen?
  - a. Hoe is de tewerkstellingsbreuk van de ergotherapeut?
  - b. Is er een taakomschrijving 'ergotherapie' waarop de ergotherapeut zich kan baseren?
  - c. Worden er naast ergotherapie ook andere taken vervuld?
  - d. Met welke patiënten, leeftijdsgroepen en problematieken werkt de ergotherapeut?
3. Met welke andere disciplines werkt de ergotherapeut samen?

#### **B. Onderzoeksvragen betreffende de ergotherapie in de thuiszorg:**

1. Hoeveel personen zijn werkzaam in de thuiszorg?
2. Vanuit welke organisatie wordt ergotherapie in de thuiszorg aangeboden?
3. Wat is de functie en de taak van de ergotherapeut in de thuiszorg.
4. Met welke disciplines wordt er samengewerkt in de thuiszorg.
5. In hoeverre is de ergotherapeut betrokken in overlegplatforms en wat is zijn functie hierin?
6. Welke cliënten (problematiek, pathologie, leeftijd...) worden voornamelijk door de ergotherapeut behandeld?
7. Op welke manier gaat de ergotherapeut te werk tijdens zijn interventie?
8. Wat houdt de ergotherapeutische interventie in?
9. Wie betaalt er voor de ergotherapeutische interventie?

### **3.4.2 Methode**

#### **3.4.2.1 Onderzoekseenheden**

De onderzoekseenheden zijn de ergotherapeuten verbonden aan de welzijns- en gezondheidszorgorganisaties in Oost-Vlaanderen, verkregen op basis van de telefonische enquête (zie punt 3.3 fase 1).



### **3.4.2.2 Dataverzameling met behulp van een schriftelijke enquête**

Om een antwoord te krijgen op bovenstaande onderzoeksvragen werd een schriftelijke enquête opgesteld (zie bijlage 9.3.3, schriftelijke enquête).

De vragen werden opgesteld op basis van een grondige literatuurstudie (zie punt 2.3 voorstudie in het kader van de onderzoeksluiken) en de ervaringsdeskundigheid van de onderzoeksgroep met betrekking tot het beroep ergotherapie. Er werd geopteerd om zoveel mogelijk te werken met gesloten vragen. In een aantal gevallen was dit niet mogelijk en werden toch enkele open vragen toegevoegd, bijvoorbeeld om de respondent de mogelijkheid te bieden zijn antwoord te verduidelijken.

Om zeker te zijn dat de vragen juist geïnterpreteerd werden door de respondenten werd een proefenquête voorgelegd aan 12 ergotherapeuten uit andere Vlaamse provincies. De proefpersonen vulden onafhankelijk van elkaar de enquête in en konden naderhand in groep feedback voorzien over eventuele onduidelijkheden in de vraagstelling en de lay-out.

Uiteindelijk waren er 886 onderzoekseenheden aan wie een schriftelijke vragenlijst, inclusief een voorgeadresseerde retourenveloppe (port betaald door bestemming) werd toegestuurd met het verzoek deze in te vullen en rechtstreeks terug te sturen naar de onderzoekers.

Indien de namen van de ergotherapeuten door de organisatie waren doorgegeven, werd hun de vragenlijst rechtstreeks op naam toegestuurd (N=658). Was dit niet het geval (N=228) dan werd aan de contactpersoon binnen de organisatie gevraagd de vragenlijsten (in gesloten omslagen) te verspreiden onder alle ergotherapeuten verbonden aan de organisatie.

Ergotherapeuten die meer dan één vragenlijst kregen toegestuurd, omwille van tewerkstelling in meerdere organisaties, werden verzocht alle vragenlijsten terug te sturen. Het gedeelte met vragen die gaan over de organisatie waaraan ze zijn verbonden dienden ze voor elke vragenlijst in te vullen vermits het telkens gaat over een andere organisatie. Het gedeelte dat handelde over de thuiszorg dienden ze slechts op één vragenlijst in te vullen.

De vragenlijsten werden verstuurd op 25 september 2003. Op 25 november 2003 werd opnieuw een vragenlijst verstuurd naar alle ergotherapeuten die de vragenlijst nog niet hadden teruggestuurd met het verzoek dit alsnog te doen.

### **3.4.2.3 Dataverwerking van de schriftelijke gegevens**

De informatie verkregen uit de schriftelijke enquête werd verzameld in een databank. De verkregen informatie uit de enquête werd zonder wijzigingen in de databank opgenomen. De vooraf gecodeerde mogelijke antwoordcategorieën per vraag werden in een numeriek veld opgeslagen, de open vragen werden opgeslagen in een tekstveld.

Bij sommige open vragen is de verkregen tekst achteraf gecodeerd om deze numeriek te kunnen verwerken. Bij andere vragen is geopteerd om dit niet

te doen en de 'beschrijvende gegevens' integraal over te nemen. Bij de bespreking van de resultaten wordt steeds vermeld hoe de verwerking is gebeurd.

### 3.5 Respons

Bij het afsluiten van de dataverzameling van de schriftelijke enquête op 25 januari 2004 zijn 676 van de 886 enquêtes teruggestuurd. Procentueel gezien is er een respons van 76,3%.

Als de resultaten van de teruggestuurde enquêtes gelinkt worden aan de sociale kaart (zie bijlage 9.3.1, indeling sociale kaart) kan de respons per rubriek bekeken worden (zie tabel 3.2).

Rubriek van de sociale kaart*	Aantal (%) teruggestuurd
1. Ziekenhuizen	220 (83,3)
2. Revalidatiecentra	241 (82,5)
3. Ouderenzorg	275 (73,3)
4. Geestelijke gezondheidszorg	133 (73,9)
5. Gehandicaptenzorg	210 (78,9)
6. Thuiszorg	53 (77,9)
7. Mutualiteiten	4 (80,0)
8. OCMW	14 (60,9)
9. Jongeren	5 (100,0)
10. Materiële hulp	5 (50,0)
11. Onderwijs	29 (64,4)
12. Vrijwilligerswerk	3 (100,0)
13. Centrum algemeen welzijnswerk	1 (25,0)
Alle sectoren samen	676 (76,3)

\* respondenten kunnen in meerdere rubrieken voorkomen

Tabel 3.2  
Respons op de schriftelijke enquête, per rubriek van de sociale kaart.

Bij tabel 3.2 dient opgemerkt dat deze is opgemaakt op basis van de verschillende rubrieken van de sociale kaart van Oost-Vlaanderen. Bij de interpretatie van deze gegevens kunnen er enerzijds organisaties (inclusief de ergotherapeuten) onder meerdere rubrieken voorkomen, anderzijds kunnen ergotherapeuten tewerkgesteld zijn in verschillende organisaties.

Voorbeeld 1: ergotherapeut X werkt op een psychiatrische afdeling van een acuut ziekenhuis (PAAZ). Deze PAAZ-dienst valt enerzijds onder de rubriek *ziekenhuizen*, maar eveneens onder de rubriek *geestelijke gezondheidszorg*. Indien ergotherapeut X zijn enquête heeft teruggestuurd is hij 2 maal opgenomen in bovenstaande tabel, eenmaal onder de respons ziekenhuizen, eenmaal onder de rubriek geestelijke gezondheidszorg. Ergotherapeut X wordt gerekend als 1 respondent.

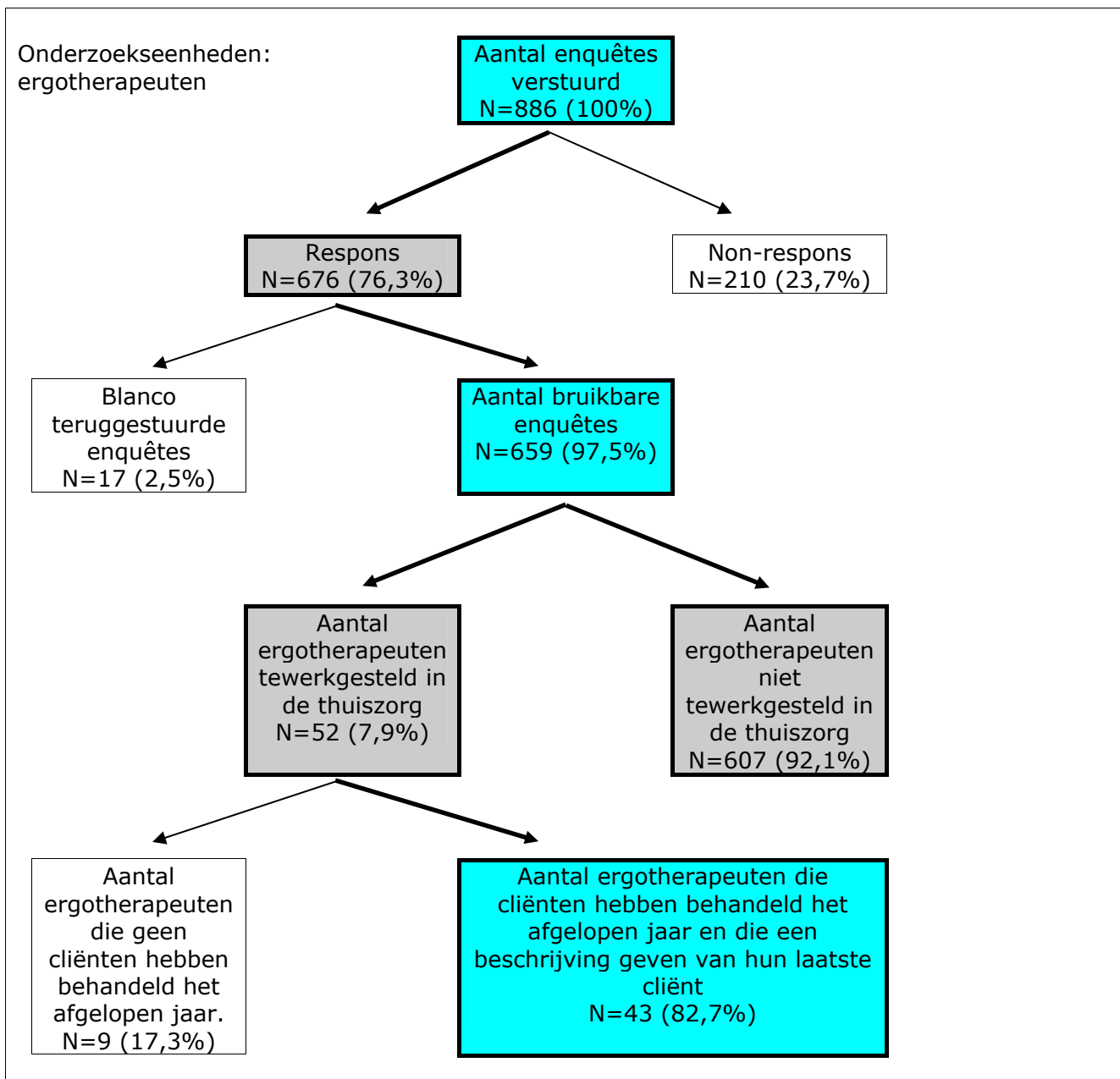
Voorbeeld 2: ergotherapeut Y werkt deeltijds in een Medisch Pedagogisch Instituut; een organisatie onder de rubriek *gehandicaptenzorg*, maar werkt tevens deeltijds als ergotherapeut op de afdeling geriatrie van een acuut ziekenhuis (rubriek *ziekenhuizen*). Ook ergotherapeut Y is twee maal opgenomen in de tabel. Ergotherapeut Y wordt aanzien als twee respondenten, omdat hij of zij tewerkgesteld is in twee verschillende centra en dus ook twee enquêtes heeft ingevuld.

Van de 676 teruggestuurde enquêtes zijn er 17 (2,5%) blanco teruggestuurd omwille van verschillende redenen (zie tabel 3.3).

<b>Reden</b>	<b>Aantal</b>
Niet meer werkzaam als ergotherapeut, andere functie gekregen.	1
De respondent uit de telefonische enquête was opgegeven als ergotherapeut, maar blijkt geen ergo van opleiding.	4
De aangeschreven ergotherapeut was ondertussen niet meer werkzaam in dit centrum.	1
De aangeschreven ergotherapeut is in loopbaanonderbreking	1
De enquête zou teruggestuurd zijn door de respondent, maar niet ontvangen door ons, de herinneringsenquête werd blanco teruggestuurd.	2
De aangeschreven ergotherapeute is in zwangerschapsverlof.	1
De contactpersoon (die de enquêtes verdeelde onder de ergotherapeuten) heeft te veel ergotherapeuten opgegeven als werkzaam in 'zijn' centrum	6
De contactpersoon (die de enquêtes verdeelde onder de ergotherapeuten) werd door ons als ergotherapeut aanzien, maar blijkt geen ergotherapeut te zijn.	1
<b>Totaal:</b>	<b>17</b>

Tabel 3.3  
Redenen voor de blanco teruggestuurde enquêtes.

De uiteindelijke bruikbare respons bedraagt dus 659. Van deze 659 zijn er 52 personen (7,9%) werkzaam in de thuiszorg waarvan er 43 effectief cliënten hebben behandeld het afgelopen jaar. Zie ook figuur 3.3.



Figuur 3.3  
Flowchart 2: participanten-flow van de respondenten uit de schriftelijke enquête.

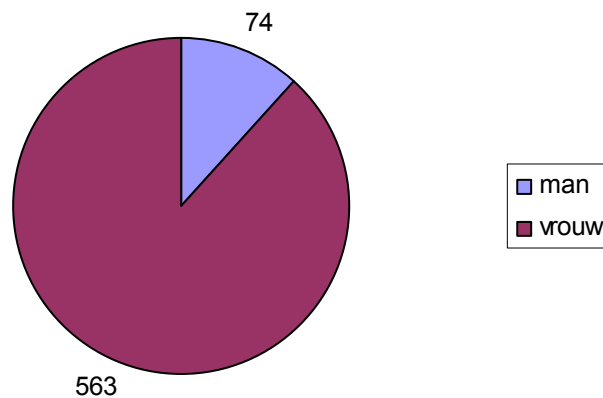
## 3.6 Resultaten

### 3.6.1 Resultaten schriftelijke enquête algemeen luik

#### 3.6.1.1 Demografische beschrijving van de respondenten

##### **Geslacht:**

Van de 659 respondenten zijn er 563 vrouwen en 74 mannen (22 respondenten hebben deze vraag blanco gelaten). Rekening houdend met de ontbrekende info geeft dit volgende relatieve frequenties (percentages met weglating van de ontbrekende informatie) 11,6% mannen, 88,4% vrouwen (zie ook figuur 3.4).



Figuur 3.4  
Geslacht van de ergotherapeuten.  
N=637

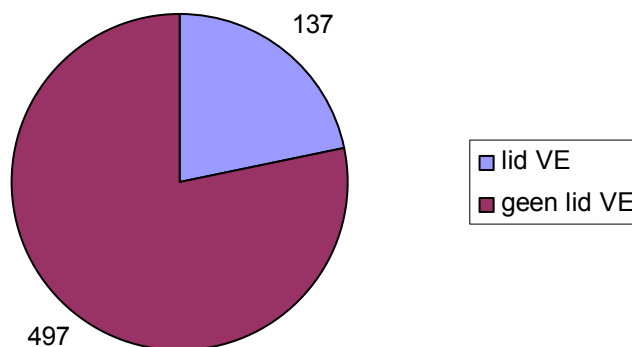
##### **Leeftijd:**

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 34,8 jaar (mediaan: 33) met een maximum van 57 jaar en een minimum van 21 (N=637).

#### 3.6.1.2 Aspecten van professionalisering

##### 3.6.1.2.1 Beroepsvereniging

Honderd zevenendertig respondenten zijn lid van het Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw (hierna afgekort als VE), 497 niet (25 respondenten hebben deze vraag niet beantwoord). Dit geeft volgende relatieve frequenties (percentages met weglating van de ontbrekende informatie) 21,6% is lid van het VE, 75,4% is geen lid van het VE. Zie ook figuur 3.5.



Figuur 3.5  
Wel of niet lid van de beroepsvereniging (VE).  
N= 634

### 3.6.1.2.2 Deskundigheid van de ergotherapeut

De deskundigheid van de ergotherapeut wordt ondermeer gekenmerkt door de mate van bijscholing en het gebruik van wetenschappelijke ondersteuning bij de beroepsuitoefening door bijvoorbeeld gebruik te maken van praktijkmodellen ergotherapie.

#### (a) Bijscholing

De meerderheid van de respondenten (576 of 87,4%) heeft in de 12 maanden voorafgaand aan deze enquête 1 of meerdere bijscholingen gevolgd met betrekking tot de beroepsuitoefening. Gemiddeld werden op jaarbasis 34,1 uren gespendeerd aan bijscholing per persoon.

Bij de vraag naar de laatst gevolgde bijscholing merken we dat 28,8% (166) een specifiek ergotherapeutische bijscholing heeft gevolgd. Bij 71,2% (410) van de respondenten daarentegen betrof het een bijscholing die de ergotherapie overstijgt, maar die wel in functie is van de beroepsuitoefening.

Tweehonderd eenentachtig (48,8%) respondenten hebben een certificaat ontvangen van de laatst gevolgde bijscholing. Het certificaat geeft iets aan over de aard en de ernst van de bijscholing.

Net iets meer dan de helft (364 of 55,2%) van de ondervraagden vindt dat het huidige bijscholingsaanbod voldoet aan hun behoeften. Zeventig respondenten (10,6%) onthielden zich op deze vraag.

Er wordt vaak gesuggereerd dat er nood is aan bijscholing. Gezien het onderwerp van deze studie wordt de vraag naar bijscholing rond extramurale ergotherapie en thuiszorg opgelijst:

Twaalf respondenten (1,8%) willen bijscholing rond ergotherapie in de thuiszorg en gerelateerde onderwerpen: ergotherapie in de thuiszorg (N=4), woningaanpassing (N=4), zelfstandige ergotherapie, hoe? (N=2), gebruik van hulpmiddelen en hulpmiddelenadvies in de thuiszorg (N=2).

### **(b) Praktijkmodellen**

Bij deze vragenreeks werd gepeild naar het al dan niet (a) kennen en (b) gebruiken van de meest voorkomende praktijkmodellen ergotherapie. Op deze vraag konden meerdere antwoorden gegeven worden.

#### ***Kennen van de praktijkmodellen:***

Er werd nagegaan of de volgende praktijkmodellen gekend zijn:

- Adaptation Trough Occupation model (1984) van Reed en Sanderson of het vroegere Human Occupation model (1980)
- Model of Human Occupation van Gary Kielhofner, afgekort MOHO (1985).
- Canadian Model of Occupational Performance, afgekort CMOP (1998)

Model	Aantal	Procentueel
Adaptation trough occupation van Reed en Sanderson	304	46,1
Model Of Human Occupation van Gary Kielhofner	337	51,1
Canadian model of Occupational Performance	233	35,4

Tabel 3.4

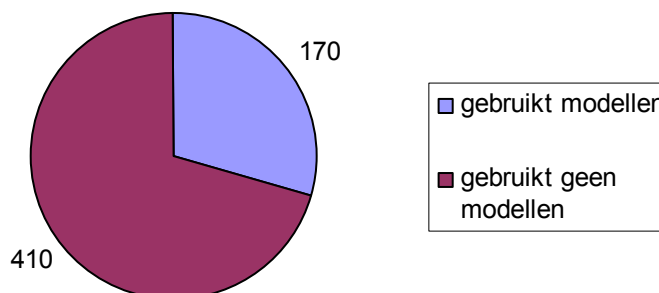
Door de ergotherapeut gekende praktijkmodellen  
N=659

Het MOHO is het best gekende praktijkmodel. Het CMOP is het minst gekend bij de ergotherapeuten van Oost-Vlaanderen. Dit model is dan ook nog relatief nieuw.

#### ***Gebruik van de praktijkmodellen:***

Honderd zeventig respondenten gebruiken ook daadwerkelijk één of meerdere praktijkmodellen in de therapiesituatie, 410 niet (79 respondenten hebben deze vraag niet beantwoord). Rekening houdend met de ontbrekende info geeft dit volgende relatieve frequenties (percentages met weglating van de ontbrekende informatie): 29,3% gebruikt praktijk modellen, 70,7% gebruikt er geen. Zie ook figuur 3.6.





Figuur 3.6  
Aantal respondenten die wel of niet gebruik maken van  
praktijkmodellen  
N=580

In tabel 3.5 wordt weergegeven welke modellen worden gebruikt in de therapiesituatie. Hoewel het MOHO het best gekende model is van de drie, wordt dit model het minst toegepast. Ook hier konden de respondenten meerdere antwoordcategorieën invullen.

Model	Aantal	Procentueel
Adaptation through occupation van Reed en Sanderson	108	63,5
Model of Human Occupation van Gary Kielhofner	59	34,7
Canadian Model of Occupational Performance	62	36,5
Andere	18	10,6

Tabel 3.5  
Gebruikte praktijkmodellen door de ergotherapeut.  
N=170.

Zoals uit tabel 3.5 kan worden afgeleid melden er 18 respondenten dat ze ook gebruik maken van andere modellen. Bij deze open vraag werden ook, naast praktijkmodellen, bepaalde theorieën en behandelmethodes omschreven waardoor we geen duidelijk zicht kregen op welke andere modellen er precies gebruikt worden door de respondenten. Om deze reden vermelden we hier alleen de praktijkmodellen en niet de behandelmethodes, namelijk:

- Adaptive skills Model (Mosey, 1970)
- Cognitive disability model (Allen, 1985)
- Activity health Model (Cynkin, 1980)

### 3.6.1.2.3 Aspecten van samenwerking

Ter bevordering van de autonomie (beheersingskant van het beroep) en het monopolie (alleenvertoningsrecht) is een open dialoog met andere

beroepsgroepen en ervaringsdeskundigen van groot belang (Kinébanian en Thomas, 1998). In dit deel van de enquête is gepeild naar de samenwerking met andere disciplines, de mate van betrokkenheid in overlegplatforms of werkgroepen en naar de betrokkenheid in beroepsoverstijgende taken. De ergotherapeut wordt geacht in de uitoefening van zijn beroep (door samenwerking met andere disciplines en beroepsprofilering) de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de beroepsbekendheid te bevorderen rekening houdend met de beroepscode en ethische overwegingen.

### **(a) Overlegplatforms**

Bij het nagaan hoeveel ergotherapeuten betrokken zijn in overlegplatforms blijkt dat 204 respondenten betrokken zijn in een overlegplatform of werkgroep die specifieke ergotherapeutische thema's behandelen, 419 niet (36 respondenten hebben deze vraag niet beantwoord). Dit geeft volgende relatieve frequenties (percentages met weglating van de ontbrekende informatie): 32,7% is betrokken in een beroepsspecifiek overlegplatform.

Tweehonderd dertien respondenten zijn betrokken in een overlegplatform of werkgroep die thema's uit de gezondheidszorg behandelen die de ergotherapie overstijgen, 403 niet (43 respondenten hebben deze vraag niet beantwoord). Rekening houdend met de ontbrekende info geeft dit volgende relatieve frequenties (percentages met weglating van de ontbrekende informatie): 34,6% is betrokken in een dergelijk overlegplatform.

### **(b) Samenwerking in een multidisciplinaire context**

Er werd gepeild naar de samenwerking met andere disciplines in het kader van de uit te voeren taken in de therapiesetting. Deze samenwerking met de andere disciplines kan zich zowel intramuraal als extramuraal manifesteren. Bij deze vraag konden meerdere antwoordcategorieën aangeduid worden. In tabel 3.6 wordt weergegeven met welke disciplines er wordt samengewerkt. De disciplines waar het meest mee wordt samengewerkt zijn in dalende lijn: de kinesitherapeut (531 respondenten of 80,6%), de maatschappelijk werker en verpleegkundige (475 of 72,1%), de logopedist (311 of 47,2%) en de psycholoog (298 of 45,2%). Belangrijke ondersteunende diensten waar de ergotherapeut vaak een beroep op doet zijn de technische dienst of de klusjesdienst (284 of 43,1%) en de schoonmaakdienst (253 of 38,4%).

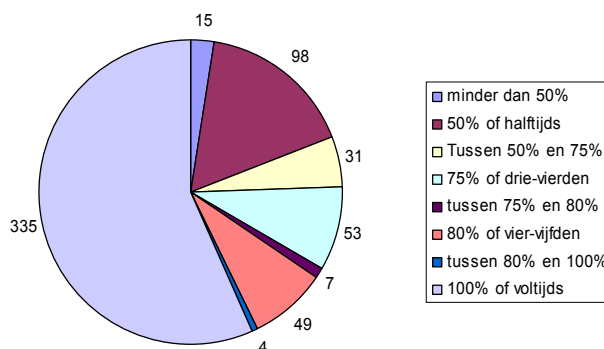
Discipline	Aantal	Procentueel
Maatschappelijk werker	475	72,1
Huisartsen	177	26,9
Geneesheer specialist	222	33,7
Kinesitherapeuten	531	80,6
Verpleegkundigen	475	72,1
Psychologen	298	45,2
(Ortho)pedagogen	179	27,2
Logopedisten	311	47,2
Diëtisten	71	10,8
Podologen	10	1,5
Pedicure	42	6,4
Orthoptisten	45	6,8
Bandagisten	76	11,5
Rolstoelverstrekkers	181	27,5
Schoonmakers	253	38,4
Technische dienst	284	43,1
Arbeidsconsulenten	37	5,6
Leerkrachten	220	33,4
Pastorale werkers	140	21,2

Tabel 3.6  
Aantal ergotherapeuten die samenwerken met andere disciplines.  
N= 659

## Tewerkstelling van de ergotherapeut

### 3.6.1.2.4 Tewerkstellingsbreuk

Uit de enquête blijkt dat nagenoeg de helft van de respondenten parttime werkt: 335 respondenten werken voltijds, 288 werken deeltijds (36 respondenten hebben deze vraag niet beantwoord). Dit geeft volgende relatieve frequenties (percentages met weglating van de ontbrekende informatie): 53,8% werkt voltijds, 46,2% werkt parttime. Zie ook figuur 3.7.

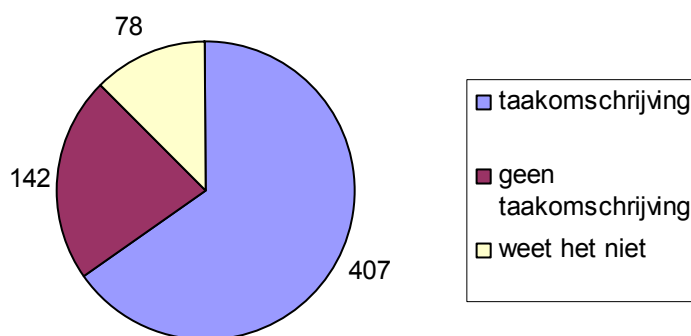


Figuur 3.7  
Tewerkstellingsbreuken van de ergotherapeuten.  
N=623

Van de 288 respondenten die parttime werken zijn er 34,9% die halftijds werken, en 18,9% die drie-vierden werken. 17,4% werkt vier-vijfden. Alle andere respondenten hebben een minder frequent voorkomende tewerkstellingsbreuk.

### 3.6.1.2.5 Aanwezigheid van een taakomschrijving voor de functie van ergotherapeut

Bij de vraag of er binnen de instelling een taakomschrijving bestaat voor de functie van ergotherapeut antwoorden 407 respondenten ja, 142 respondenten hebben geen taakomschrijving en 78 respondenten weten het niet (32 respondenten hebben deze vraag onbeantwoord gelaten). Dit geeft volgende relatieve frequenties (percentages met weglating van de ontbrekende informatie): 64,9% heeft een taakomschrijving, 22,6% niet en 12,5% weet het niet. Zie ook figuur 3.8



Figuur 3.8

Aantal respondenten dat al dan niet een taakomschrijving heeft in de instelling of organisatie waarin gewerkt wordt.

N=627

### 3.6.1.2.6 Andere functies naast ergotherapie

Honderd eenennegentig van de 659 respondenten hebben naast het uitvoeren van hun ergotherapeutische taak ook nog een andere functie binnen hun organisatie of instelling, 416 respondenten hebben een puur ergotherapeutische opdracht (52 respondenten hebben deze vraag blanco gelaten). Dit geeft volgende relatieve frequenties: 31,5% heeft naast zijn ergotherapeutische opdracht ook nog één of meerdere andere functies, 68,5% heeft geen andere functie.

In tabel 3.7 is in dalende volgorde weergegeven welke taken worden opgenomen door de ergotherapeuten in Oost-Vlaanderen.

Functie	Aantal
Animator/animatieverantwoordelijke	60
Afdelingshoofd/verantwoordelijke dienst	37
Opvoeder/leefgroepbegeleider	11
Tilcoach/manutentieverantwoordelijke	8
Kwaliteitscoördinator	7
Materiaalverantwoordelijke	6
Activiteitenbegeleider/activiteitenorganisator	6
Assistentie bij verpleegkundige of verzorgende taken	6
Preventie-adviseur	5
Kinesitherapeut	5
Arbeidstrajectbegeleider	4
Stage-verantwoordelijke/mentor	4
Administratieve functie	3
Ict-manager/computerdeskundige	3
Creatief therapeut	3
Sportbegeleider/hippotherapeut/zwembegeleider...	3
Syndicaal afgevaardigde/werknemersvertegenwoordiger	3
Assistentie voor leerkrachten	2
Referentiepersoon dementie	2
Klusjesdienst/techniker	2
Voorzitter werkgroep/vakgroep	2
Pastorale ondersteuning	1
PDL-coördinator	1
Lesgever	1
Thuisbegeleiding	1
Vervoerdienst cliënten	1
Orthopsie	1
Verantwoordelijke school en oudercontacten	1
Logistieke ondersteuning	1
Verantwoordelijke vrijwilligerswerking	1
totaal	191

Tabel 3.7  
 Andere functies opgenomen door ergotherapeuten naast hun ergotherapeutische taak.  
 N=191

### 3.6.1.3 Werksituatie

Er werd in deze enquête gepeild naar de werksituatie van de ergotherapeuten enerzijds op gebied van de leeftijdsgroep waarmee men werkt en anderzijds met de problematiek waarmee men geconfronteerd wordt op de werkvloer. Bij deze vraagstellingen konden telkens meerdere categorieën aangeduid worden.

### 3.6.1.3.1 Leeftijdscategorieën

Leeftijdscategorie	Aantal	Procentueel
Baby's en peuters (0 - 2,5 jaar)	36	5,5
Kleuters (2,5 - 6 jaar)	131	19,9
Lagere school kinderen (6 - 12 jaar)	162	24,6
Middelbare school kinderen (12 - 18 jaar)	67	10,2
Jong volwassenen (18 - 30 jaar)	189	28,7
Volwassenen (30 - 64 jaar)	268	40,7
Ouderen (65 jaar en ouder)	326	49,5

Tabel 3.8

Leeftijdsgroepen waarmee de ergotherapeuten geconfronteerd worden binnen de instelling waar ze werkzaam zijn.

N=659

Uit de telefonische enquête bleek reeds dat de grootste groep ergotherapeuten tewerkgesteld is binnen de ouderenzorg. Ook uit de antwoorden van deze schriftelijke bevraging blijkt dat de ergotherapeuten het meest met deze leeftijdscategorie geconfronteerd worden in hun ergotherapeutische praktijkvoering.

### 3.6.1.3.2 Problematieken

Op de vraag met welke problematieken wordt u voornamelijk geconfronteerd binnen de instelling of organisatie waar u werkt zien we geen éénduidigheid in de antwoorden. Alle categorieën, sensorische, motorische, psychische, cognitieve en sociale, worden vaak aangeduid als problematiek (zie tabel 3.9) maar wat hierin opvalt is het feit dat nagenoeg elke respondent meer dan 1 categorie of problematiek heeft aangeduid. Gemiddeld duidt elke respondent 2,8 verschillende categorieën aan. De ergotherapeuten worden geconsulteerd en ingeschakeld bij de behandeling van alle problematieken.

Problematiek	Aantal	Procentueel
Sensorische	243	36,9
Motorische	453	68,7
Psychische	378	57,4
Cognitieve	481	73,0
Sociale	356	49,5

Tabel 3.9

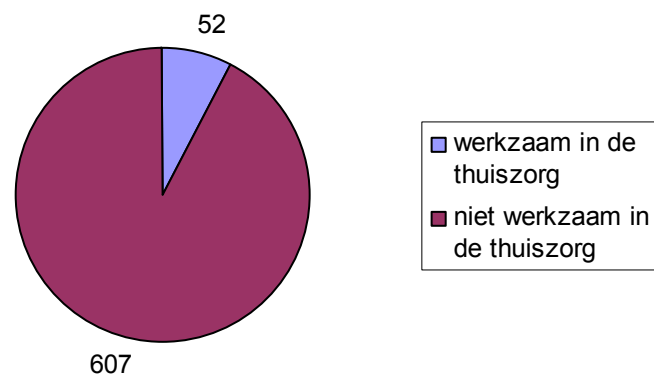
Problematieken waarmee de ergotherapeut geconfronteerd wordt.

N=659.

### 3.6.2 Resultaten schriftelijke enquête luik thuiszorg

Tot nu toe werd de volledige respondentengroep (N=659) beschreven in het rapport. Vanaf deze sectie worden enkel de gegevens beschreven van de respondenten die werkzaam zijn in de thuiszorg (zie ook figuur 3.3 in punt 3.5 participanten-flow).

Tweeënvijftig van de 659 respondenten melden op één of andere manier werkzaam te zijn in de thuiszorg. Er is hier geen ontbrekende informatie. Procentueel gezien betekent dit dat er 7,9% van de totale onderzoeksgroep werkzaam is in de thuiszorg. Zie ook figuur 3.9.



Figuur 3.9  
Aantal ergotherapeuten werkzaam in de thuiszorg.  
N=659.

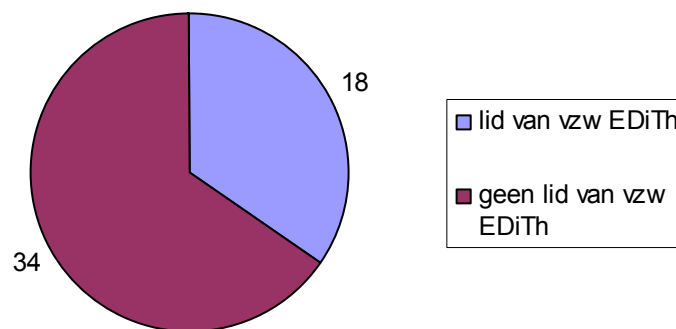
### 3.6.2.1 Beschrijving van de respondenten werkzaam in de thuiszorg

#### 3.6.2.1.1 Aantal ergotherapeuten in de thuiszorg verbonden aan een instelling

Vijfendertig (67%) van de 52 respondenten melden dat ze voor hun activiteiten in de thuiszorg verbonden zijn aan een instelling.

#### 3.6.2.1.2 Lidmaatschap van vzw EDiTh

Van de 52 respondenten zijn er 18 lid van EDiTh (zie punt 2.4.4.4 EDiTh), procentueel gezien is dit 35%. Zie ook figuur 3.10.



Figuur 3.10  
Aantal respondenten werkzaam in de thuiszorg die al dan niet lid zijn van EDiTh vzw.  
N=52

### 3.6.2.2 Aspecten van professionalisering van de ergotherapeut in de thuiszorg

#### 3.6.2.2.1 Samenwerking in een multidisciplinaire context

Naar analogie met de vraag naar samenwerking met andere disciplines bij alle ergotherapeuten in Oost-Vlaanderen werd ook gepeild naar de samenwerking met andere disciplines in het kader van de uit te voeren taken in de thuiszorg. Bij deze vraag konden meerdere antwoordcategorieën aangeduid worden. In tabel 3.10 wordt weergegeven met welke disciplines er wordt samengewerkt. De disciplines waar het meest mee wordt samengewerkt zijn in dalende lijn: de maatschappelijk werker (41 respondenten of 79%), de verpleegkundige (31 of 60%), de huisarts (26 of 50%), de kinesitherapeut (23 of 44%), de logopedist (12 of 23%) en de geneesheer specialist (12 of 23%). Ondersteunende dienst waar vaak mee wordt samengewerkt: de rolwagenvestrekker (17 of 33%).



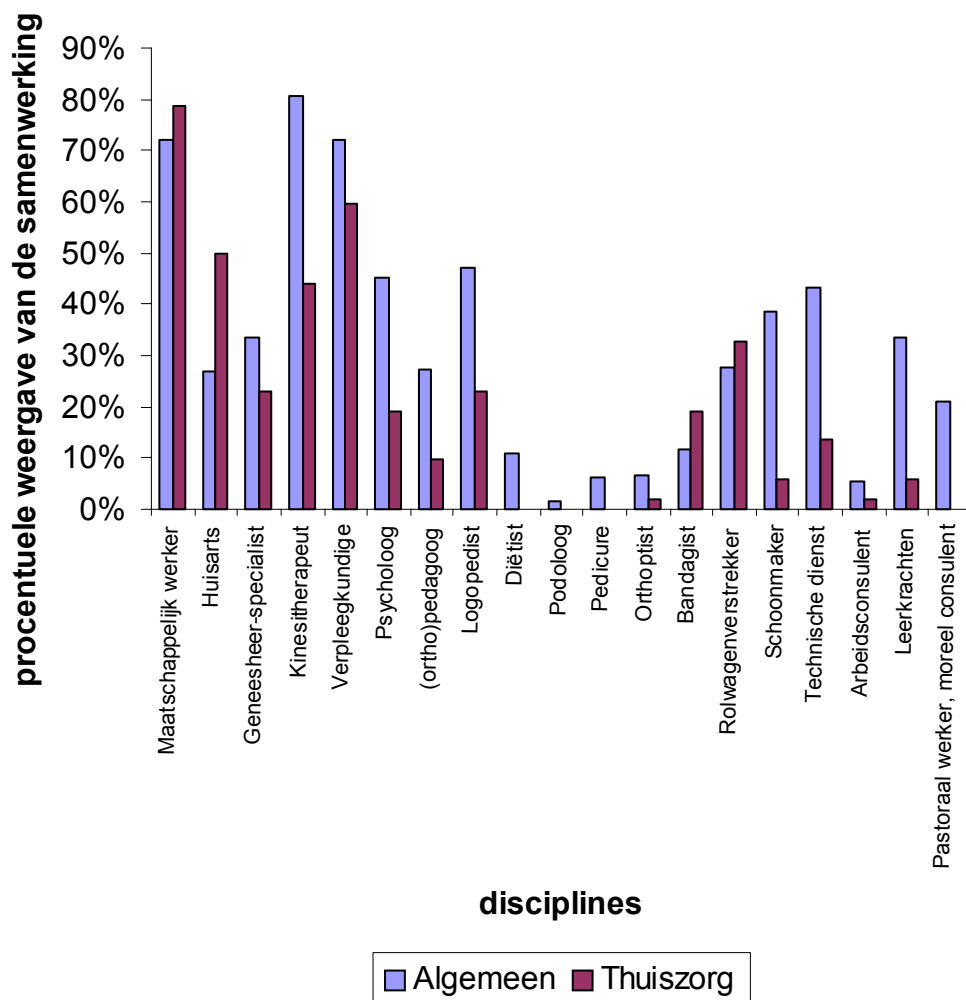
### 3.6.2.2.2 *Vergelijking van de samenwerking met andere disciplines tussen de ergotherapeut in het algemeen en de ergotherapeut in de thuiszorg*

Als we de vergelijking maken van de interdisciplinaire samenwerking van de ergotherapeut in Oost-Vlaanderen in het algemeen (zie tabel 3.10) en de interdisciplinaire samenwerking van de ergotherapeut in Oost-Vlaanderen in de thuiszorg dan zien we volgende verschuivingen. Er wordt door de ergotherapeut in de thuiszorg meer beroep gedaan op de maatschappelijk werker (stijging 6,7%) en de huisarts (stijging 23,1%). Opvallend is de minder frequente samenwerking met de kinesitherapeut (daling van 36,4%) en de verpleegkundige (daling met 12,5%). Zie ook tabel 3.10 en figuur 3.11. Stijgingen zijn met een plus aangeduid, dalingen met een min.

Discipline	Aantal Algemeen N=659	Procentueel	Aantal in de thuiszorg N=52	Procentueel	
Maatschappelijk werker	475	72,1	41	78,8	+
Huisartsen	177	26,9	26	50	+
Geneesheer specialist	222	33,7	12	23,1	-
Kinesitherapeuten	531	80,6	23	44,2	-
Verpleegkundigen	475	72,1	31	59,6	-
Psychologen	298	45,2	10	19,	-
(Ortho)pedagogen	179	27,2	5	9,6	-
Logopedisten	311	47,2	12	23,1	-
Diëtisten	71	10,8	0	0	-
Podologen	10	1,5	0	0	-
Pedicure	42	6,4	0	0	-
Orthoptisten	45	6,8	1	1,9	-
Bandagisten	76	11,5	10	19,2	+
Rolstoelverstrekkers	181	27,5	17	32,7	+
Schoonmakers	253	38,4	3	5,8	-
Technische dienst	284	43,1	7	13,5	-
Arbeidsconsulenten	37	5,6	1	1,9	-
Leerkrachten	220	33,4	53	5,8	-
Pastorale werkers	140	21,2	0	0,0	-

Tabel 3.10

Vergelijking tussen de multidisciplinaire samenwerking van de ergotherapeut in het algemeen (N=659) en de multidisciplinaire samenwerking van de ergotherapeut in de thuiszorg (N=52).



Figuur 3.11

Vergelijking tussen de interdisciplinaire samenwerking van de ergotherapeut in het algemeen (N=659) en de interdisciplinaire samenwerking van de ergotherapeut de thuiszorg (N=52).

### 3.6.2.2.3 Betrokkenheid in overlegplatforms

Slechts 13 van de 52 respondenten (25%) zijn verbonden aan een overlegplatform in het kader van hun activiteiten in de thuiszorg, 39 respondenten zijn niet verbonden aan een overlegplatform. Eén respondent heeft wekelijks een overleg, 4 respondenten hebben minstens 1 keer per maand overleg maar minder dan één keer per week, 8 respondenten hebben minstens 1 keer per jaar overleg maar minder dan 1 keer per maand.

Bij het peilen naar de taak die vervuld wordt in dergelijke overlegplatforms stellen we vast dat 4 respondenten een coördinerende taak hebben, 7 hebben een patiëntgerichte taak en 4 respondenten hebben een taak in het kader van het profileren van hun beroep. Bij deze vraag waren meerdere antwoordcategorieën mogelijk.

De overlegplatforms waarin de ergotherapeuten betrokken zijn, zijn zeer divers van aard en we beperken ons hier tot een opsomming: centrum thuiszorg christelijke mutualiteit, intern ambulante team (in algemeen ziekenhuis), ontslagmanagement team (in algemeen ziekenhuis), consultteam niet aangeboren hersenletsel (NAH), overleg met het federale ministerie van sociale zaken, overleg met het Vlaams ministerie van Welzijn en Gezondheid, Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen (PopovGGZ), provinciaal overleg ivm dagcentra, Samenwerkingsinitiatief Thuiszorg (SIT), werkgroep gezondheids promotie en het Vlaams Fonds voor sociale Reïntegratie van Personen met een Handicap.

### **3.6.2.3 Beschrijving van de cliëntenpopulatie van de ergotherapeut in de thuiszorg**

#### *3.6.2.3.1 Aantal behandelde cliënten per jaar door de ergotherapeut in de thuiszorg*

Bij de vraag hoeveel cliënten heeft u het afgelopen jaar geholpen noteren we een gemiddelde van 21. Er is echter een zeer grote variatiebreedte (van 0 tot 265). De doorsnee respondent heeft 5 cliënten (waarde van de mediaan) geholpen de afgelopen 12 maanden (van 1 respondent ontbreekt de informatie).

Vanaf deze sectie worden enkel deze respondenten besproken die minstens 1 cliënt behandeld hebben het afgelopen jaar. Het betreft 43 respondenten of 6,5% van de oorspronkelijke 659. Zie ook figuur 3.3 participanten-flow.

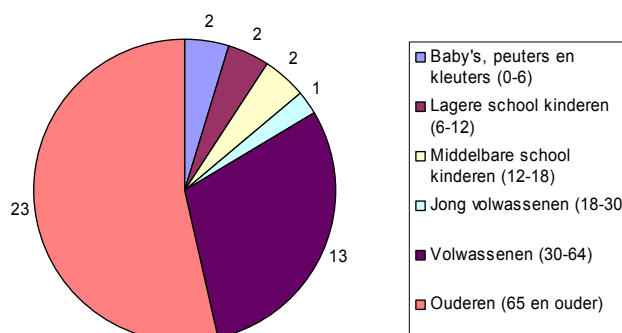
#### *3.6.2.3.2 Cliëntengroep*

In dit gedeelte wordt een overzicht gegeven van de cliëntenpopulatie waar de ergotherapeut in de thuiszorg bij betrokken wordt. Om dit zo betrouwbaar mogelijk te kunnen weergeven is aan de respondent gevraagd om een beschrijving te geven van de laatste cliënt waarvan de behandeling reeds is afgelopen. Op die manier werd vermeden dat de respondent zelf een keuze kon maken. Volgende zaken werden gevraagd aan de respondent: de leeftijd, het geslacht, de diagnose en de problematiek van de cliënt.

##### **(a) Leeftijd**

De leeftijd van de cliënten varieert van 4 jaar tot 96 jaar. Om een duidelijk beeld te geven omtrent de leeftijd van de laatste cliënt is geopteerd om de leeftijden te hergroeperen in een aantal leeftijdscategorieën.

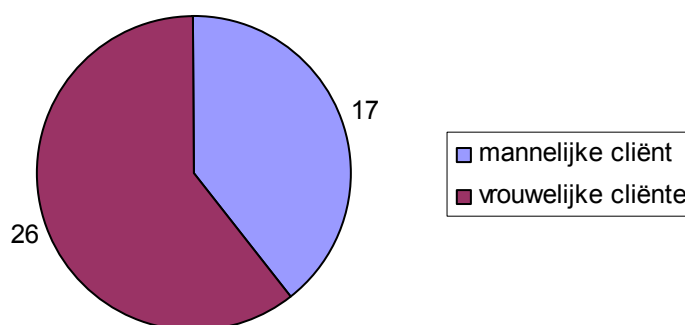
Op de totale populatie merken we een overwicht van de 65-plussers (53% of 23 van de behandelde cliënten is ouder dan of gelijk aan 65 jaar). Zie ook figuur 3.12.



Figuur3.12  
De leeftijd (in categorieën) van de laatst behandelde cliënt waarmee de ergotherapeut in de thuiszorg werd geconfronteerd. N=43

**(b) Geslacht**

Zesentwintig respondenten hebben als laatste cliënt een vrouw behandeld, 17 respondenten hebben een man behandeld. Rekening houdend met de ontbrekende info geeft dit volgende relatieve frequenties: 38,6% mannen, 61,4% vrouwen. Zie ook figuur 3.13.



Figuur 3.13  
Geslacht van de laatst behandelde cliënt waarmee de ergotherapeut in de thuiszorg werd geconfronteerd. N=43

**(c) Diagnose**

Om een duidelijker beeld te krijgen van de cliëntenpopulatie is via een open vraag gepeild naar de diagnose van de laatst behandelde cliënt. De antwoorden van de respondenten waren zeer divers, en om het geheel overzichtelijk te houden is geopteerd om de antwoorden te coderen en om te zetten in een aantal diagnosegroepen. In tabel 2.11 wordt een overzicht gegeven van deze diagnosegroepen, met daaraan gekoppeld een procentuele weergave van het voorkomen van deze diagnose bij de laatst behandelde cliënten. Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat vaak meerdere diagnoses konden worden toegeschreven aan 1 bepaalde cliënt

Diagnose-groep	Aantal	Procentueel
Dementie/geheugenproblemen	3	7
Cerebral Palsy	5	12
Syndroom Van Down	1	2
Psychiatrische problematiek/borderline	4	9
Autisme of aanverwante communicatiestoornissen	2	5
Achteruitgang algemene toestand	13	30
Cerebro Vasculair accident	3	7
Multiple sclerose	4	9
Niet aangeboren hersenletsel	6	14
Totale heupprothese	1	2
Parkinson	1	2

Tabel 2.11  
Diagnose van de laatst behandelde cliënt waarmee de ergotherapeut in de thuiszorg werd geconfronteerd.  
N=43

Bij de beschrijving van de diagnose werd in 70% een duidelijke diagnose gegeven. In 30% is er geen duidelijke diagnose opgegeven en beperkte men zich tot het geven van een omschrijving van de toestand van de cliënt. Opvallend is dat bij deze omschrijving vaak hetzelfde bedoeld wordt; er is een achteruitgang van de algemene toestand van de cliënt te wijten aan het normale verouderingsproces. Een overzicht van deze omschrijvingen wordt gegeven in tabel 3.12.

Omschrijving van de diagnosegroep 'Achteruitgang algemene toestand'.
Houterige motoriek, valrisico,...
Zelfverwaarlozing wegens algemene achteruitgang.
Ouderdomsverschijnselen
Gevallen, evenwichtsproblemen, angst om te vallen,...
Vermindering kracht, mobiliteit,...
Fysieke achteruitgang
Langdurige bedlegerigheid, mobiliteit gedaald,...
Moeite met stappen tgv ouderdom,...
Oudere vrouw, moeilijk te been,...
Ouderdomsaftakeling,
Functieverlies door ouderdom.

Tabel 3.12  
Omschrijving van de diagnosegroep: 'Achteruitgang van de algemene toestand'.

#### (d) Problematiek

Alle mogelijke antwoordcategorieën worden vaak aangeduid (zie tabel 3.13). Het valt op dat de meeste respondenten meer dan 1 categorie hebben aangeduid (43 respondenten en 101 antwoorden). Dit is te wijten aan multiproblematiek waarbij verschillende problematieken tezelfdertijd voorkomen bij éénzelfde cliënt. Motorische problematiek komt het meest voor (bij 71% of 37 van de cliënten).

Problematiek	Aantal	Procentueel
Sensorische	16	37
Motorische	37	86
Psychische	10	23
Cognitieve	22	51
Sociale	16	37

Tabel 3.13  
Problematiek van de laatst behandelde cliënt waarmee de ergotherapeut in de thuiszorg werd geconfronteerd.  
N=43.

#### 3.6.2.3.3 Tijdsinvestering

##### (a) Aantal contacten met deze cliënt:

In de beschrijving van het aantal contacten met de cliënt merken we een grote variatiebreedte (van 1 tot 120 contacten met de cliënt). De mediaan hier is 6 contacten per cliënt.

##### (b) Tijd besteed aan de laatste cliënt:

Ook bij de beschrijving van de gespenderde tijdsduur is er eveneens een grote variatiebreedte (van 1 tot 200 uur). De mediaan is 9 uur per cliënt.

### 3.6.2.3.4 Doorverwijzing naar de ergotherapeut

De cliënt kan naar de ergotherapeut worden doorverwezen op verschillende manieren. Een overzicht van deze doorverwijzing wordt gegeven in tabel 3.14.

Doorverwijzing via:	Aantal	Procentueel
Eigen initiatief	8	19
Huisarts	2	5
Geneesheer specialist ziekenhuis	10	23
Geneesheer specialist verzekering	1	2
Andere discipline	14	33
Andere manier	11	26

Tabel 3.14

Wijze van doorverwijzing van de laatst behandelde cliënt waarmee de ergotherapeut in de thuiszorg werd geconfronteerd.

N= 43

Deze andere manieren (11 cliënten) waarop de cliënt is doorverwezen naar de ergotherapeut betreffen: doorverwijzing via de mutualiteit (CAW, familiezorg, familiehulp,..) (N=4), via EDiTh (N=2), doorverwijzing via een intramuraal revalidatieteam (N=3), doorverwijzing via mond-aan-mond reclame (N=1), en tenslotte doorverwijzing via een ergotherapeut (N=1).

### 3.6.2.3.5 Beschrijving van de interventie van de laatst behandelde cliënt

#### (e) Onderzoek/assessment

Elf respondenten (26%) maakten bij hun laatst behandelde cliënt gebruik van meetinstrumenten, dit om de volgende zaken in kaart te brengen: de basale activiteiten van het dagelijkse leven (BADL), de instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven (IADL), de Functionele mobiliteit (FM), de fysieke functies en de mentale functies.

De meetinstrumenten die gebruikt worden zijn bevraagd via een open vraag en zijn weergegeven in tabel 3.15. Indien mogelijk is de auteur van het instrument opgenomen in de lijst.

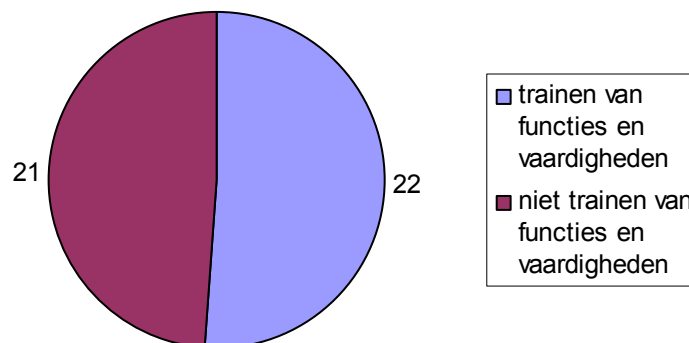
Meetinstrument	Afkorting	Auteur
Assessment of Motor and Process Skills	AMPS	Fisher, AG.
Barthel-index		Barthel, D., Mahoney, F.
Oriënterend Neuropsychologisch Onderzoek	ONO	Van Cranenburgh B.
Mini Mental State examination	MMSe	Folstein, MF.
Global Deterioration Scale	GDS	Reisberg, ED
Abbreviated Mental Test Score	AMTS	Hodkinson, HM.
Gedrags Observatieschaal voor Ouderen	/	/
Functional Independence Measure	FIM	UB Foundation Activities.
The Frostig Developmental test of Visual Perception	Frostig	Frostig, M.
Geriatric Depression Scale	GDS	Cahn, DA.
Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment.	Lotca	Iitzkovitch, M.
Zelf ontwikkelde ADL schaal	/	/
Zelf ontwikkelde IADL schaal	/	/
Zelf ontwikkelde checklist voor woning-aanpassingen	/	/

Tabel 3.15

Overzicht van de gebruikte meetinstrumenten bij laatst behandelde cliënt waarmee de ergotherapeut in de thuiszorg werd geconfronteerd.

#### (f) Behandeling

Tweeëntwintig respondenten trainen functies en vaardigheden bij de cliënt, 21 respondenten niet. Zie ook figuur 3.14.



Figuur 3.14

Het aantal ergotherapeuten die al dan niet functies en vaardigheden trainden bij de laatst behandelde cliënt waarmee ze in de thuiszorg werden geconfronteerd.

N=43



De peiling naar de invulling van deze vorm van interventie is gebeurd via open vraagstelling, een onderverdeling in categorieën is gemaakt om het geheel overzichtelijk en werkbaar te maken. Volgende categorieën vormen onderdeel van het taakgebied *behandelen*:

Functies:

- trainen van Fysieke functies;
- trainen van Mentale functies.

Vaardigheden:

- trainen van de Basale activiteiten van het dagelijkse leven (BADL);
- trainen van de instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven (IADL);
- trainen van productieve- en ontspanningsvaardigheden (POV);
- trainen van de functionele mobiliteit (FM);
- trainen van sociale vaardigheden (SV).

Let wel: De respondent kon meerdere antwoorden formuleren.

Een overzicht van de functies en vaardigheden die getraind werden bij de laatste patiënt waarmee de ergotherapeuten in de thuiszorg werden geconfronteerd, wordt gegeven in tabel 3.16

## Trainen van functies:

Fysieke functies:	Evenwicht oefenen.
	Spierversterkende oefeningen.
	Fijnmotorische oefeningen (ifv tekenen, schrijven).
Mentale functies:	Geheugentraining
	Visuele perceptie oefenen
	Aandacht en concentratie oefenen
	Structuratie-, concentratie-, en geheugen oefeningen
	Cognitieve functietraining
Realiteits- en oriëntatie training (ROT)	

## Trainen van Vaardigheden

BADL	ADL ochtendtoilet
	Zelfzorg training
IADL	Huishoudelijke taken aanleren.
	Koffie zetten, boterhammen smeren.
	Afwassen.
POV	Leren omgaan met computer, computeraanpassing.
	Leren omgaan met ontspanningsmogelijkheden
FM	Stand, stappen aanleren.
	Transfers aanleren (bed-zetel-toilet).
	Zelfstandig verplaatsen en transfer maken naar toilet.
	Gebruik leren maken van krukken, loophulpmiddel.
	Transfer in en uit bed aanleren met bedverhogers.
	Transfer rolstoel-auto aanleren
Functionele mobiliteit inoefenen.	
SV	Leren omgaan met de Euro
	Stimuleren van de sociale vaardigheden
	Communicatievaardigheden oefenen

Tabel 3.16

Functies en vaardigheden die getraind werden bij de laatst behandelde cliënt waarmee de ergotherapeut in de thuiszorg werd geconfronteerd.

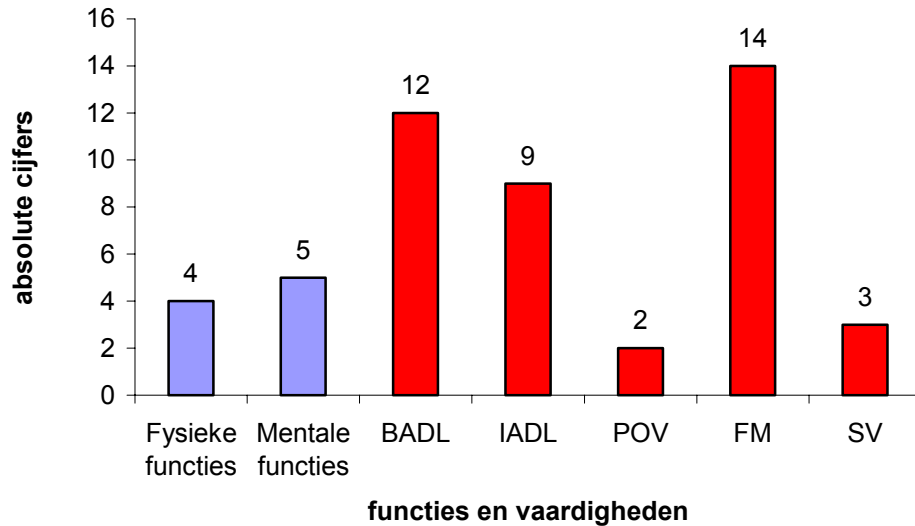
N=22

In Figuur 3.15 wordt weergegeven (in absolute cijfers) op welke functies en vaardigheden werd getraind door de 22 ergotherapeuten (die op functies en/of vaardigheden hebben getraind bij de laatst behandelde cliënt). Let wel dat de respondenten meerdere antwoorden konden formuleren op deze vraag.

Wat betreft de functies vinden we in dalende lijn: 5 respondenten hebben gewerkt op mentale functies en 4 respondenten op fysieke functies.

Wat betreft de vaardigheden vinden we in dalende lijn: 14 respondenten hebben gewerkt op functionele mobiliteit, 12

respondenten op basale ADL, 9 respondenten op instrumentele ADL, 3 respondenten op sociale vaardigheden en 2 respondenten op productieve of ontspanningsvaardigheden.



Figuur 3.15  
 Functies en vaardigheden (in categorieën) die getraind werden bij de laatste patiënt waarmee de ergotherapeut in de thuiszorg werd geconfronteerd.  
 N=22.

**(g) Adviesverlening**

Veertig respondenten (93%) geven advies aan hun cliënt of diens omgeving, 3 respondenten (7%) niet. De peiling naar deze vorm van interventie is eveneens gebeurd via een open vraagstelling, een onderverdeling in categorieën is gemaakt om het geheel overzichtelijk en werkbaar te maken (zie tabel 3.17). Let wel dat de respondent meerdere antwoorden kon formuleren. De beschrijving in de tabel is letterlijk overgenomen uit de antwoorden van de respondent.

## Adviesverlening aan de cliënt zelf:

Gebruik van hulpmiddelen:	Advies naar het leren stappen met rollator.
	Rolstoeladvies
	Advies rond hulpmiddelengebruik algemeen
	Advies naar gebruik van toiletstoel
	Advies naar aangepast meubilair
	Advies orthopedische driewieler.
	Advies rond hulpmiddelen voor betere oriëntatie in tijd.
Aanpassing van de woning	Adviseren vernieuwen losse tapijten
	Advies rond vloerbedekking
	Adviseren om het bed te verhogen.
	Advies tips rond veiligheid in de woning.
	Advies plaatsing van handgrepen in de badkamer
	Advies om slaapkamer aan te passen ivf vlot gebruik rolstoel.
	Advies tot herschikken woning, aanpassen toilet
	Adviseren van het plaatsen van een tweede trapleuning
	Advies aanpassen keuken ivf vlot gebruik rolwagen.
	Adviseren van traplift.
Advies woningaanpassing ivf comfort en veiligheid.	
Aanpassing van de werkpost	Advies over typen, uitgangshouding en werkpostaanpassing in de dactyloklas.
	Advies ivm computerbediening
Voorzieningen	Advies ivm zelfhulpgroep.
	Adviseren aanvraag mutualiteit
Vrije-tijd, zelfzorg en mobiliteit	Advies inzake weekendplanning
	Advies rond structuratie van de vrije tijd.
	Advies rond het correct uitvoeren van transfers.
	Advies naar persoonlijke verzorging en ADL

## Adviesverlening naar derden.

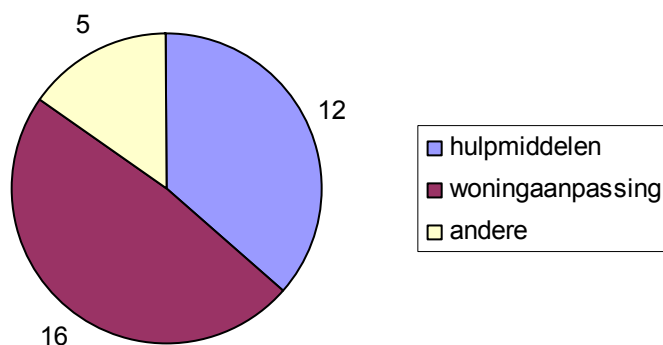
Aan familie	Adviesverlening omtrent incontinentiemateriaal.
	Informatie doorgeven naar familie ivm transfers, ADL en mobiliteit.
	Adviseren van de echtgenoot om beter te kunnen inzien welk gedrag uit de stoornis voorkomt.
	Adviseren van correcte transfertechnieken aan familie.
	Adviseren van dagcentrum in crisissituatie.
Aan voorzieningen	Advies woningaanpassing in het kader van Individuele Materiële Bijstand (IMB) van het Vlaams Fonds
	Adviseren van de thuiszorginstanties over aanpassing van de omgeving van de cliënt.
Aan huisarts en geneesheer specialist	Advies aan huisarts ivm aanpassing thuissituatie.

Tabel 3.17

Vormen van adviesverlening bij de laatste cliënt waarmee de ergotherapeut in de thuiszorg werd geconfronteerd.

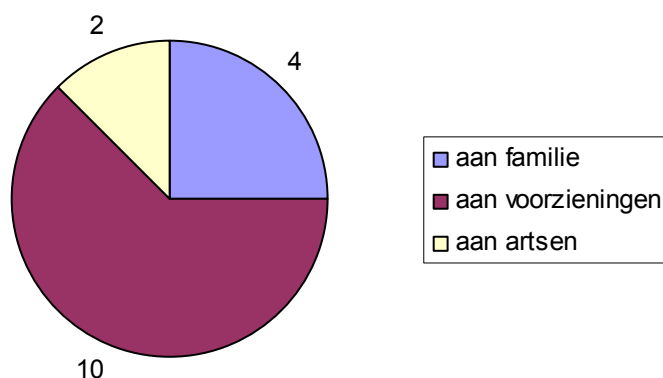
N=40

Welk soort advies werd verleend aan de cliënt en hoe deze soorten zich onderling verhouden wordt weergegeven in figuur 3.16. In dalende lijn: 16 van de 33 respondenten of 49% gaven advies over het aanpassen van de woning, 12 respondenten (36%) gaven advies over het gebruik van hulpmiddelen en 5 respondenten (15%) gaven advies over voorzieningen, over vrije tijd, over zelfzorg of over mobiliteit.



Figuur 3.16  
Verhouding tussen de soorten advies gegeven aan de laatste cliënt waarmee de ergotherapeut in de thuiszorg werd geconfronteerd.  
N=33

Figuur 3.17 geeft een overzicht van de soorten adviesverlening naar derden. In dalende lijn: 10 van de 16 respondenten of 63% gaven advies aan een voorziening, 4 respondenten (25%) gaven advies aan familie en 2 respondenten (12,5%) gaven advies aan de huisarts of aan de geneesheer specialist.



Figuur 3.17  
Verhouding tussen de adviesverlening aan derden bij de laatste cliënt waarmee de ergotherapeut in de thuiszorg werd geconfronteerd.  
N=16

### 3.6.2.3.6 Kwaliteitszorg van de ergotherapeut in de thuiszorg

Kwaliteit in de gezondheidszorg impliceert het gebruik van kwaliteitsinstrumenten zoals standaarden, protocollen en richtlijnen die toelaten de gevolgde methode (behandeling, interventie,...) te toetsen en naar waarde te schatten. Het bijhouden van gegevens volgens een systematiek leidt tot het zichtbaar maken van het ergotherapeutisch handelen en laat toe dit handelen aan te passen en te verbeteren.

Er werd gepeild naar het opmaken van een dossier, het opmaken van een anamnese en het bepalen van de status praesens van de cliënt, het opmaken van een evaluatie na afloop van de behandeling en het gebruik van bestaande standaarden, protocollen en methodieken.

Van de 43 respondenten zijn er 38 die een dossier hebben opgemaakt, 29 hebben een anamnese opgesteld, 37 een status praesens, 30 hebben naderhand een evaluatie opgemaakt en 10 respondenten maakten gebruik van standaarden en protocollen.

### 3.6.2.3.7 Bezoldiging

Zes respondenten hebben de cliënt behandeld als zelfstandig ergotherapeut (in bijberoep), 34 respondenten hebben de behandeling uitgevoerd in loondienst en 3 respondenten hebben de thuisinterventie uitgevoerd als onbezoldigde vrijwilliger. Dit geeft de volgende relatieve frequenties: 14% wordt betaald als zelfstandige, 79% heeft de interventie uitgevoerd in loondienst (EDiTh, revalidatiecentrum, lokaal dienstencentrum,...) en 7% heeft deze interventie onbezoldigd uitgevoerd.

In tabel 3.18 wordt weergegeven wie voor de ergotherapeutische interventie betaalde.

Betaling via:	Aantal	procentueel
Organisatie/instelling	29	68
De cliënt zelf	7	16
Aanvullende verzekering	2	5
Vlaamse zorgverzekering	1	2
Een vzw	1	2
onbezoldigd	3	7
Totaal:	43	100

Tabel 3.18

Wie betaalde voor de interventie van de behandeling van de laatste cliënt waarmee de ergotherapeut in de thuiszorg werd geconfronteerd.  
N=43.

### 3.6.2.3.8 Knelpunten

Merk op dat deze vraag werd beantwoord door alle respondenten die tewerkgesteld zijn in de thuiszorg. Het betreft vanaf deze sectie terug 52 respondenten.

Ergotherapeuten ervaren in het uitvoeren van hun interventies in de thuiszorg heel wat knelpunten. Via een open vraagstelling werd gepeild naar deze knelpunten. Alle 52 respondenten gaven een brede waaier van knelpunten aan. Om het geheel overzichtelijk te maken zijn de knelpunten ondergebracht in 3 grote categorieën, (a) kennis en erkenning van het beroep van ergotherapeut, (b) financiële knelpunten en (c) cliëntgerichte knelpunten.

#### **(a) Kennis en erkenning van het beroep:**

De meeste respondenten (47 of 90%) vinden dat de ergotherapie op zich als discipline te weinig gekend is en te weinig erkend wordt. Dit ontbreken van de kennis en erkenning van de beroepsrol van de ergotherapeut uit zich zowel bij de verschillende actoren (zie punt 2.1.4, actoren in de thuiszorg) als bij de cliënten zelf. De beroepsrol van de ergotherapeut in de thuiszorg is niet voldoende duidelijk bepaald en andere disciplines nemen taken over die binnen het beroepsprofiel van de ergotherapeut vallen. Een aantal typerende antwoorden van de respondenten worden in tabel 3.19 omschreven.

Ondervonden knelpunten:
Onbekendheid van de ergotherapeutische dienstverlening
Te weinig bekendheid bij het grote publiek omtrent de mogelijkheden van ergotherapie
Er wordt te weinig propaganda gemaakt voor dagcentra en het thuiszorgteam.
Onbekendheid van ergotherapie plus te weinig professionalisering van het beroep.
De onbekendheid van het beroepsprofiel van de ergotherapeut bij de cliënten, maar ook bij de andere hulpverleners aan huis.
Ergotherapie is nog te weinig gekend door de cliënten, ze geven de voorkeur aan kinesithérapie en verpleging.
Geen erkenning van ons beroep, er is een gevaarlijke evolutie aan de gang voor onze beroepserkenning, leerstoornissen worden behandeld door een logopedist, en handvaardigheid door een kinesitherapeut terwijl dit domeinen zijn die aan de ergotherapie toebehoren.
Het onbekend zijn van het beroep, vooral door geneesheren (huisartsen) en verpleegkundigen.

Tabel 3.19

Knelpunten: kennis en erkenning van het beroep van ergotherapie zoals vermeld door de ergotherapeuten actief werkzaam in de thuiszorg in Oost-Vlaanderen.

**(b) Financiële knelpunten:**

Nauw aansluitend bij het ontbreken van voldoende erkenning van het beroep volgens de respondenten is het ontbreken van voldoende financiële ondersteuning een groot knelpunt. Vijfenvestig respondenten (87%) vinden het ontbreken van een terugbetalingssysteem voor ergotherapiebehandeling in de thuiszorg een groot tekort in de huidige gezondheidszorg. Van deze 45 zijn er 17 (38%) die dit rechtstreeks koppelen aan het vorige knelpunt, citaat uit de enquête: *'de onbekendheid van de ergotherapeutische dienstverlening in de thuiszorg is ontegensprekelijk verbonden met het ontbreken van de financiële ondersteuning van de hulpverlener.'* Zelfstandige ergotherapeuten (in bijberoep) geven aan dat een ergotherapeutische behandeling voor de cliënt te duur is, omdat ze de *'volle pot'* moeten betalen. Het ontbreken van een nomenclatuur blijkt een heikel punt te zijn en wordt door 16 respondenten (36%) benoemd. Een overzicht van de financiële knelpunten worden gegeven in tabel 3.20

Ondervonden knelpunten:
Het ontbreken van een nomenclatuur, kostprijs van een ergotherapeutische behandeling.
Het ontbreken van een terugbetaling, het Vlaams Ergotherapeutenverbond had dit reeds 30 jaar geleden moeten aanvechten, nu hebben kine en logo onze plaats ingenomen.
Ontbreken van financiële ondersteuning van de hulpvrager.
Terugbetaling als ergo (nu betalen mensen de volle pot).
Als zelfstandige ergotherapeut is de behandeling voor de cliënt te duur.
Er kan geen correcte betaling zijn door de patiënt, de geïnvesteerde tijd zou het onbetaalbaar maken. De ergotherapeut werkt bijvoorbeeld aan een tarief zonder verplaatsingskosten.
De prestaties zijn te duur voor de patiënt.
Geen nomenclatuur waardoor andere beroepsgroepen taken van de ergotherapie overnemen om tegemoet te komen aan de eis van de patiënt.
Kine wordt terugbetaald via het RIZIV, ergo niet.
Financiering, terugbetaling, tijdsgebrek, erkenning.

Tabel 3.20

Financiële knelpunten van de ergotherapeut actief in de thuiszorg.

**(c) Algemeen cliëntgerichte knelpunten:**

Vanuit de behandelende ergotherapeut worden een aantal knelpunten aangehaald die rechtstreeks te maken hebben met de levensomstandigheden van de cliënt en diens omgeving en de bezorgdheden die daarmee gepaard gaan. Een overzicht wordt gegeven in tabel 3.21.

Cliëntgerichte knelpunten:
De veiligheid van de alleenwonende oudere.
Er wordt nog steeds te weinig cliëntgericht gewerkt.
Gezinnen met gehandicapte kinderen missen de assistentie en het advies binnen de thuiszorg.
Valpreventie.

Tabel 3.21

Cliëntgerichte knelpunten van de ergotherapeut actief in de thuiszorg.



Eén opmerking van een respondent is wel vermeldenswaard om in het kader van deze knelpunten aan te duiden, en dit is het probleem van de psychiatrische thuiszorg. Citaat: *'als er sprake is van ergotherapie in de thuiszorg heeft men het vooral over fysieke problemen, geriatrische problemen of ontwikkelingsstoornissen en woningaanpassing maar niet over psychiatrie.'*

### 3.7 Besluit

Rekening houdend met de onderzoeksvragen gesteld in de inleiding kunnen we volgende besluiten trekken:

#### **(a) Betreffende de ergotherapeut in Oost-Vlaanderen in het algemeen:**

In totaal is er een volume van 597 voltijds equivalenten die werkzaam zijn in de welzijns- en de gezondheidszorgorganisaties in Oost-Vlaanderen.

De gemiddelde leeftijd van de ergotherapeut in Oost-Vlaanderen is 34,8 jaar. Het beroep ergotherapie wordt hoofdzakelijk uitgevoerd door vrouwen (88,4% van de ergotherapeuten in Oost-Vlaanderen is vrouwelijk), 46,2% van de ergotherapeuten werkt parttime, 21,6% van de totale groep is lid van het Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw.

De deskundigheid van de ergotherapeut wordt ondermeer gekenmerkt door het gebruik van praktijkmodellen en de mate van bijscholing. Slechts 29,3% van de respondenten gebruiken in de therapiesetting daadwerkelijk praktijkmodellen bij hun beroepsuitoefening, 87,4% van de respondenten hebben in het afgelopen jaar bijscholing gevolgd. Gemiddeld werden per persoon 34,1 uren bijscholing gevolgd.

Kijken we naar de taakomschrijving, dan kan 64,9% van de ergotherapeuten zich beroepen op een taakomschrijving van hun beroep. Ongeveer één derde heeft naast zijn puur ergotherapeutische taak nog andere functies te vervullen binnen de organisatie.

De ergotherapeut in Oost-Vlaanderen werkt met alle leeftijdscategorieën, gaande van baby's en kleuters (0-2,5 jaar) tot 65 plussers. De ergotherapeut wordt echter het meest geconfronteerd met 65 plussers.

Ongeveer één derde van de ergotherapeuten is betrokken in specifiek ergotherapeutische overlegplatforms en een gelijkaardig aandeel van de ergotherapeuten is betrokken in gezondheidszorgbrede overlegplatforms.

De ergotherapeut in Oost-Vlaanderen werkt vooral samen met de kinesitherapeut (80,6% van de respondenten), de maatschappelijk werker (72,1%), de verpleegkundige (72,1%), maar ook met de andere disciplines en ondersteunende diensten zoals technische dienst en schoonmaakdienst wordt samengewerkt.

#### **(b) Betreffende de ergotherapeut in de thuiszorg:**

Van de ergotherapeuten in Oost-Vlaanderen is 7,9% werkzaam in de thuiszorg.

Ergotherapie in de thuiszorg wordt vooral aangeboden vanuit een intramurale setting zoals revalidatiecentra en ziekenhuizen, ergotherapie wordt echter ook

aangeboden vanuit transmurale settings zoals dienstencentra en dagcentra en vanuit extramurale settings zoals EdiTh en de zelfstandige ergotherapeut.

De plaats van de ergotherapeut in de thuiszorgteams is in dit beschrijvende luik nog onvoldoende tot uiting gekomen. Dit geeft meteen de noodzaak aan tot verder onderzoek in de volgende onderzoeksluiken. Wel kan gesteld worden dat de ergotherapeut samenwerkt met verschillende actoren uit de thuiszorg; de maatschappelijk werker, de verpleegkundige en de huisarts blijken hierin een zeer belangrijke rol te spelen maar ook met andere disciplines wordt samengewerkt. Er is in de beschrijving geen systematiek terug te vinden in het overleggen in teamverband. Slechts 13 ergotherapeuten in de thuiszorg zijn verbonden aan een overlegplatform, waarvan 7 overleg hebben omtrent hun cliënt.

De cliëntenpopulatie kan omschreven worden als zeer divers, de ergotherapeut in de thuiszorg behandelt cliënten variërend van 4 tot 96 jaar, met een overwicht van 65 plussers.

De ergotherapeut in de thuiszorg wordt geconfronteerd met een zeer brede waaier aan problematieken; sensorische, motorische, psychische, cognitieve en sociale problematieken. Bij oudere cliënten wordt de diagnose niet altijd duidelijk omschreven en beperkt men zich tot een omschrijving van de toestand van de cliënt. Deze toestand wordt toegeschreven aan de normale verouderingsprocessen en wordt omschreven als een achteruitgang van de algemene toestand.

De mediaan wat de tijdsinvestering per cliënt betreft bedraagt 9 uur, verdeeld over 6 contacten.

Onderzoek, behandeling, trajectbegeleiding en adviesverlening behoren tot de interventies die de ergotherapeut in de thuiszorg uitvoert.

Te weinig erkenning van het beroep en onvoldoende financiële ondersteuning worden aangehaald als belangrijkste knelpunten voor de ergotherapie in de thuiszorg.

De gegevens verkregen uit dit beschrijvende deel bieden voldoende stof tot verder onderzoek en kunnen de volgende deelonderzoeken ondersteunen. Het fenomeen dat 8 op de 10 respondenten -die advies verlenen naar derden- dit doen in het kader van Individuele Materiële Bijstand voor het Vlaams Fonds vraagt verder onderzoek. Waarom ergotherapeuten hiervoor gevraagd worden en hoe de samenwerking verloopt met de andere leden van het Multidisciplinaire Team zal verder onderzocht worden in onderzoeksluik 2 (zie hoofdstuk 4).

De beschrijving van de interventies kunnen dienen als basis voor de experimentele studie (zie hoofdstuk 5).

## **4 De ergotherapeutische betrokkenheid in de dossiers 'individuele materiële bijstand' van het 'Vlaams Fonds voor Sociale Reïntegratie van Personen met een Handicap': een kwalitatief onderzoek**

Auteurs van dit hoofdstuk:

Dominique Van de Velde,  
Patricia De Vriendt,  
Agnes Florus,  
Marleen Verbeke.

## 4.1 Inleiding en begrippenkader

Voor 1980 behoorde de hele welzijnszorg tot de bevoegdheid van de federale overheid (zie 2.2.3.1,c) Met de grondwetswijzigingen werden alle persoonsgebonden materies naar de gemeenschappen overgeheveld. Zo ontstond het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap (VFSIPH, hierna genoemd als Vlaams Fonds). Het hoofddoel van het Vlaams Fonds is het bevorderen van de sociale integratie van personen met een handicap.

De Vlaamse Regering wil de meerkost die een handicap voor individuen met zich meebrengt naar sociale ontplooiing toe, helpen dragen. Dit doet de Regering via het Vlaams Fonds op volgende terreinen: de zorgsector, tewerkstelling en opleiding, personenassistentie en individuele materiële bijstand.

Echter, om hiervan te genieten, dient een persoon aan een aantal voorwaarden te voldoen en een inschrijvingsprocedure te volgen. Voor deze voorwaarden verwijzen we naar de website van het Vlaams Fonds: [www.vlafo.be](http://www.vlafo.be)

### 4.1.1 Individuele materiële bijstand: IMB

Het Vlaams Fonds geeft op hun website een overzicht van hun taken, vastgelegd in het decreet van 27 juni 1990:

- *'de voorlichting en oriëntering van de personen met een handicap en hun gezinsleden bevorderen*
- *de personen met een handicap die om bijstand verzoeken inschrijven*
- *ervoor zorgen dat de personen met een handicap, hun familieleden of, bij onstentenis van familieleden, degenen die voor hen instaan, het voordeel van de bijstand en de voorzieningen kunnen ontvangen*
- *de preventie, detectie en diagnose van handicaps, alsmede de kennis van de weerslag van de handicap op het totaal functioneren van de personen met een handicap bevorderen*
- *opvang, behandeling of begeleiding van personen met een handicap of hun gezinsleden bevorderen*
- *scholing, beroepsopleiding of omscholing van personen met een handicap bevorderen*
- *de integratie van personen met een handicap in het arbeidsmidden bevorderen*
- *de integratie van personen met een handicap in de maatschappij bevorderen*
- *studie en onderzoek verrichten of laten verrichten in het kader van deze opdrachten*
- *documentatie en informatie verzamelen en verspreiden betreffende de sociale integratie van personen met een handicap.'* ([www.vlafo.be](http://www.vlafo.be), 2005)

In het kader van dit onderzoek gaat de interesse vooral uit naar het volgende aspect uit de lijst van opdrachten.: *'de integratie van personen met een handicap in de maatschappij bevorderen'*. Door het aanbieden van materiële hulpmiddelen en of woningaanpassingen is het mogelijk de persoon met een handicap terug te integreren in de maatschappij. Het Vlaams Fonds omschrijft hulpmiddelen en woningaanpassing onder de noemer Individuele Materiële Bijstand (hierna afgekort als IMB)

Het Vlaams Fonds beschrijft de tegemoetkoming als volgt: *'onder bepaalde voorwaarden kan een tegemoetkoming verleend worden in de (meer)kosten van hulpmiddelen en aanpassingen. De bedoeling is de beperkingen van een persoon met een handicap te verminderen of op te heffen. Het Vlaams Fonds kan bijvoorbeeld een tegemoetkoming*

verlenen voor het aanpassen van de woning aan de noden van de persoon van de handicap (ombouwwerken, keukenmeubilair,...). Ook hulpmiddelen en aanpassingen die bijdragen tot bijvoorbeeld een betere mobiliteit (aanpassing wagen, aanhangfiets,...) of vlottere communicatie (schermuitleesprogramma, communicatietoestel,...) kunnen bij het Vlaams Fonds voor een tegemoetkoming in aanmerking komen. De hulpmiddelen en aanpassingen waarvoor het Vlaams Fonds een tegemoetkoming kan verlenen, worden beschreven in de refertelijst bij het Besluit van de Vlaamse regering van 13 juli 2001. ([www.vlafo.be](http://www.vlafo.be), 2005)

De IMB is dus bedoeld om financiële steun te bieden aan personen bij de aankoop van hulpmiddelen of bij het uitvoeren van woningaanpassingen. Cruciaal in het proces van de hulpverlening is de 'aanvraag van hulpmiddelen' en het opstellen van een MultiDisciplinair Verslag (vanaf nu MDV genoemd) ter motivatie van de gevraagde hulpmiddelen of woningaanpassing. Dit multidisciplinair verslag dient opgemaakt te worden door een erkend MultiDisciplinair Team (vanaf nu MDT genoemd); zowel medische, sociale en psychologische gegevens dienen opgenomen te worden.

#### **4.1.2 Multidisciplinair team: MDT**

Bij het opstellen van een multidisciplinair verslag worden officieel drie disciplines betrokken, met name een 'doctor in de genees- heel- of verloskunde, een licentiaat in de psychologische of pedagogische wetenschappen en een houder van een diploma van een basisopleiding van 1 cyclus in het hoger onderwijs (studiegebied sociaal-agogisch werk) of een houder van het diploma van gegradueerde verpleegkundige (optie sociaal verpleegkunde' ([www.vlafo.be](http://www.vlafo.be), 2005).

'In Vlaanderen kan een persoon met een handicap beroep doen op een 250-tal erkende multidisciplinaire teams, waarvan een aantal met een bijkomende deskundigheid in hulpmiddelen en aanpassingen en/of het persoonlijke assistentiebudget. Het opstellen van een verslag is voor de persoon zelf volledig gratis. Het multidisciplinair team wordt hiervoor vergoed door het Vlaams Fonds. De (geïndexeerde) vergoeding in 2005 bedraagt 217,24 euro.' ([www.vlafo.be](http://www.vlafo.be), 2005).

Wat betreft de provincie Oost-Vlaanderen zijn er 22 erkende multidisciplinaire<sup>2</sup> teams verdeeld over :

- centra voor leerlingenbegeleiding (hierna CLB genoemd);
- erkende centra voor maatschappelijk werk;
- erkende centra of diensten voor revalidatie.

Opvallend in bovenstaand referaat is de tekst 'waarvan een aantal met een bijkomende deskundigheid in hulpmiddelen en aanpassingen,...'. Er wordt hier geen informatie gegeven welke discipline deze bijkomende deskundigheid heeft.

---

<sup>2</sup> op het moment van het onderzoek waren er 22 teams erkend als MDT in Oost-Vlaanderen. Bij het uitschrijven van het rapport zijn er nog 18 teams erkend als MDT.

### **4.1.3 Provinciale Afdeling en Provinciale Evaluatie Commissie: PEC**

Personen die een behoefte hebben aan materiële bijstand dienen een aanvraag te doen bij de provinciale afdeling van het Vlaams Fonds. Deze provinciale afdeling verwijst de persoon naar een MDT. De persoon heeft hiervoor het recht zelf een keuze te maken uit de lijst van erkende MDT's. Het MDT maakt een adviesdossier op dat wordt ingediend bij de provinciale afdeling en wordt voorgelegd aan de Provinciale Evaluatie Commissie (hierna afgekort als PEC). De Provinciale afdelingen en de PEC vallen onder de afdeling Individu Gerichte Prestaties (vanaf nu IGP) genoemd van het Vlaams Fonds (zie bijlage 9.4.1)

Het Vlaams Fonds omschrijft de taak van de PEC als volgt: *'deze commissie zal eerst bekijken of de persoon behoort tot de doelgroep van het Vlaams Fonds. Als de persoon behoort tot de doelgroep van het Vlaams Fonds zal de PEC overgaan tot het toekennen van interventieniveaus (bijvoorbeeld "aanvulling") en functiebeperkingen ("beperkingen bovenste ledematen"). Na de beslissing van de PEC zal het Vlaams Fonds overgaan tot het toekennen van de uiteindelijke hulpmiddelen en aanpassingen.'* ([www.vlafo.be](http://www.vlafo.be), 2005).

### **4.1.4 Kennis en OndersteuningsCentrum: KOC**

De MDT's kunnen een beroep doen op het KOC voor bijkomende ondersteuning in het opmaken van hun dossiers IMB. Het KOC is een apart orgaan dat eveneens ressorteert onder de afdeling IGP. Het Vlaams Fonds omschrijft de taak van het KOC als volgt:

*'Als het gespecialiseerd multidisciplinair team geconfronteerd wordt met een complexe probleemstelling, en het beschikt over onvoldoende informatie en expertise om een persoonlijk advies te kunnen verlenen, bezorgt het team de omschrijving van deze complexe probleemstelling aan het KOC.*

*Het KOC gaat na of het intern beschikt over bijkomende informatie en kennis, op basis waarvan een persoonlijk advies kan worden verleend. Het KOC bezorgt deze bijkomende gegevens binnen een termijn van twee weken aan het gespecialiseerd multidisciplinair team.*

*Het team verwerkt deze bijkomende informatie in de persoonlijke adviesverlening aan de persoon met een handicap zoals bepaald in artikel 9 van dit besluit.*

*Als het KOC intern niet beschikt over adequate bijkomende informatie, geeft het daarvan binnen een termijn van twee weken de bevestiging aan het gespecialiseerd multidisciplinair team, en verwijst het tegelijk de persoon met een handicap voor het verkrijgen van een gespecialiseerd persoonlijk advies naar de experts die gemachtigd zijn voor het segment van de materiële bijstand waar de complexe probleemstelling betrekking op heeft.*

*Als de complexe probleemstelling betrekking heeft op een persoon met een meervoudige handicap, kan het KOC de persoon voor meer dan één gespecialiseerd persoonlijk advies verwijzen naar meer dan één gemachtigde expert.*

*Het KOC bezorgt aan de persoon met een handicap en aan het gespecialiseerd multidisciplinair team de lijst(en) van de gemachtigde expert.'* ([www.vlafo.be](http://www.vlafo.be), 2005, Besluit van 13/07/01 van de Vlaams regering tot vaststelling van de criteria, voorwaarden en refertebedragen van de tussenkomsten in de individuele materiële bijstand voor de sociale integratie van personen met een handicap. Hoofdstuk 3, Art. 10. § 1, 2 en 3 en Art.11. § 1, 2, 3 en 4.)

### **4.1.5 Bijzondere BijstandsCommissie: BBC**

Er is door het Vlaams Fonds een refertelijst van hulpmiddelen opgemaakt die bepaalt aan welke criteria, voorwaarden en bedragen een hulpmiddel moet voldoen. De lijst is eveneens terug te vinden op de website van het Vlaams Fonds. Wanneer hulpmiddelen worden aangevraagd die niet in de refertelijst voorkomen, of die duurder zijn dan beschreven in de refertelijst kan een gemotiveerde aanvraag naar de Bijzondere Bijstandscommissie een oplossing bieden. Het Vlaams Fonds omschrijft de taak van de BBC als volgt: *'Voor hulpmiddelen en aanpassingen die niet in de refertelijst opgenomen zijn kan via de Bijzondere Bijstandscommissie (BBC) een tegemoetkoming worden gevraagd. Hulpmiddelen die om de een of andere reden duurder zijn dan het voorziene refertebedrag kunnen eventueel aan de BBC voorgelegd worden. Het zeer uitzonderlijk karakter van de zorgvraag zal dan echter zeer goed gemotiveerd moeten worden. Voorwaarden zijn wel dat het hulpmiddel minstens 250 euro kost en dat de noodzaak, de meerkost, doelmatigheid en gebruiksfrequentie ervan kunnen worden aangetoond'* (www.vlafo.be, 2005)

## **4.2 Probleemstelling**

Dit onderzoeksluik is ontstaan vanuit een rechtstreekse vraag van de stuurgroep (zie hoofdstuk 1, punt 1.4) waarbij de ervaringsdeskundigheid van de verschillende leden uitwijst dat ergotherapeuten vaak geconsulteerd worden bij het opmaken van adviesrapporten IMB in het kader van het Vlaams Fonds. Onderzoeksluik 1 bevestigt deze stelling zoals in de besluitvorming van dit luik beschreven is: *'8 op de 10 ergotherapeuten die advies verlenen naar derden doen dit in het kader van IMB.'* (zie 3.7). Uit de voorstudie (zie punt 4.1) blijkt dat de ergotherapeut inderdaad geen officieel deel uitmaakt van het MDT. Aangezien ergotherapeuten gevraagd worden adviesrapporten op te maken of te helpen opmaken en niet erkend worden als officiële discipline is het aangewezen een apart onderzoeksluik te voorzien over het Vlaams Fonds. Ook omdat de erkenning van het beroep ergotherapie door de respondenten uit onderzoeksluik 1 als knelpunt wordt omschreven (zie 3.6.2.3.8, de knelpunten) is onderzoek over dit fenomeen aangewezen. Enerzijds om het professionaliseringproces van de ergotherapie te ondersteunen en anderzijds de mogelijke inbreng van ergotherapie in een multidisciplinaire setting te onderzoeken.

## **4.3 Doel van het onderzoek**

In de beleidsvisie van het provinciebestuur van Oost-Vlaanderen betreffende de thuiszorg wordt aangegeven dat het bedoeling is om personen zo lang mogelijk thuis op te vangen en te begeleiden. (strategisch plan, PRATO, 2001). Belangrijke begrippen in dit kader zijn 'autonomie' en 'kwaliteit van leven' (zie ook punt 2.2). In het beroepsprofiel van de ergotherapeut staat beschreven onder de typefuncties adviseren: *'de ergotherapeut geeft advies rond woningaanpassing, rond hulpmiddelen voor het verhogen van zelfredzaamheid, communicatie en verplaatsing...'* (zie bijlage 9.2.1: beroepsprofiel ergotherapeut) en is speciaal opgeleid tot deze competentie.

Door het adviseren en aanbieden van hulpmiddelen en/of woningaanpassingen is het mogelijk de zelfstandigheid van de persoon te verhogen en hierdoor onrechtstreeks in te werken op de kwaliteit van leven.

Met dit onderzoeksluik wordt gefocust op de samenwerking tussen de verschillende officiële disciplines (zie 4.1.2 MDT) in het kader van IMB en meer specifiek op de

samenwerking met de ergotherapeuten. Op basis van dit inzicht wordt beoogd aanbevelingen te doen die enerzijds de samenwerking tussen het MDT en de ergotherapeut kan verbeteren en anderzijds de kwaliteit van de zorg voor de cliënten van het Vlaams Fonds ten goede komt. Dit onderzoeksluik wordt ondersteund door de afdeling IGP van het Vlaams Fonds. (zie bijlage 9.4.1)

## 4.4 Onderzoeksvraag

Dit onderzoek is bedoeld om inzicht te krijgen in samenwerkingsprocessen tussen de betrokkenen, met name de hulpverleners en de verschillende instanties. Op basis van dit inzicht kunnen we aanbevelingen doen die de samenwerking kunnen verbeteren, zodanig dat dit de kwaliteit van de zorg voor de cliënten van het Vlaams Fonds ten goede komt.

De onderzoekstopics betreffen dus:

(1) De samenwerking tussen de verschillende hulpverleners

- aanleiding voor de samenwerking
- keuze voor de ergotherapeut
- aard en intensiteit van de samenwerking
- knelpunten in de samenwerking

(2) De factoren die de samenwerking beïnvloeden

- visie op ieders rol en taken
- praktische factoren zoals beschikbare tijd voor samenwerking en bereikbaarheid van ergotherapeuten
- financiële factoren
- kenmerken van de basisopleiding en bijkomende vorming van de verschillende disciplines

De onderzoeksvraag.

Hoe verlopen de samenwerkingsprocessen tussen de verschillende leden van het MDT in het kader van het opmaken van dossiers IMB; met welke problemen worden ze geconfronteerd en waarom wordt samengewerkt met ergotherapeuten?

## 4.5 Methode

### 4.5.1 Kwalitatief Onderzoek, grounded theory

Het design van deze study is kwalitatief van aard en gebaseerd op 'grounded theory' beschreven volgens Strauss & Corbin (1990). Voor de dataverzameling is geopteerd voor een bron-triangulatie (Denzin, 1989) waarbij verschillende interviewmethodes worden gebruikt: met name individuele diepte-interviews en focusgroep interviews. De interviews zijn semi-gestructureerd waarbij interviewgidsen als leidraad wordt gebruikt.

Volgens Glaser & Strauss (1967) is het primaire doel van 'grounded theory' het genereren van bevattelijke verklaringen over fenomenen, meer bepaald over fenomenen die te maken hebben met sociale processen en interacties tussen mensen. Dit onderzoeksluik is gebaseerd op deze visie en heeft als dusdanig niet de bedoeling om conceptuele theorieën te genereren over het Vlaams Fonds en de samenwerking met ergotherapie, echter het onderzoek te beperken tot het geven van een beschrijvende verklaring over het waarom en het hoe van de samenwerking. Volgens Fawcett & Downs (1992) kan deze beschrijvende verklaring als een (beschrijvende) theorie beschouwd



worden en is bijgevolg 'grounded theory' als onderliggende basisfilosofie bruikbaar om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

## **4.5.2 Onderzoekssubjecten**

### **4.5.2.1 Sampling methode**

De basisfilosofie in kwalitatief onderzoek, en bijzonderlijk in 'grounded theory' is de opvatting dat de onderzoekseenheden aanzien worden als experten die in het kader van de onderzoeksvraag rijke en waardevolle informatie kunnen aanreiken. Om deze reden is het aangewezen de onderzoekseenheden te selecteren op basis van een aantal criteria. Deze sampling methode wordt door Patton (1987) omschreven als criterium sampling. De logica van criterium sampling is volgens Patton (1987) terug te vinden in het systematisch op zoek gaan naar en het op voorhand bestuderen van een aantal mogelijke onderzoekseenheden die aan een aantal vooropgestelde belangrijke criteria voldoen om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Tevens biedt deze vorm van sampling kansen om de onderzoeksresultaten te generaliseren of te transfereren binnen de context van het onderzoek, met name naar de erkende MDT's in Oost-Vlaanderen. Sim (1998) staft deze werkwijze door te stellen dat de onderzoeksresultaten van dergelijk onderzoek theoretisch te generaliseren zijn, niet empirisch, en enkel binnen dezelfde context. Vermeir et al (2002) spreekt van een conceptuele generaliseerbaarheid.

Bij de beschrijving van de onderzoekssubjecten is geopteerd om alle personen in de mannelijke vorm op te nemen omwille van de leesbaarheid van de tekst.

### **4.5.2.2 Operationalisering van criterium sampling**

#### **(a) telefonische bevraging.**

Om een zicht te krijgen op alle mogelijke onderzoekssubjecten worden alle MDT's in Oost-Vlaanderen opgebeld. Aan de hand van een standaardtekst (zie bijlage 9.4.2) waarbij het onderzoek kort wordt voorgesteld wordt aan de coördinator van het MDT en wordt gepeild naar de verschillende 'kern'leden van het MDT. Tevens wordt gevraagd naar de beroepsopleiding van al deze leden. De lijst vormt de volledige groep van onderzoekssubjecten. Hieruit werd een keuze gemaakt voor een individueel interview of een focusgroep interview.

#### **(b) De coördinatoren van het team.**

Om de transfereerbaarheid of de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten binnen de context van de MDT's te optimaliseren wordt rekening gehouden met een aantal criteria bij het selecteren van de onderzoekssubjecten voor het individuele interview:

- het soort MDT: (a) erkend centrum voor maatschappelijk werk, (b) erkende centra of diensten voor revalidatie of (c) CLB's;
- voor wat betreft de erkende centra voor maatschappelijk werk: de maatschappelijke zuil van het MDT. (er werd geopteerd om de drie zuilen op te nemen, nl de Christelijke, socialistische en de liberale zuil.);
- een provinciale spreiding.

Na de selectie voor dit luik werden 9 onderzoekssubjecten (coördinatoren van het MDT) weerhouden en door middel van een individueel interview in dit onderzoek betrokken. Voor een beschrijving van de onderzoekssubjecten zie tabel 4.1.

Beroepstitel van de coördinator	Zuil
<b>Erkend centrum voor maatschappelijk werk</b>	
Maatschappelijk assistent	Liberaal
Maatschappelijk assistent	Socialistisch
Maatschappelijk assistent	Christelijk
<b>Erkend centrum voor revalidatie</b>	
Maatschappelijk assistent	/
Maatschappelijk assistent	/
Maatschappelijk assistent	/
<b>Centrum voor leerlingenbegeleiding</b>	
Psycho-pedagogisch consulent	/
Maatschappelijk assistent	/
Psycholoog	/

Tabel 4.1  
karakteristieken van de onderzoekssubjecten voor de individuele interviews.

Tijdens de individuele interviews met de coördinatoren van de MDT's van de CLB's bleek dat deze MDT's zeer weinig tot niet betrokken waren in dossiers IMB. Uit de analyse van vier individuele interviews met de coördinatoren van de CLB's blijkt dat er geen algemene regel is met betrekking tot de dossiers IMB. Sommige CLB's verwerken geen aanvragen voor IMB, anderen verwijzen naar de mutualiteiten voor het opmaken van deze dossiers. Nog anderen doen enkel dossiers IMB als het gaat over incontinentiemateriaal. Een korte beschrijving van de drie eerste interviews geeft dit besluit weer:

Individueel interview met een psycho-pedagogisch consulente van CLB nummer 1: in dit CLB worden geen dossiers IMB opgemaakt.

Individueel interview met een maatschappelijk assistent van CLB nummer 2: het MDT bestaat uit een arts, verpleegkundige en een maatschappelijk assistent. De aanvragen IMB bestaan voornamelijk uit het aanvragen van incontinentiemateriaal. Anders worden er geen IMB aanvragen verwerkt door het CLB, doch wordt verwezen naar de mutualiteiten voor hulpmiddelen en/of woningaanpassingen.

Individueel interview met een psychologe van CLB nummer 3: de aanvragen betreffende dossiers IMB zijn zeer miniem in dit CLB. De psychologe spreekt van 2, maximum drie in de periode van de erkenning. Deze psychologe geeft aan dat de erkenning van het IMB belangrijk is omdat dankzij deze erkenning de school een beroep kan doen op een psychologe.

Deze drie interviews geven aan dat de betrokkenheid in de dossiers IMB zeer miniem is. Om zeker te zijn dat deze conclusie niet aan toevaligheid kan toegeschreven worden

werd ook nog de coördinator van het vierde MDT geïnterviewd. Uit dit interview blijkt dat het CLB voor wat betreft hulpmiddelen verwijst naar de mutualiteiten.

Om deze reden werd door de onderzoekers beslist de CLB's niet langer op te nemen in het onderzoek. Dit omwille van de onmogelijkheid om rijke informatie te verkrijgen om een antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Op het moment van de dataverzameling waren er 4 CLB's erkend voor dossiers IMB, op het moment van de data-verwerking nog twee. Dit bevestigt de stelling dat CLB's weinig dossiers IMB opmaken.

### **(c) selectie van de onderzoekssubjecten voor de focusgroep interviews.**

In de telefonische bevraging van de MDT's werd zoals eerder aangegeven gepeild naar de betrokken leden van het MDT. In een aantal gevallen werd spontaan de ergotherapeut vernoemd die betrokken wordt in het opmaken van dossiers IMB, in een aantal andere gevallen niet. De vraag naar betrokkenheid werd in dit geval door de onderzoeker gesteld. Ze worden weliswaar niet opgegeven als officieel 'kern'lid van het MDT, maar de namen worden wel doorgegeven.

Op basis van deze gegevens worden twee focusgroepen samengesteld:

Eén multidisciplinaire focusgroep zonder ergotherapeuten en één focusgroep enkel bestaande uit ergotherapeuten.

#### *Criteria voor de onderzoekseenheden van de multidisciplinaire focusgroep.*

De interactie tussen de verschillende onderzoekssubjecten is in het kader van dit onderzoek van zeer groot belang (zie ook 4.5.4 dataverzameling). De focusgroep wordt samengesteld uit geselecteerde sleutelfiguren op basis van de volledige namenlijst aangeleverd uit de telefonische bevraging en op basis van de resultaten van de individuele interviews. Er wordt met volgende criteria rekening gehouden:

- het soort MDT, (a) erkend centrum voor maatschappelijk werk, (b) erkende centra of diensten voor revalidatie;
- niet samenwerken in éénzelfde MDT; om zuivere interacties te krijgen en geen discussies te verkrijgen waarbij persoonlijke aspecten een rol kunnen spelen zijn de groepen samengesteld uit personen die in het dagelijkse leven niet met elkaar samenwerken in éénzelfde MDT;
- wat betreft de erkend centrum voor maatschappelijk werk: de maatschappelijke zuil van het MDT. (er werd geopteerd om de drie zuilen op te nemen, nl de Christelijke, socialistische en de liberale zuil en omdat er geen onafhankelijke of neutrale zuil is opgenomen werd deze vanaf hier toegevoegd.);
- de regio van het MDT;
- de beroepsopleiding of de discipline;
- geen ergotherapeut zijn.

#### *Criteria voor de onderzoekseenheden van de focusgroep bestaande uit ergotherapeuten.*

Ook in deze groep is de interactie van groot belang en wordt de groep samengesteld uit een aantal ergotherapeuten waarbij rekening gehouden wordt met volgende criteria

- ergotherapeut zijn (sommige personen werden door de coördinator doorgegeven als ergotherapeut, maar hadden een ander beroep);
- dossiers IMB op een of andere manier helpen opmaken;
- ergotherapeutische ondersteuning bieden aan de IMB vanuit diverse soorten MDT: (a) erkend centrum voor maatschappelijk werk, (b) erkende centra of diensten voor revalidatie.

Dit resulteert in volgende samenstelling van 2 focusgroepen, telkens samengesteld uit 7 onderzoekssubjecten voorgesteld in tabel 4.2.

Multidisciplinaire focusgroep		
beroepstitel	MDT	zuil
Maatschappelijk assistent 1	Erkend centrum voor maatschappelijk werk	Neutraal
Maatschappelijk assistent 2	Erkend centrum voor maatschappelijk werk	Christelijk
Maatschappelijk assistent 3	Erkend centrum voor revalidatie	/
Sociaal verpleegkundige	Erkend centrum voor revalidatie	/
Logopedist	Erkend centrum voor revalidatie	/
Kinesitherapeut	Erkend centrum voor revalidatie	/
Psycholoog	Erkend centrum voor maatschappelijk werk	Liberaal
Focusgroep ergotherapie		
beroepstitel	MDT	zuil
Ergotherapeut 1	Erkend centrum voor maatschappelijk werk	Christelijk
Ergotherapeut 2	Erkend centrum voor maatschappelijk werk	Christelijk
Ergotherapeut 3	Erkend centrum voor maatschappelijk werk	Socialistisch
Ergotherapeut 4	Erkend centrum voor maatschappelijk werk	Liberaal
Ergotherapeut 5	Erkend centrum voor revalidatie	/
Ergotherapeut 6	Erkend centrum voor revalidatie	/
Ergotherapeut 7	Erkend centrum voor revalidatie	/

Tabel 4.2 samenstelling van de focusgroepen.

### 4.5.3 Ethische aspecten

De coördinatoren kregen een brief om het onderzoek voor te stellen; deze brief werd mede ondertekend door de heer W. De Pauw (directeur IGP van het Vlaams Fonds) (zie bijlage 9.4.3).

Om aan de eisen van ethiek te voldoen werden de onderzoekssubjecten op de hoogte gebracht van volgende gegevens:

- de gegevens worden opgenomen op band;
- de gegevens worden discreet verwerkt;
- de onderzoeksresultaten bevatten geen identificatiegegevens van de betrokken onderzoekssubjecten;
- de verkregen informatie wordt enkel gebruikt in het kader van dit onderzoek;
- de doeleinden van het onderzoek worden duidelijk gesteld aan de onderzoekssubjecten;
- de onderzoekssubjecten hebben het recht vragen te stellen over het onderzoek;
- de onderzoekssubjecten kunnen op elk moment hun deelname stopzetten door dit aan de onderzoeker te melden.

Deze gegevens zijn opgenomen in een geschreven 'geïnformeerde toestemming'. Aan de onderzoekssubjecten werd gevraagd deze 'geïnformeerde toestemming' te ondertekenen voor het starten van het interview of de focusgroep (zie bijlage 9.4.4).

In de beschrijving van de resultaten worden de gegevens vertrouwelijk verwerkt en zodoende worden de centra, noch de individuele onderzoekssubjecten bij naam genoemd. Er wordt gewerkt met nummers om het verschil aan te duiden tussen de verschillende centra:

Erkend centrum voor revalidatie 1, 2 en 3.  
Erkend centrum voor maatschappelijk werk 1, 2 en 3.

Tevens wordt in plaats van de naam van de betrokken onderzoekssubjecten de beroepstitel gebruikt om aan te duiden wie geciteerd wordt.

#### **4.5.4 Dataverzameling**

##### **(a) Individuele diepte interviews**

Zoals besproken in punt 4.5.1.2 de operationalisering van de sampling methode is de bedoeling van deze individuele interviews tweeledig. Enerzijds werd het interview gebruikt om de onderzoekssubjecten voor de focusgroepen te lokaliseren en anderzijds werd van de gelegenheid gebruik gemaakt om de coördinatoren te onderwerpen aan een diepte-interview. Aan de hand van een interviewgids (zie bijlage 9.4.5) worden door verschillende onderzoekers (afhankelijk van het soort MDT, zie punt 4.1.2, MDT) semi-gestructureerde interviews afgenomen met de coördinatoren van het team. Er is op voorhand niet bepaald hoeveel interviews er zouden afgenomen worden.

##### **(b) Focusgroep interviews**

Focusgroep interviews hebben volgens Cook (2001) een groot potentieel als onderzoekstool in de sociale wetenschappen. De keuze om focusgroep interviews te gebruiken in dit onderzoeksluik is gebaseerd op Krueger (1994) en Morgan (1993) die drie doorslaggevende argumenten aanhalen: (a) de interactie die plaats vindt in een groep levert een gedetailleerde basis om een probleem te exploreren, (b) de uitwisseling van gegevens tussen de verschillende participanten helpt om de eigen opinie omtrent een probleem helder te zien en (c) de interactie helpt om theoretische veronderstellingen en persoonlijke waarden te delen met anderen. Ook hier werd gebruik gemaakt van een interviewgids, zie bijlage 9.4.6

Voor de aanvang van beide focusgroepen werd een grondige voorbereiding gemaakt. De onderzoekssubjecten kregen een naamkaartje en werden toegewezen aan een vaste plaats aan een ronde tafel. De opstelling van de onderzoekssubjecten was zodanig gekozen dat er een vlotte interactie mogelijk was tussen de verschillende onderzoekssubjecten en de moderator. (zie bijlage 9.4.7)

Bij beide focusgroepen waren drie onderzoeker betrokken: een moderator die het gesprek leidt, een observator die het gesprek volgt en de moderator ondersteunt (naast de moderator), en een onderzoeker die de technische kant op zich neemt en het gesprek in korte bewoording neerschrijft (recht tegenover de moderator).

#### **4.5.5 Data-analyse**

De verkregen gegevens wordt geanalyseerd volgens de principes de 'constant comparative method' (Strauss & Corbin, 1990).

Deze constant vergelijkende methode kenmerkt zich door het constant vergelijken van de data om tot betekenisvolle segmenten en interpretaties te komen. Om tot deze betekenisvolle segmenten en tot een verklaring te komen van het te onderzoeken fenomeen worden volgende stappen doorlopen:

- het doorgronden van de data om een globaal inzicht en begrip te krijgen over de inhoud van de data;

- het opmaken van een gedetailleerd coderingsschema door elke onderzoeker apart, te starten met een open codering of in-vivo codering, die later omgezet wordt in een axiale codering waarbij codegroepen worden gemaakt;
- het bediscussiëren van de individuele codering door alle onderzoekers, komen tot en consensus en het aanpassen indien noodzakelijk. Dit leidt tot een thesaurus van codes (zie bijlage 9.4.8). Het coderingsschema bestaat uit 92 verschillende codes gegroepeerd in 8 codecategorieën gerelateerd aan het doel van deze studie. De volgende 8 primaire codes werden gedefinieerd: (1) beschrijving van het MDT, (2) procedure, (3) hulpvraag van de cliënt, (4) de plaats van de cliënt en zijn omgeving, (5) samenwerking met de ergotherapeut, (6) problemen, (7) gesuggereerde oplossingen en (8) de ergotherapeut;
- het theoretiseren en recontextualiseren van de data, het herstructureren van de bevindingen door deze te organiseren in betekenisvolle segmenten gerelateerd aan de onderzoeksvraag. Deze stap is noodzakelijk om verschilpunten en overeenkomsten in de data te analyseren. Deze constante vergelijking van de data geeft nieuwe inzichten en vormt de basis om de data in betekenisvolle segmenten om te zetten;
- het opnieuw bediscussiëren van de nieuwe inzichten door alle onderzoekers.

Dit proces wordt lineair voorgesteld, maar kenmerkt zich in de realiteit door een constant heen en weer bewegen tussen de verschillende fases.

Voor de analyse werd gebruik gemaakt van het software programma N-vivo.

#### **4.5.6 Onderzoeksresultaten**

Vanaf deze sectie worden geen gegevens meer gebruikt die aangeleverd werden door de CLB's, omwille van argumenten besproken in punt 4.5.2.2 operationalisering van de criterium sampling.

Het luik van de onderzoeksresultaten is verdeeld in twee aan elkaar gelinkte delen. In het eerste deel wordt een beschrijving gegeven van de MDT's. De beschrijvende resultaten zijn noodzakelijk om de context te bepalen waarin de onderzoeksresultaten generaliseerbaar zijn. In het tweede deel wordt een antwoord geformuleerd op de onderzoeksvragen en worden analyses gemaakt volgens de constant vergelijkende methode zoals beschreven in punt 4.5.4 data-analyse.

De dataverzameling verliep vlot en afspraken met de gevraagde onderzoekssubjecten werden zonder moeite gemaakt. Alle gevraagde onderzoekssubjecten waren zeer bereidwillig, stelden veel bijkomend materiaal ter beschikking en nodigden de onderzoekers uit op andere momenten zoals ondermeer teamvergaderingen. Het onderzoek verliep in optimale bereidheid tot medewerken.

Alle vragen uit de respectievelijke interviewgidsen werden door de onderzoekssubjecten beantwoord. De individuele interviews duurden ongeveer een half uur tot 1 uur. De focusgroep interviews duurden 2 uur.

Om de bevindingen te verklaren en om de analyses te kwalificeren zijn citaten uit de aangeleverde tekstfragmenten ingevoegd. Hierbij wordt steeds vermeld uit welk interview het citaat komt en indien van toepassing wordt ook de beroepstitel vermeld van de persoon. Alle citaten die letterlijk worden overgenomen van de onderzoekssubjecten worden steeds in '*italic*' weergegeven.

Volgende afkortingen worden gebruik om aan te duiden uit welk interview het citaat komt:

Individueel Interview: II.  
Focusgroep multidisciplinair: FM.  
Focusgroep ergotherapie: FE.

#### **4.5.6.1 Beschrijving van de MDT's**

- **Verantwoordelijke van het MDT**

De geïnterviewde coördinatoren waren in alle gevallen een maatschappelijk assistent.

- **Samenstelling van het team.**

De aanwezigheid van verschillende disciplines in het MDT is sterk afhankelijk van het MDT zelf. Bij de vraag welke disciplines deel uitmaken van het MDT, valt op dat de onderzoekssubjecten uit de individuele interviews het MDT als 'ruimer' beschouwen dan enkel wat strikt genomen nodig is (zie punt 4.1.2 het MDT). Hoewel de ergotherapeut geen deel uitmaakt van de drie officiële disciplines wordt de ergotherapeut toch beschouwd als een lid van het MDT. De ergotherapeut wordt opgenomen in het team op verschillende manieren:

- in de erkende centra voor revalidatie is de ergotherapeut in dienst (in het intramurale team) en hierdoor is de ergotherapeut ook in te zetten voor dossiers IMB van het Vlaams Fonds;
- in erkend centrum voor maatschappelijk werk 2 is de ergotherapeut strikt genomen niet in dienst van het centrum, maar in dienst van een regionaal dienstencentrum. De ergotherapeut wordt geconsulteerd en is naast de werkzaamheden in het regionaal dienstencentrum gedeeltelijk vrijgesteld om dossiers IMB te helpen opmaken;
- in erkend centrum voor maatschappelijk werk 1 is een ergotherapeut in deeltijds dienst (60%);
- in dit zelfde centrum wordt ook samengewerkt met de ergotherapeuten via de mediotheken;
- in erkend centrum voor maatschappelijk werk 3 zijn er voor gans de regio 2 ergotherapeuten ter beschikking om de dossiers IMB te helpen opmaken;
- als zelfstandige ergotherapeut.

Algemeen kan gesteld worden dat er in de erkende centra voor revalidatie meer disciplines aanwezig zijn in het team dan bij de erkende centra voor maatschappelijk werk. Een overzicht van de samenstelling van de verschillende disciplines in het MDT wordt gegeven in tabel 4.1. Er wordt in de tabel aangeduid of de desbetreffende discipline Inamuraal (I) of Extramuraal (E) verbonden is aan het team.

	Erkend centrum voor revalidatie			Erkend centrum voor maatschappelijk werk		
	Nr 1	Nr 2	Nr 3	Nr 1	Nr 2	Nr 3
Maatschappelijk assistent coördinator	I	I	I	I	I	I
Maatschappelijk assistent teamlid				I	I	I
Psycholoog	I	I	I	I	I	E***
arts	I*	I*	I*	I**	I**	E***
Sociaal verpleegkundige	I		I			
Ergotherapeut	I	I	I	I en E	I	I
Kinesitherapeut	I	I	I			
Logopedist	I	I	I			
Andere: Refertewerker Vlaams Fonds				I		I
Administratief medewerker			I			
Diëtist			I			
Directie	I					

Tabel 4.1 Betrokken disciplines in de participerende MDT's, I= intramuraal, of verbonden aan het centrum. E= extramuraal, of niet rechtstreeks verbonden. \* meerdere artsen kunnen geraadpleegd worden, afhankelijk van de pathologie \*\* medisch adviseurs van de mutualiteit. \*\*\* contract per dossier.

Bij het erkend centrum voor maatschappelijk werk nummer 1 wordt aangegeven dat ze met een refertepersoon werken in het kader van de dossiers Vlaams Fonds. Deze refertepersoon is iemand die losstaat van de MDT's, maar wel de verschillende MDT's in de provincie (van dezelfde zuil) opvolgt en advies verleent daar waar noodzakelijk. Het volgende citaat verduidelijkt deze specifieke werkwijze:

II, maatschappelijk assistent en coördinator van het erkend centrum voor maatschappelijk werk nummer 1: *'Ja, de contactpersoon die alle wetgeving opvolgt, vorming geeft aan nieuwe medewerkers. Vrij intensief. Die bij de nieuwe medewerkers ook regelmatig langs gaat om dossiers op te volgen, te bekijken. Hoe loopt het, heb je al bijkomende vragen na de opleiding. Zij is ook dikwijls bij de teams aanwezig om te volgen wat er gebeurt, om de teams op elkaar te laten afstellen. Dat is zo'n beetje haar functie.*

Deze manier van werken wordt ook in erkend centrum voor maatschappelijk werk nummer 3 beschreven, alleen benoemen ze de persoon niet als refertepersoon, maar er is een gelijkaardige werking.

II, Onderzoeker: *'Dat is iemand die los staat van de drie MDT's?*

...

Maatschappelijk assistent van erkend centrum voor maatschappelijk werk nummer 3: *'Ja dat is iemand die volledig vrijgesteld is om enkel bezig te houden met dossiers Vlaams fonds en alle drie de teams volgt en zorgt dat dat afgestemd staat op elkaar. Ge werkt wel ver van elkaar en ge denkt dat je hetzelfde werkt maar als er niemand is die zich daarmee bezighoudt. ... voorbeeld dat van die videofoon en de parlofoon. Dat is iets dat heel lang aangesleept heeft. Dat is uit één MDT gekomen, zij hebben dat aangebracht dan bleek dat dat in een ander*



*MDT ook aan de orde was. Zij heeft dat dan verder uitgezocht wat en hoe. Er zijn er dan ook weigeringen gekomen en zo werd dat besproken en verspreid. ook de taak van de ergo wordt besproken want dat verschilt naargelang de regio. Hoeveel dossiers dat er aan bod komen, welke soort dossiers. Waarom kruipt er ginder zoveel tijd in de adviesrapporten en in een andere team minder tijd. Dan wordt dat bekeken van hoe komt dat. Hoe kan dat op elkaar worden afgestemd dat ze niet teveel in het ene team werkt.'*

- **Taken opgenomen door de verschillende disciplines**

De taken die opgenomen worden door de verschillende disciplines zijn afhankelijk van de setting, het soort MDT en de voorhanden zijnde disciplines. De taakinvulling kan per discipline als volgt samengevat worden:

- de maatschappelijk assistent neemt vaak een dubbele rol op zich. Enerzijds fungeert de maatschappelijk assistent als coördinator van het team en anderzijds doet de maatschappelijk assistent ook het veldwerk. In bepaalde gevallen worden deze taken door één en dezelfde persoon gedaan, in andere gevallen zijn dit twee verschillende personen. In het erkend centrum voor revalidatie nummer 3 wordt de taak van veldwerker opgenomen door een sociaal verpleegkundige, de taak van coördinator wordt in dit MDT waargenomen door een maatschappelijk assistent;
- de ergotherapeut wordt voornamelijk ingezet rond hulpmiddelen en woningaanpassing. (zie ook resultaten analyses in punt 4.5.5.2). In de erkende centra voor revalidatie is er mogelijks overlapping van de taakhoud tussen verschillende disciplines. Enerzijds tussen ergotherapie en logopedie als het over communicatie- en spraakhulpmiddelen gaat (volgens erkend centrum voor revalidatie nummer 1) en anderzijds tussen ergotherapie en kinesithérapie als het over rolstoelpositionering en orhesen gaat (volgens erkend centrum voor revalidatie nummer 3);
- de arts heeft afhankelijk van het MDT weinig tot iets meer inbreng, maar wordt aanzien als een belangrijke persoon bij het opmaken van het medische luik, en wordt beschouwd als belangrijk persoon om het dossier te ondertekenen.
- de kinesithérapeut en de logopedist worden zelden vernoemd en hebben in de dossiers IMB een beperkte taakinvulling;
- de psycholoog wordt in de dossiers IMB weinig betrokken. Desgevallend wordt de psycholoog ingeschakeld bij de psychologische begeleiding van cliënten indien nodig. Verder wordt de psycholoog geconsulteerd als er testen moeten afgenomen worden zoals IQ-testen bij kinderen.

In tabel 4.2 wordt de taakverdeling per discipline meer in detail weergegeven, de omschrijving wordt hierbij letterlijk overgenomen van de onderzoekssubjecten.

Discipline	Taakomschrijving
Maatschappelijk assistent coördinator.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Opvolgen administratie.</i></li> <li>• <i>Aan huis gaan voor administratie.</i></li> <li>• <i>Dossiers bijhouden.</i></li> <li>• <i>Alle gegevens verzamelen en bijeenbrengen.</i></li> <li>• <i>Alle dossiers doorlezen vooraleer ze buiten gaan naar Vlaams Fonds en zorgt voor doorsturen.</i></li> <li>• <i>Contacten en afspraken met externen.</i></li> <li>• <i>Centrale persoon voor follow up.</i></li> <li>• <i>Basis leggen van een nieuw MDT.</i></li> <li>• <i>Coördineren van alle facetten waarop MDT actief is.</i></li> <li>• <i>Coherente werking verzekeren, zorgen dat er geen tegenstrijdigheden zich voordoen.</i></li> <li>• <i>Overleg organiseren.</i></li> <li>• <i>Samenwerking met de artsen.</i></li> <li>• <i>Team en teamleden coachen, aandacht hebben voor samenwerking en communicatie, problemen opentrekken.</i></li> <li>• <i>Opvolgen van het werk van de teamleden.</i></li> <li>• <i>opvolgen van de complexe dossiers en vast aanspreekpersoon voor instellingen.</i></li> </ul>
Maatschappelijk assistent als teamlid of veldwerker.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bekijkt en onderzoekt of de vraag ontvankelijk is of niet.</i></li> <li>• <i>Is dossierverantwoordelijke.</i></li> <li>• <i>Legt contacten met de andere actoren, vb met de ergotherapie.</i></li> <li>• <i>Eerste contacten leggen met de cliënt.</i></li> <li>• <i>Medische gegevens opvragen.</i></li> <li>• <i>Verzamelen van de reeds beschikbare gegevens.</i></li> <li>• <i>Samen met ergo op huisbezoek gaan.</i></li> <li>• <i>Globaal beeld opstellen van cliënt: zelfredzaamheid, beroepsverleden, anamnese.</i></li> <li>• <i>Voorbereidend dossier opmaken voor ergotherapie.</i></li> <li>• <i>Cliënten op de agenda van teamvergadering brengen.</i></li> <li>• <i>Info geven over Vlaams Fondswetgeving aan de cliënten.</i></li> </ul>
Ergotherapeut.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hulpmiddelenadvies.</i></li> <li>• <i>Gespecialiseerd advies die maatschappelijk assistent niet kan geven.</i></li> <li>• <i>Informatie geven over de aankoop van bepaalde hulpmiddelen, meubels ea.</i></li> <li>• <i>Huisbezoeken.</i></li> <li>• <i>Ergotherapeutische beeldvorming en diagnostiek.</i></li> <li>• <i>Advies geven naar therapie toe voor andere ergotherapeuten uit de 'periferie'.</i></li> <li>• <i>Adviesrapporten schrijven.</i></li> </ul>
Logopedist.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hulpmiddelenadvies naar spraak- en communicatie toe (afbakening met ergo).</i></li> </ul>
Kinesitherapeut.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Leunt nauw aan bij ergo, maar wordt verder niet vernoemd door de meeste geïnterviewden.</i></li> <li>• <i>Rolstoelpositionering en orthesen.</i></li> </ul>

Psycholoog.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vrijwel geen taak binnen IMB.</i></li> <li>• <i>Kan een stuk psychologische begeleiding opnemen, indien dit nodig blijkt, terwijl aan Vlaams Fonds –dossier wordt gewerkt, omdat dit vaak nog onverwerkte zaken naar boven haalt.</i></li> <li>• <i>Kan erbij geroepen worden als men tijdens huisbezoek op een bepaalde problematiek stoot en stuk begeleiding opnemen, voornamelijk bij 'verwerking van'.</i></li> <li>• <i>Afnemen van IQ-testen bij kinderen.</i></li> <li>• <i>Doornemen van alle dossiers.</i></li> <li>• <i>Orthopedagoog leest alle dossiers na en focust vooral op 'gedrag'</i></li> </ul>
Arts.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Advies bij specifieke hulpmiddelen, bv spraak - en communicatie.</i></li> <li>• <i>Beperkte rol.</i></li> <li>• <i>Wordt altijd geconsulteerd bij rolstoelaanvragen.</i></li> <li>• <i>Nieuwe cliënten aanbrengen.</i></li> <li>• <i>Aangeven van gegevens waar ze reeds over beschikken, helpen formulieren invullen met gebruik van de juiste codes, vaststellen handicaps.</i></li> <li>• <i>Medische luik uitwerken.</i></li> <li>• <i>Nagaan of iemand 'inschrijfbaar' is.</i></li> <li>• <i>Alle nieuwe cliënten onderzoeken.</i></li> <li>• <i>Functioneel bilan opmaken.</i></li> <li>• <i>Adviesrapporten inzake hulpmiddelen bespreken met ergo, rekening houdend met prognose van de aandoening</i></li> </ul>

Tabel 4.2 Overzicht van de taken van de verschillende disciplines.

### • **Structuur van de onderlinge samenwerking**

De structuur van de onderlinge samenwerking wordt eveneens bepaald door het MDT zelf. Bij de erkende centra voor maatschappelijk werk gaat het van een 'echt' teamwerk tot '*bilateraal overleg*'. Bij de erkende centra voor revalidatie is er sprake van 'echt' teamwerk in de teams, maar dit gaat dan niet over een 'eng' MDT in het kader van Vlaams Fonds alleen.

Wel blijkt uit de verschillende interviews dat de maatschappelijk assistent in de samenwerking een zeer bepalende rol heeft.

Om dit een stuk te duiden wordt hier een beschrijving gegeven van deze onderlinge samenwerking ingedeeld per MDT:

#### *Erkend centrum voor revalidatie 1:*

Dit MDT typeert zichzelf als een team dat IMB dossiers opmaakt als extra service voor haar cliënten. De maatschappelijk assistent is de coördinator van het MDT. OP teamvergaderingen worden de cliënten besproken. Men kijkt samen met de verschillende teamleden hoe de cliënt het best kan geholpen worden. Het team heeft voor alles duidelijk uitgestippelde procedures en vindt goede afspraken tussen de verschillende teamleden heel belangrijk.

#### *Erkend centrum voor revalidatie nummer 2:*

De coördinator van dit MDT beschrijft zijn team als een nog zeer jong MDT met weinig

ervaring, maar geeft tevens aan 'alles in huis' te hebben om dossiers IMB op een goede en degelijke manier op te maken. De spilfiguur is de maatschappelijk assistent die de coördinatie op zich neemt en tevens de eerste stappen zet om het dossier op te starten. Voor het opmaken van het dossier is er veel overleg tussen alle aanwezige disciplines. Deze disciplines kenmerken zich door ook in de dagdagelijkse werkzaamheden samen te werken in teamverband. Betreffende de adviesrapporten is er veel overleg tussen de coördinator en de ergotherapeut. De ergotherapeut volgt de teamvergaderingen op en communiceert met de arts. Ook de reacties vanwege Vlaams Fonds (goedkeuring, vraag om bijkomende info, ...) deelt de coördinator mee aan de ergotherapeut.

*Erkend centrum voor revalidatie nummer 3:*

Dit team gaat er van uit dat ze een zeer gedifferentieerd team hebben, zodat de cliënt er terecht kan met al zijn hulpvragen, dus maar één adres nodig heeft. Ze hebben een multidisciplinaire werking en een integraal behandelingsaanbod.

Het team start met een disciplinaire beeldvorming of bilan van de cliënt, waarna ze al deze 'beelden' (bilans) dan samen leggen en kijken of de puzzel klopt. Samen gaan ze dan na welke hulpverleningsaccenten moeten gelegd worden. Er zijn volgens de coördinator, zeker overlappingsgebieden. Het behandelingsplan (als het geheel) wordt vastgelegd op papier.

Indien op huisbezoek wordt gegaan, gaat de sociaal verpleegkundige eventueel samen met de ergotherapeut. Er zijn meestal multidisciplinaire consultaties, waarbij bewust wordt gekozen om ergo en kiné samen de consultaties te laten doen, zo is er continu feedback, dit vinden ze belangrijk bij de twee disciplines die zo veel raakvlakken hebben. Ze erkennen echter de eigenheid van iedere discipline. Het evalueren van de functionele mogelijkheden wijzen ze aan ergo toe. Er zijn behalve de multidisciplinaire consultaties ook wel unidisciplinaire consultaties.

*Erkend centrum voor maatschappelijk werk nummer 1:*

De coördinator van het team geeft aan gericht te zijn op teamwork en het afstemmen van de 'verscheidenheid' van alle betrokken disciplines. De maatschappelijk assistent is de spilfiguur in de dossiers IMB. Zij verzamelen alle informatie en vragen advies aan de ergotherapeut wanneer ze vinden dat ze deze nodig hebben. De coördinator is de 'dispatcher', die de dossiers doorgeeft aan de juiste personen; de arts, de psycholoog en de ergotherapeut. Doorheen de jaren hebben de verschillende MDT-leden veel van elkaar geleerd en expertise opgebouwd. Complexere zaken gaan dan naar de ergo's door. De geïnterviewde geeft aan dat de maatschappelijk assistenten hiertoe niet opgeleid zijn. De geïnterviewde geeft aan dat er vroeger meer teamwork was en dat dit nu eigenlijk een tekort is.

*Erkend centrum voor maatschappelijk werk nummer 2:*

Alles start bij de veldwerker maatschappelijk assistent, die op eigen initiatief contact opneemt met de arts en de ergotherapeut. De maatschappelijk assistent beslist zelf of de ergotherapeut betrokken wordt bij het opmaken van een adviesrapport. Het schrijven van het dossier wordt aanzien als een taak van de maatschappelijk assistent, het advies betreffende de hulpmiddelen wordt doorgegeven aan de ergotherapeut. Het volgende citaat illustreert deze stelling:

II, coördinator van het MDT: *'Ik laat hen de keuze. Je kan ook zeggen van: nee dat is het systeem niet en dat is de lijn. Ik vind zij moeten al zoveel dingen kunnen. Ik kan niet van iedereen eisen dat een woonaanpassing dat is toch zo specifiek... Ook vooral omdat ik vind het MDT, euh excuseer de A002, dus het dossier. Het beschrijvend gedeelte dat is zeker het werk van een maatschappelijk assistente, samen met adviseur enzo. Maar waar het dus inderdaad gaat over adviesrapporten en de motivaties voor ingewikkelde dingen, dat is eigenlijk ons opleiding niet.'*

Er is een duidelijke samenwerking tussen de ergotherapeut en de maatschappelijk assistent. De maatschappelijk assistent doet een groot deel van het voorbereidend werk, waardoor de ergotherapeut sneller en efficiënter kan werken. Veel hangt af van (a) de persoonlijkheid van de maatschappelijk assistent, (b) de ervaring en zelfzekerheid en (c) de beschikbare tijd van de maatschappelijk assistent én de ergotherapeut. De coördinator zegt niet te kunnen spreken van een echt team en teamoverleg maar eerder van 'bilateraal overleg' (eigen woorden), met de maatschappelijk assistent als centraal figuur. Als er een teamoverleg is dan komt het initiatief van de maatschappelijk assistent, de ergotherapeut of de coördinator van het MDT.

*Erkend centrum voor maatschappelijk werk nummer 3:*

Een aanvraag voor een nieuw dossier IMB komt wordt gestart bij de coördinator, die het dossier doorgeeft aan maatschappelijk assistent. De veldwerker maatschappelijk assistent is de spilfiguur, neemt de eerst contacten, verzamelt de nodige informatie en vraagt de ergotherapeut in consult. De maatschappelijk assistent maakt een voorbereidend dossier op en geeft dit door aan de ergotherapeut, het dossier wordt desgevallend samen besproken. Het team focust heel erg om team-spirit en wanneer alle betrokken partijen klaar zijn met hun voorbereidende werk wordt alles samen besproken op een teamvergadering. De bedoeling in de toekomst is om ook de psycholoog erbij te betrekken.

Teamvergaderingen gaan echter niet alleen over de cliënten en dossiers maar ook over hoe wordt gewerkt, hoe wordt samengewerkt en over problemen die zich voordoen.

- **Problematieken en leeftijden van de cliënten waarmee de MDT's geconfronteerd worden**

De problematieken waarmee de verschillende MDT's geconfronteerd worden zijn zeer divers en verschillen naargelang het MDT. Er is wel een duidelijk onderscheid tussen de erkende centra voor revalidatie en de erkende centra voor maatschappelijk werk. In de hoedanigheid van het revalidatiecentrum zijn de cliënten reeds in huis en kan het MDT de dossiers IMB als extra service aanbieden naar hun reeds in behandeling zijnde cliënten. Dit wordt zelfs expliciet vermeld door de coördinator van erkend centrum voor revalidatie nummer 1. Een citaat uit dit gesprek illustreert dit:

II, Coördinator van het MDT, maatschappelijk assistent: *'Wij proberen eigenlijk voor aanvragen Vlaams fonds toch wel een bijkomende dienst te verlenen aan ons cliënteel dat we hebben vanuit het revalidatiecentrum.'*

Er is bij de erkende centra voor revalidatie afhankelijk van het MDT dan ook een duidelijker beeld te scheppen van de problematieken. Deze centra hebben zich in bepaalde gevallen gespecialiseerd naar bepaalde doelgroepen toe en hebben dus ook een zeer specifieke cliëntenpopulatie. Alle leeftijden komen aan bod. Een kort overzicht van de cliëntengroepen wordt gegeven aan de hand van een aantal concrete citaten:

II, Coördinator van erkend centrum voor revalidatie nummer 1: *'Ge hebt dus enerzijds de gewone multidisciplinaire verslagen vb. een kind dat hier aangemeld wordt dat vb naar een type II moet waar een MPI aan is, waar wij het multidisciplinaire verslag van maken. Of dat thuisbegeleiding nodig heeft. Die zaken vragen wij dus aan....en dat is dan meer vanuit het team dat hier ook wel onafhankelijk werkt rond een NAH-problematiek. Dat is hier vooral sterk uitgebouwd naar volwassenen toe. Iets minder naar kinderen toe..'*

II, Coördinator van erkend centrum voor revalidatie nummer 2: *'Dat is dus eigenlijk een moeilijkheid bij neuromusculaire aandoeningen. Dat men spreekt over een zeer gediversifieerde groep... want wat verstaat men onder neuromusculaire aandoeningen: dat zijn alle aandoeningen die dus een gevolg zijn van een deficiënte spierwerking, een spierafbraak, een afbraak van spierweefsel waarbij de oorzaak gelegen is in het defect van het motorneuron tot en met het spierweefsel zelf... nu wat is de grootste groep. De grootste groep hier is de groep van de musculaire dystrofieën.'*

...

*'Vanaf de leeftijd van 2-3-4 maanden omdat er ook congenitale aandoeningen zijn, aangeboren aandoeningen die zeer vlug gediagnosticeerd worden tot 70-75. Dat zijn dus echt alle leeftijden. Daar kun je echt niet zeggen van we zitten hoofdzakelijk met die groep of met die groep. Wat we wel kunnen zeggen is dat de verhouding 2/3 volwassenen, 1/3 pediatrie patiënten is.'*

Voor de erkende centra voor maatschappelijk werk ligt dit anders, in die zin dat de cliënten de weg naar een revalidatiecentrum om diverse redenen niet nodig hebben of nog niet gevonden hebben, of zijn bijvoorbeeld ontslagen uit het ziekenhuis. De cliënten zijn bij de leden van dit MDT meestal niet door het MDT gekend. De cliënt is echter wel meestal vertrouwd met het centrum (mutualiteit). Hierdoor is de drempel om zich aan te melden laagdrempelig. Het betreft dan ook heel vaak een niet specifieke doelgroep. De leeftijdscategorie betreft hier vooral volwassenen. Een aantal coördinatoren van de erkende centra voor maatschappelijk werk omschrijven dit als volgt:

II, coördinator van erkend centrum voor maatschappelijk werk 1: *'We krijgen het ganse gamma, gaande van kleine eenvoudige problemen tot de echte complexe zaken ... ook veel visuele problemen...'*

II, coördinator van erkend centrum voor maatschappelijk werk 3: *'Euh voornamelijk zwaar fysieke handicaps. Dus euh, heel dikwijls met een zwakke sociale achtergrond. Dat is toch wel... Die meestal nergens terecht kunnen, ook nog niet in een instelling zitten en vaak thuis verzorgd worden door de partner of door diensten. En ik denk dat dat de grootste groep is.'*

*Euh, om het bij naam te noemen, MS-patiënten, rolstoelpatiënten dikwijls met verlamming na accident of na hersenbloeding. Dat zijn de zwaarste helft maar toch wel veel.'*

...

*Euh, tussen 40 en 60, ik denk dat dat de grootste groep is. Jongere mensen iets minder. Ik denk dat die dikwijls via dagcentra of via school, bijzonder onderwijs ook hun weg vinden. Ik heb het gevoel dat die minder bij ons terecht komen waarmee de groep tussen 40 en 60 nog nergens contact heeft met specifieke diensten van hun handicap.'*

*Mensen tussen 60 en 65 zeker. En ook degenen boven de 65, die dikwijls te oud zijn voor ingeschreven te worden bij het Vlaams fonds dienen toch dikwijls nog een aanvraag in.'*

...

Onderzoeker: *'En ook ouderen die reeds een dossier hadden bij het Vlaams fonds?'*

...

Maatschappelijk assistent: *'Ja, die zeker. Die telkens opnieuw bijkomende vragen stellen.'*

- **Het aantal dossier het afgelopen jaar, de benodigde tijd om een dossier op te maken en het tijdsverloop tussen de aanmelding en het opsturen naar het Vlaams Fonds**

Er is in het onderzoek gepeild naar een aantal numerieke waarden zoals het aantal dossiers, en de tijd die men aan een dossier besteed. Een kwalitatieve methode is hiervoor niet het meest aangewezen en is een kwantitatieve methode beter. Toch geven de beschrijvingen ons enig inzicht in de verschilpunten tussen de erkende centra voor maatschappelijk werk en de erkende centra voor revalidatie.

Het aantal dossier is zeer wisselend per MDT, en dit is afhankelijk van een aantal factoren zoals het aantal maanden dat er al erkenning is, de grootte van bijvoorbeeld de mutualiteit, enzovoort. De verschillende MDT's kunnen dus niet met elkaar vergeleken worden wat betreft het aantal dossiers.

Wat betreft de tijdsduur die gependend wordt aan een dossier van bij aanvang tot het doorsturen naar het Vlaams Fonds zijn er grote verschillen. Algemeen kan gesteld worden dat de erkende centra voor maatschappelijk werk iets langer aan een dossier werken dan de erkende centra voor revalidatie. Erkende centra voor revalidatie hebben op dit vlak een voordeel omdat de cliënt in de meeste gevallen al gekend en reeds therapie heeft ontvangen van de verschillende disciplines. De gegevensverzameling kan op die manier dus veel efficiënter verlopen.

In het kader van dit beschrijvende luik is het belangrijk om stil te staan bij de factoren die bepalen hoe lang een dossier duurt. De onderzoekssubjecten geven aan dat er 3 belangrijke determinanten zijn die bepalen hoe lang aan een dossier gewerkt wordt; (a) het te kort aan mankracht en de mate waarin de verschillende disciplines efficiënt en gemakkelijk kunnen geraadpleegd worden om hun informatie aan te leveren, (b) de complexiteit van de vraag en (c) de ernst van de problematiek.

Elk van deze determinanten wordt hierbij gestaafd door de volgende citaten:

II, coördinator van erkend centrum voor maatschappelijk werk nummer 3: *'Dat kan gaan, ik denk aan een periode van een maand tot 5-6 maanden naargelang ingewikkeldheid van de zaak en ook hoe vlot dat je de gegevens binnen krijgt. Op het moment dat de vraag binnenkomt en het afwerken van een dossier heb je daar ... Dat kan een half jaar zijn. Dat is lang. Maar dat is voor ons onvermijdelijk. We hebben geen... , we hebben 2 ergotherapeuten voor heel de provincie en dat is niet veel hé.'*

II, coördinator van erkend centrum voor maatschappelijk werk nummer 1: *'Al zeker de complexiteit van de vraag, uiteraard. Maar ook welke info geeft de cliënt ons al... weet die al veel, weet hij wat hij wil, heeft hij al een hulpmiddel in gedachten en weet hij de details, leveranciers. Als er nog geen dossiers is bij het vlaams fonds, dan moeten we een MDV opmaken, dat duurt dan zeker een maand ... dan moet de arts er bijkomen, is er veel info van de arts, is er al veel medische info...? aja, als dat vragen zijn enkel rond zorg of werk, enkel incontinentiemateriaal. Dan kan dat sneller gaan maar voor de moment dat dat iets complexer is dan duurt het langer.'*

II, coördinator van erkend centrum voor maatschappelijk werk nummer 2: *'En ook de ernst van de problematiek hé. Kan men aan medische verslagen geraken ja of neen. Dat speelt ook wel mee. Ook mensen liggen soms in de kliniek en kunnen niet bij de arts komen. Dat is wel belangrijk dat hij die ziet dus dat maakt ook deel uit van het feit dat het soms lang duurt.'*

- **Samenwerkingsverbanden buiten het MDT**

Uit de verschillende interviews blijkt dat er in het kader van de dossiers IMB ook contacten zijn met externen, enerzijds om advies te geven, en anderzijds om advies te vragen. Er wordt samengewerkt met verschillende diensten, afhankelijk van welke problematieken aan bod komen; vooral personen met een 'visusproblematiek' vragen blijkbaar bijkomende expertise. Allen meldden wel op KOC beroep gedaan te hebben in enkele gevallen zoals blijkt uit de bijhorende citaten:

II, coördinator van erkend centrum voor revalidatie nummer 2: *'Ik moet wel zeggen, het is van één dossier Vlaams fonds, heb ik een paar keer gebeld met het Vlaams fonds en het was de specifieke mevrouw die het dossier deed en die gaf wel goeie... Het was onze eerste keer, we wouden het eigenlijk goed doen. En die had mij wel goed geholpen.'*

...

*'We zijn ook een naar die opleiding geweest van KOC. Het was zeer interessant omdat we praktische oefeningen kregen. Wij hebben dat redelijk goed gedaan.'*

II, coördinator van erkend centrum voor revalidatie nummer 3: *'Dat houdt heel concreet in dat wanneer patiënten hier op raadpleging komen, poliklinisch, dat een volledig verslag van de multidisciplinaire raadpleging naar de perifere collega gaat die dat behandelt. Medicus, paramedicus, om het even. Dat daar een aantal disciplinaire behandelingsadviezen in staan. En dat indien we dat opportuun achten, zelf ook nog een keer de collega in de periferie contacteren of er bij langsgaan om dat toe te lichten voor zover dat nodig is. Het is anderzijds ook zo dat die verslagen van die raadpleging een uitnodiging zijn aan de perifere collega's om met ons in overleg te treden, om zelf vragen aan te kaarten die ze hebben, om zelf adviezen te vragen in het kader van de behandeling. Zodanig dat die lokale therapie optimale slaagkansen krijgt en ook een optimale kwaliteit heeft.'*

II, coördinator van erkend centrum voor maatschappelijk werk 2: *'Het enigste we hebben nu wel een akkoord met licht en liefde om als er dossiers zijn die echt van blinden. Die een volledige aanpassing van vanalles en nog wat betreffen. Dan besteden we dat dossier uit. Voor adviesrapporten. (gemompel) ... Wel voor de adviesrapporten enzo. Omdat wij vinden dat dat zo specifiek kan zijn. De aanpassingen, arbeidspost en al van die zaken. Daar hebben wij dus een overeenkomst mee. Dat is nog het enige op dit ogenblik.'*

II, coördinator van erkend centrum voor maatschappelijk werk 3: *'Wanneer de hulpvraag zo ingewikkeld is of wanneer de ergo's en de MA's zo niet echt weten van: goh wat kunnen we doen, of welke firma's kunnen we aanspreken. Wanneer zij niets vinden op de vlibank<sup>3</sup> dan contacteren zij KOC of experts die dan eens langsgaan. Vooral bij mensen... euh... gehoorgestoorden en blinden.'*

- **Aanmelding van de cliënt bij het MDT**

De aanmelding van de cliënt met een specifieke hulpvraag kan op verschillende manieren gebeuren:

- De cliënt zelf biedt zich aan met een bepaalde vraag, twee mogelijkheden zijn die bepalend zijn voor het team:
  - Deze vraag is duidelijk en kan direct aangepakt worden.
  - Deze vraag is vaag en dient verder geëxploreerd te worden door het team.

---

<sup>3</sup> De vlibank is de databank van het KOC waar men kan raadplegen welke hulpmiddelen op de markt aanwezig zijn.



- De familie van de cliënt biedt zich aan met een bepaalde vraag, en dit met 2 verschillende uitgangspunten:
  - De familie vraagt iets voor een familielid.
  - De familie vraagt hulpmiddelen en/of woningaanpassing voor eigen ondersteuning bij de 'zorg' voor een familielid.
- Iemand van het team (arts, maatschappelijk assistent,...) merkt iets op en gaat verder exploreren of een aanvraag voor het Vlaams Fonds niet aangewezen is. Dit gebeurt op twee manieren:
  - Het team (vooral erkende centra voor revalidatie) houden hiermee rekening bij opname in hun centrum.
  - Het team doet preventieve aanvragen bij personen rond de leeftijd van 60 jaar.

De volgende citaten verduidelijken een stuk wat hierboven is samengevat:

II, coördinator van erkend centrum voor revalidatie 1:

Het team bekijkt de mogelijkheden voor een aanvraag:

*'Wat wij gaan doen als iemand dus hier aangemeld wordt voor therapie, dus met de problematiek laat ons zeggen: hersenbloeding of herseninfarct of coma of die zaken. Dan gaan wij eerst en vooral gaan inventariseren welke mogelijke aanvragen buiten revalidatie kan gedaan worden. Is dat iemand die bijvoorbeeld hulpmiddelen nodig heeft of nodig zou kunnen hebben in de toekomst. Als dat vanuit het team gezegd wordt ja, dan is dat een optie die we in gedachten houden. Daarom doen wij dat nog niet direct. Wij leren die mensen wat beter kennen. Maar wij gaan ook kijken van: als het nog een vrij jong en mobiel iemand is, mag die nog met de wagen rijden. Moet daar geen aanvraag, CARA<sup>4</sup> enzo voor gebeuren.'*

De cliënt zelf komt af met een vraag:

*'Natuurlijk er zijn ook mensen die heel goed weten wat zij willen. En waardat wij die dan ook wel wat gaan begeleiden van is dat wel het goede hulpmiddel. Ge moet toch een keer kijken want er bestaan een aantal varianten.'*

De familie is eerder de vraagsteller:

*'...terwijl naar kinderen toe dat is nog niet zo ingrijpend omdat die nog jong zijn, dikwijls worden die nog gedragen. Ik denk dat dan eerder naar hulpmiddelen is van verstelbare bedden en buggy's en die zaken eigenlijk.'*

II, coördinator van erkend centrum voor revalidatie 3:

Vanuit de vraag van een cliënt:

*'Er wordt vertrokken eigenlijk in zeer belangrijke mate vanuit een ander gegeven, van wat is de hulpvraag van deze patiënt. Dat is eigenlijk iets belangrijk. Dat staat altijd centraal. Wat zien we dat patiënten niet altijd in staat zijn om hulpvragen, hetzij zelf te formuleren, hetzij zelf te detecteren.'*

Via de artsen, maar ook via patiëntenverenigingen

*'Hoofdzakelijk via medische verwijzing maar er zijn ook een aantal patiënten die op eigen initiatief de stap zetten omdat ze over ons horen via patiëntenvereniging en dergelijke meer.'*

II, coördinator van erkend centrum voor revalidatie 2:

---

<sup>4</sup> CARA: Centrum voor Aanpassing aan het Rijden van gehandicapte Automobilisten

Via een teamlid:

*'Er is één iemand bij of twee eigenlijk, waar het zeer specifiek. Maar het is eigenlijk door middel van de ergo die al bezig is met de cliënt dat dat duidelijk wordt. Zij komen dan naar ergotherapie en daarin wordt dat eigenlijk... Het is via ergo dat het duidelijk wordt.*

*Vanuit binnenshuis is het meestal van mijn collega die sociale dienst doet of de SP-dienst. En van de dokter die zegt: van kijk dat is een kandidaat die misschien in aanmerking zou kunnen komen. En dan ga ik mij voorstellen.'*

II, coördinator van erkend centrum voor maatschappelijk werk 3:

Rechtsreeks of via de artsen:

*'Soms rechtstreeks bij de mensen. Onze leden weten wel dat ze bij de mutualiteit terecht kunnen. Of artsen verwijzen ook dikwijls door naar mutualiteit: neem contact op met sociaal dienst van het ziekenfonds.'*

De cliënt komt zelf met de vraag en vindt het MDT via via:

*'of via de website,... of stappen naar het Vlaams fonds en zeggen stuur een lijst op met alle MDT's en dan nemen ze contact op. Dan komen ze hier terecht.*

*Of gewoon dat nieuws hoort waaien of zij leest nen keer in S-magazine of in het bladje van de VFJ of in andere tijdschriften die melding maken van het Vlaams fonds.*

*In de media is toch ook redelijk wat gezegd geweest rond zorgen en dergelijke. Dat doet een belleke rinkelen en dan bellen ze ons een keer.'*

II, coördinator van erkend centrum voor maatschappelijk werk 2:

Preventieve inschrijving:

*'Als je dus iemand krijgt die boven de 60 is waarvan je ziet dat zich dat ontwikkelt dan gaat men vaak een inschrijving van een bepaald hulpmiddel of een bepaalde doen.*

*Wij krijgen die signalen wel zo ... andere vragen die opgesteld worden. Vb. een vraag zorgverzekering komen bij iemand waarvan we zien van: oh, er moet hier wel wat gebeuren. Er kan hier wel wat gebeuren. In die zin kunnen we dus nu wel een stuk door die zorgverzekering. Je kunt ook als ze voor de leeftijd van 65 zijn, gaan inschatten van wat is er hier nodig en kan je die nog inschrijven.'*

#### **4.5.6.2 Het waarom van de samenwerking met de ergotherapeut en de knelpunten bij het opmaken van dossiers IMB**

Vanaf dit deel van de onderzoeksresultaten worden de gegevens verwerkt in betekenisvolle segmenten. Deze betekenisvolle segmenten overstijgen een pure beschrijving van de data, door de data te analyseren en te recontextualiseren zoals beschreven in de data-analyse in punt 4.5.4. De onderzoeksresultaten zijn gestructureerd in 3 centrale thema's. Deze thema's zijn een weergave van de analyse en zijn gebaseerd op de gecodeerde tekstfragmenten aangeleverd door de verschillende onderzoekssubjecten uit de individuele interviews en de focusgroep-interviews (interdisciplinair, FM en ergotherapeuten FE). Er zijn 7 subthema's gedefinieerd die gestructureerd worden onder de 5 centrale thema's, zoals voorgesteld in tabel 4.3

Om de bevindingen te verklaren en om de analyses te kwalificeren zijn ook hier citaten uit de aangeleverde tekstfragmenten ingevoegd. Hierbij wordt steeds vermeld uit welk interview het citaat komt.

Thema 1	Samenwerking met de ergotherapeut om hiaten in de dienstverlening te voorkomen.	
	Subthema 1	Het inschakelen van de ergotherapeut omwille van hun kennis en expertise van hulpmiddelen en omgevingsaanpassing.
	Subthema 2	Het inschakelen van de ergotherapeut omwille van zijn kennis van de beïnvloedende omgevingsfactoren op het handelen van de cliënt.
	Subthema 3	Het inschakelen van de ergotherapeut omwille van de competentie om de adaptieve respons van de cliënt in te schatten.
Thema 2	De outcome georiënteerde dienstverlening van het Vlaams Fonds ten opzichte van de cliëntgerichte dienstverlening van het MDT.	
	Subthema 4	Het gebrek aan basisfunctionaliteit van het MDT waardoor er niet efficiënt kan gewerkt worden.
		4.1 Gebrekkige basisfunctionaliteit ten gevolge van onvoldoende financiële middelen, algemene stelling.
		4.2 Gebrekkige basisfunctionaliteit ten gevolge van onvoldoende financiële middelen, het probleem van de follow-up.
		4.3 Gebrekkige basisfunctionaliteit door het niet erkennen van de ergotherapie als officiële discipline.
		4.4 De frustratie bij de ergotherapeuten omtrent het gebruik van de uniforme methodologie.
	Subthema 5	Het probleem van de erkenning van de teams
	Subthema 6	Het probleem van de lange wachttijden voor de goedkeuring van de hulpmiddelen en/of woningaanpassingen.
	Subthema 7	Het probleem van het shoppen tussen de teams.
Thema 3	Beslissingsbomen, teamwerk en een tussenpersoon als oplossingen voor een echte dienstverlening.	

Tabel 4.3 Resultaten van de analyse van de data uit de individuele interviews en de focusgroep interviews.

#### 4.5.6.2.1 Samenwerking met ergo om hiaten in de dienstverlening te voorkomen

Inleidend op dit thema kan gesteld worden dat ergotherapeuten heel vaak geconsulteerd worden wanneer een MDV wordt opgesteld voor een dossier IMB. Getuige daarvan zijn de vele citaten uit individuele interviews en de multidisciplinaire focusgroep zoals verder beschreven in dit luik. Zie ook de beschrijving van de teams in punt 4.5.5.1

Uit de analyse van de interviews is het niet mogelijk sluitende verklaringen te trekken over het aantal doorverwijzingen naar ergotherapie. Er is een grote diversiteit te merken bij de verschillende MDT's. Sommige MDT's spreken van doorverwijzing bij alle dossiers IMB (erkend centrum voor maatschappelijk werk 3 en erkend centrum voor revalidatie 2), een ander MDT's spreekt van 30% van het totale aantal dossiers (erkend centrum voor maatschappelijk werk 1). Het is echter niet duidelijk of deze 30% van toepassing is

op de dossiers IMB, of op alle dossiers van het Vlaams Fonds.  
Van alle andere teams ontbreekt deze informatie.

Een belangrijke taak van het team dat door vele onderzoekssubjecten wordt aangehaald is het opmaken van een functioneel bilan van de cliënt. Het functioneel bilan wordt niet door alle onderzoekssubjecten op dezelfde manier gedefinieerd; door sommige MDTs wordt een functioneel bilan louter gezien als het in kaart brengen van de mogelijkheden en de beperkingen in het handelen van de cliënt. Voor anderen betekent het opmaken van een functioneel bilan zo veel als het verzamelen van de gegevens over wat de cliënt wil (qua hulpmiddelen). In dit laatste geval wordt niet direct stil gestaan bij de mogelijkheden en de beperkingen die de cliënt heeft.

Alle onderzoekssubjecten zowel uit de individuele als uit de focusgroep interviews zijn er echter van overtuigd dat er gegevens moeten verzameld worden om een goed advies te kunnen geven naar de cliënt toe betreffende de hulpmiddelen. De start van de gegevensverzameling start vanuit de hulpvraag van de cliënt zoals de coördinator van erkend centrum voor revalidatie nummer 3 duidelijk omschrijft in zijn citaat:

II, coördinator van erkend centrum voor revalidatie nummer 3: *'Er wordt vertrokken eigenlijk in zeer belangrijke mate vanuit een ander gegeven, van wat is de hulpvraag van deze patiënt. Dat is eigenlijk iets belangrijk. Dat staat altijd centraal.'*

Afhankelijk van het MDT wordt de ergotherapeut (a) van de start betrokken bij het opmaken van het functioneel bilan, (b) wordt de ergotherapeut pas later ingeschakeld of (c) wordt de ergotherapeut nadien ingeschakeld om een aanvullend bilan op te maken op basis van de reeds verwerkte gegevens van andere disciplines. Vast staat wel dat er in het kader van dit functioneel bilan vaak, maar niet altijd een beroep gedaan wordt op een ergotherapeut.

De manier waarop ergotherapeuten gelokaliseerd worden om mee samen te werken is reeds besproken in punt 4.5.5.1 en is dus afhankelijk van de werksituatie waarin het MDT erkend is. Het aantal disciplines verbonden aan een erkend centrum voor revalidatie overstijgt het verplichte aantal disciplines in een erkend MDT van het Vlaams Fonds. Zo zijn in een erkend centrum voor revalidatie naast de maatschappelijk assistent, de psycholoog en de arts die verplicht zijn voor een MDT ook ergotherapeuten, kinesitherapeuten en vaak ook logopedisten tewerkgesteld. De ergotherapeut als lid van zo een intramuraal team kan gemakkelijk geconsulteerd worden wanneer de maatschappelijk assistent een dossier IMB opstart. Een interactie tussen de moderator van het focusgroep interview en een maatschappelijk assistent van een erkend revalidatiecentrum illustreert dit:

FM, moderator: *'ik zou eigenlijk willen terug komen naar de basis van dit onderzoek, wanneer gaan jullie expliciet een dossier doorsturen naar de ergo? Ik heb al gehoord wisselwerking, verwijzing,...*

Maatschappelijk assistent: *'altijd, van bij aanvang... die zit bij ons in het team.'*

Bij de erkende centra voor maatschappelijk werk is er blijkbaar niet altijd een ergotherapeut vast verbonden in het centrum, en wordt de ergotherapeut op een andere manier geconsulteerd zoals door een maatschappelijk assistent geduid wordt:

FM, maatschappelijk assistent: *'... dus wij hebben geen ergotherapeuten of adviseurs,... euh, daarom wordt zoveel mogelijk beroep gedaan op eventueel de vereniging Edith of in samenwerking met zelfstandige ergotherapeuten. Ik ga wel eerlijk zijn, niet in elk dossier wordt ergotherapeutisch advies verleent, we zitten hier ten opzichte van ander teams,.. een stuk met een handicap,...*

Belangrijk in het kader van dit thema is om stil te staan bij het hoe en het waarom van deze samenwerking. De analyses onthullen 3 subthema's die aangeven waarom een ergotherapeut geconsulteerd wordt.

### **Subthema 1: Het inschakelen van de ergotherapeut omwille van hun kennis en expertise van hulpmiddelen en omgevingsaanpassing.**

Uit de analyse van de data blijkt dat ergotherapeuten geconsulteerd worden omwille van hun kennis en expertise van de hulpmiddelen, vooral wanneer het handelt over meer complexe hulpmiddelen en woningaanpassingen. Volgens de onderzoekssubjecten van de multidisciplinaire focusgroep blijkt dat het adviseren van hulpmiddelen en/of woningaanpassing specifieke competenties vergt. Competenties waartoe de verplichte leden van een MDT niet zijn opgeleid. De volgende citaten uit de multidisciplinaire focusgroep bevestigen deze stelling:

FM, maatschappelijk assistent verbonden aan een erkend revalidatiecentrum: *'Dienen traplift, ge hebt er verschillende soorten. Dan moet je advies geven van welke is voor die persoon het meest aangewezen. Dus dat is eigenlijk wel een enorme expertise vind ik. Je moet dan ook constant bijhouden, die evolutie van hulpmiddelen die er ook zijn. Vandaar dat ik het zo belangrijk vond dat die ergotherapeut daarbij gekomen is.'*

FM, maatschappelijk assistent: *'ik vind de rol van de ergotherapeut zeer belangrijk, ten eerste omdat zij al veel leerstof meegekregen hebben... en zij hebben een enorme kennis van de hulpmiddelen'*

Uit de focusgroep ergotherapie kunnen gelijkaardige conclusies getrokken worden, maar deze conclusies worden genuanceerd. De ergotherapeuten uit de desbetreffende focusgroep geven aan dat ze specifiek zijn opgeleid tot het adviseren van hulpmiddelen en woningaanpassingen. Kennis en expertise van de hulpmiddelen wordt door de ergotherapeut niet gezien als de kennis van het aantal hulpmiddelen op de markt, doch eerder als de competentie om de juiste keuze te maken op basis van onder andere de soorten hulpmiddelen die er bestaan. Tevens wordt door verschillende ergotherapeuten aangehaald dat de competentie van 'hulpmiddelenadviseur' is opgenomen in het beroepsprofiel. Een ergotherapeut uit de focusgroep geeft aan waarom hij wordt betrokken in het opstellen van een MDV en omschrijft het als volgt:

FE, ergotherapeut: *'... het is op zich al een ganse boterham om op de hoogte te zijn van alle hulpmiddelen, dan kan niemand tot in detail, maar wij hebben een basis en zijn opgeleid in het adviseren van hulpmiddelen... euh... het gaat niet over het aantal hulpmiddelen, maar eerder over het soort hulpmiddelen dat bestaat, en daar weten wij wel heel veel van. Als onze collega's van de MDT's hier info over willen kunnen wij dit zonder problemen doen, daarvoor worden wij trouwens ook gevraagd...'*

## **Subthema 2: Het inschakelen van de ergotherapeut omwille van zijn kennis van de beïnvloedende omgevingsfactoren op het handelen van de cliënt.**

De onderzoekssubjecten uit zowel de individuele als in de focusgroep interviews geven aan dat de ergotherapeut wordt ingeschakeld bij het opmaken van een dossier IMB omwille van zijn mogelijkheden om de cliënt in zijn totaliteit te gaan bekijken waarbij rekening gehouden wordt met de context waarin de cliënt leeft. De onderzoekssubjecten geven aan dat de ergotherapeut vooral wordt ingeschakeld omwille van zijn kennis en vaardigheid om in het proces van de adviesverlening rekening te houden met de beïnvloedende omgevingsfactoren op het handelen van de cliënt. Een maatschappelijk assistent uit een erkend centrum voor maatschappelijk werk illustreert dit:

FM, maatschappelijk assistent: *'Het is niet zo moeilijk om advies te geven over hulpmiddelen als uwen cliënt dat zelf aangeeft. Het is echter moeilijk voor ons om te zien of die omgeving daartoe geschikt is... ik vind dat den ergotherapeut daar wel een beter zicht op heeft.'*

Een kinesitherapeut uit een erkend centrum voor revalidatie omschrijft het als volgt:

FM: kinesitherapeut: *'Wat ik belangrijk vind, het mag niet louter de patiënt met zijn handicap gezien worden. Want wij hebben patiënten met een handicap die eigenlijk nooit een elektrische rolstoel gaan gebruiken omdat zij één met de elektrische rolstoel niet buiten kunnen.... De vraag kan komen van de patiënt maar dan kan de ergotherapeute zeggen : zou je dat wel doen want u kan niet buiten, u kan niet op het voetpad. Allemaal die kleine zaken die de ergotherapeute gaan zien. Wij gaan zeggen van ja, geef hem een elektrische rolstoel want die patiënt moet zo onafhankelijk mogelijk, moet nog buiten komen, moet nog kunnen deelnemen aan sociale activiteiten. Maar dan is de ergo daar van die zegt van: ja maar. Zij zijn zo het fijne.... Zij hebben zo... details'*

De ergotherapeuten stellen dat het kunnen inschatten van de mogelijkheden van de cliënt binnen zijn context enerzijds te maken heeft met de kennis van de pathologie en de gevolgen daarvan en anderzijds de vaardigheid om activiteiten te analyseren. Een ergotherapeut omschrijft dit bijna letterlijk wanneer hij het volgende zegt in de focusgroep:

FE: ergotherapeut: *'Om dit te kunnen doen? Eerst en vooral kennis van zaken hebben van pathologie. Kunnen activiteiten analyseren, kennis hebben van hulpmiddelen om voorstellen te formuleren om uiteraard degelijk advies kunnen geven...'*

De stelling wordt ook geïllustreerd door een maatschappelijk assistent uit de multidisciplinaire focusgroep:

FM, maatschappelijk assistent: *'Dat functioneren..., wij als maatschappelijk assistent, hebben misschien niet altijd de volledige kennis van heel dat medische beeld dat een bepaalde handicap geeft... Aan wat ligt dat juist. Een ergotherapeut is daar dikwijls nog iets beter in geschoold en kan ook beter de link leggen naar hulpmiddelen. Dat wij quasi sociaal het beeld globaal schetsen. Dus toch voldoende competentie hebben. Maar dan de koppeling met effectief het hulpmiddelen... dat daar de schakel met een ergotherapeut zeer belangrijk is. En daar wil ik een stuk aan koppelen.'*

Tevens wordt aangegeven dat het inschakelen van de ergotherapeut een meerwaarde is wanneer deze kan ingeschakeld worden samen met de maatschappelijk assistent. De

twee disciplines zijn in het specifieke geval van adviesverlening omtrent hulpmiddelen complementair volgens de onderzoekssubjecten. Mits een goede samenwerking kan de volledige psycho-sociale situatie van de cliënt in kaart gebracht worden. Een van de moeilijkheden in het adviseren van het juiste hulpmiddel of de meest accurate woningaanpassing heeft te maken met het kunnen inschatten van de volledige psycho-sociale situatie van de cliënt. Vaak wordt door de onderzoekssubjecten aangehaald dat er echter een duidelijke taakafbakening is en ieder zijn specifieke taak heeft; de maatschappelijk assistent om het sociale gedeelte in kaart te brengen, de ergotherapeut om de omgevingsfactoren en de randvoorwaarden in kaart te brengen.

FM: maatschappelijk assistent: *'Nu in kader van de adviesrapporten is er bij ons in de nieuwe procedure een serieuze wisselwerking tussen maatschappelijk werk en adviseur hulpmiddelen. Wij noemen dat soms een stukske ergo. Dus in dienen zin dat wij eigenlijk het voorbereiden werk, de begeleiding, het verwerkingsproces van die handicap laat gebeuren door de maatschappelijk assistent. Zij bereidt inhoudelijk ook het MDT van haren hoek voor. Dat wordt dan afgerond met de adviserend geneesheer, psychologe. En pas dan wordt er doorverwezen naar de ergotherapeute. Zij gaat aan huis en die persoon wordt eigenlijk bij ons bekeken als de persoon die de deskundigheid heeft om te weten wat bestaat er op de hulpmiddelenmarkt en afhankelijk van de beperkingen die de persoon heeft euh, kan zij een aanbod of een voorstel doen.'*

Een 'adviseur hulpmiddelen' is een term die volgens het betrokken onderzoekssubject gegeven wordt aan de persoon die de taak op zich neemt om advies te verlenen naar het team toe en naar de cliënt omtrent hulpmiddelen. Deze taak kan binnen de betrokken setting van het onderzoekssubject opgenomen worden door ergotherapeuten, maar is geen noodzaak. De taak van hulpmiddelenadviseur kan dus ook opgenomen worden door personen met een ander diploma.

Deze visie dat de ergotherapeut complementair is aan de maatschappelijk assistent wordt ook weergegeven door een maatschappelijk assistent uit een individueel interview:

II, coördinator van het MDT, maatschappelijk assistent: *'Het beschrijvend gedeelte dat is zeker het werk van een maatschappelijk assistente, samen met adviseur enzo. Maar waar het dus inderdaad gaat over adviesrapporten en de motivaties voor ingewikkelde dingen, dat is eigenlijk ons opleiding niet,...de manier waarop een ergotherapeut naar een handicap kijkt en de manier waarop wij ernaar kijken is totaal verschillend.'*

De onderzoekssubjecten geven aan dat de samenwerking het meest complementair is wanneer er samen een huisbezoek wordt uitgevoerd. Aan de hand van volgende citaten uit zowel de multidisciplinaire focusgroep als uit de focusgroep ergotherapie wordt dit verduidelijkt:

FM: maatschappelijk assistent: *'huisbezoeken. ja wij proberen dat toch nog regelmatig samen te doen. Zeker bij complexe situaties omdat op het moment zelf stellen mensen heel veel vragen en ge kunt niet zeggen van ik ben louter maatschappelijk assistent en tot hier en niet verder... elk zijn taak den ergotherapeut bekijkt dan wel zijne winkel als we samen gaan.'*

Om praktische en economische redenen is het echter niet mogelijk om deze huisbezoeken altijd samen uit te voeren zoals door een ergotherapeut wordt aangegeven:

FE: ergotherapeut: *'huisbezoeken: als het echt een complexe situatie is proberen wij dat toch altijd samen te doen als dat haalbaar is. Want het is bij ons ook zo dat het aantal dossiers jaarlijks groeit. Het is gewoon niet mogelijk om alle dossiers samen te doen'*

Andere onderzoekssubjecten geven aan dat het soms beter is de huisbezoeken niet samen te doen:

FE: ergotherapeut: *'Ik doe de huisbezoeken eigenlijk liever niet samen met de maatschappelijk werkster. Ik heb liever geen go between ertussen staan. Tenzij dat de situatie... Want is zo dat ik veel huisbezoeken doe bij mensen die gekend zijn'*

### **Subthema 3: Het inschakelen van de ergotherapeut omwille van de competentie om de adaptieve respons van de cliënt in te schatten.**

Een andere reden waarom de ergotherapeut wordt ingeschakeld in het ganse proces van adviesverlening is omdat de ergotherapeut volgens de onderzoekssubjecten beter kan inschatten of de cliënt zich zal kunnen aanpassen aan de vernieuwde situatie. Om deze adaptieve respons te kunnen inschatten is er (a) kennis nodig van de pathologie, (b) de progressiviteit ervan en (c) van de hulpmiddelen.

FM: maatschappelijk assistent: *Alleen is't nie zo gemakkelijk om in te schatten of hij met dat hulpmiddel geholpen zal zijn, kan hij daarmee omgaan, zijn er geen andere en betere aan zijn situatie aangepaste hulpmiddelen? Weet je, het is niet makkelijk om te weten of uwen patiënt daar makkelijk zal mee kunnen werken, en of hij wel in zijn nieuwe woning met al deze nieuwe dingen zijne weg zal kunnen vinden.*

De onderzoekssubjecten geven aan dat de noodzaak aan deze competentie in het team vooral gegroeid is na het installeren van de nieuwe werkwijze waarbij een korf<sup>5</sup> voor vier jaar diende te worden samengesteld voor de cliënt.

FM: maatschappelijk assistent: *'Ik heb de indruk dat sinds die korf geïndiceerd is dat er heel wat meer ergotherapeuten betrokken geworden zijn omdat we het zelf niet meer de baas konden. Ik wist eigenlijk niet wat er mij te wachten stond. En dan ben ik begonnen met verslagen te maken op mijn manier. Dus het functioneren, een stuk lange termijn adviseren... Dat het dus echt wel een supplementaire discipline (ergotherapie) is die erbij komt met een heel eigen kijk op de zaak...'*

---

<sup>5</sup> Op het moment van de dataverzameling werd er door het Vlaams Fonds gevraagd om bij advies IMB een hulpmiddelenkorf voor een periode van 4 jaar samen te stellen. Dit hield in dat alle mogelijke hulpmiddelen die de cliënt nodig heeft de komende vier jaar in 1 keer aangevraagd moesten worden, inclusief voorzien van een adviesrapport voor al deze gevraagde hulpmiddelen. Tijdens de periode van de dataverwerking is het Vlaams Fonds afgestapt van deze korf van 4 jaar.



#### 4.5.6.2.2 *Outcome georiënteerde dienstverlening van het Vlaams Fonds ten opzichte van de cliëntgerichte dienstverlening van het MDT*

Volgens de onderzoekssubjecten bestaat er een discrepantie tussen de belangen van het MDT als cliëntgericht uitvoeringsapparaat en de belangen van het Vlaams Fonds als overheidsinstelling. Terwijl het MDT als doel heeft om best mogelijke hulpmiddelen te adviseren aangepast aan de specifieke noden van de cliënt heeft het Vlaams Fonds (met inbegrip van de PEC en de BBC) als doel te bekijken of deze hulpmiddelen gerechtvaardigd zijn en financiële tegemoetkoming te voorzien met een minimum aan gespendeerde middelen; een discrepantie tussen enerzijds de outcome-georiënteerdheid van het Vlaams fonds en de cliëntgerichtheid van het MDT. Het resultaat van deze analyse kan niet bevat worden in 1 citaat, om wordt om deze reden geïllustreerd met citaten uit de verschillende interviews.

FE: ergotherapeut: *'Ik vind persoonlijk hetgeen dat het Vlaams Fonds nu doet is niet echt een dienstverlening naar de cliënten. Ze schuiven gewoon de verantwoordelijkheid af naar een MDT-team die ze een peulschil betalen om advies te geven'*

FM: Maatschappelijk assistent: *'... de laatste jaren is dat mijn meeste frustratie met het Vlaams Fonds. Dat ze dat bedrag dus op die manier teruggeschroefd hebben en dat heel veel mensen die het heel hard nodig hebben, het dus niet kunnen betalen. Ik vind dat eigenlijk...'*

II: Coördinator van het MDT, maatschappelijk assistent: *'De vraag is ook waarom naast de expertise van die mensen op basis waarvan die dossier opgemaakt worden, ook een keer een evaluatie moet gebeuren. Waarbij je het gevoel krijgt bij de groep van ergotherapeuten van: denken ze dat ons advies niet terecht is, of dat er belangenvermenging is, ofdat wij dan gaan we hulpmiddelen laten overconsumeren,... Dat is wel een zeer grote frustratie.'*

Als gevolg van deze discrepantie worden er rechtstreeks en onrechtstreeks problemen en dilemma's gecreëerd op verschillende niveau's:

- (a) het gebrek aan basisfunctionaliteit van het MDT waardoor niet efficiënt kan gewerkt worden;
- (b) het probleem van de overconsumptie en het shoppen binnen de MDT's;
- (c) het probleem van de erkenning van de MDT's en de experten;
- (d) de lange wachttijden voor goedkeuring.

Deze vier subthema's worden in de volgende alinea's grondig besproken en worden afsluitend aangevuld met mogelijke oplossingen aangereikt door de onderzoekssubjecten uit de verschillende interviews.

#### **Subthema 4: Het gebrek aan basisfunctionaliteit van het MDT waardoor niet efficiënt kan gewerkt worden.**

Bij het nalezen van de tekstfragmenten en het analyseren ervan wordt duidelijk dat de basisfunctionaliteit van een MDT onvoldoende blijkt te zijn om efficiënt te kunnen werken. Er zijn volgens de onderzoekssubjecten onvoldoende middelen om op een efficiënte manier een adviesrapport te kunnen opmaken. De basisfunctionaliteit van een

MDT wordt volgens de onderzoekssubjecten bepaald door drie doorslaggevende factoren: (1) het krijgen van voldoende bezoldiging, (2) het kunnen besteden van voldoende tijd en (3) het kunnen inzetten van de juiste personen. Deze 3 aspecten zijn echter nauw verbonden met elkaar.

Een citaat uit de multidisciplinaire focusgroep illustreert dit. Dit citaat komt van een maatschappelijk assistent die te kennen geeft enerzijds onvoldoende financiële middelen te hebben om een goed adviesrapport te kunnen opmaken, en anderzijds niet over de juiste discipline te beschikken in haar team waardoor ze de opdracht doorgeven aan een ergotherapeut (omschreven als derden in dit citaat). Het inzetten van extra tijd en personen gaat ten koste van andere opdrachten binnen de werksetting (die niks met het Vlaams Fonds te maken hebben).

FM: maatschappelijk assistent: *'Dus als ge ziet een arts, een maatschappelijk assistent, een psycholoog. Dus als ge dat ziet. Moesten ze zeggen we zetten dat team apart en we laten dat functioneren zuiver door die vergoeding dan ga je, dat kan niet... En dat is het probleem. Je geeft die opdracht aan derden (ergotherapeut). Maar men geeft aan derden ook niet die middelen. Maar het beperkt ook uw mogelijkheden omdat je ook andere opdrachten hebt. Moesten er daar ander middelen voor zijn dat je kan zeggen van kijk: dat is een heuse vergoeding of een heuse erkenning als team waardat je basisfunctionaliteit door kunt hebben, dan kun je meer investeren. Dat het nu soms ten koste is van andere dingen. Dat er altijd keuzes moeten gemaakt worden van wat is hier nu prioritair.'*

- *Subthema 4.1: Gebrekkige basisfunctionaliteit ten gevolge van onvoldoende financiële middelen: algemene stelling.*

Er wordt door de onderzoekssubjecten gemeld dat het basisbedrag om een dossier op te stellen onvoldoende is. Een coördinator van een MDT omschrijft dit in een interactie met de interviewer:

II: interviewer: *'Het bedrag dat je krijgt vanuit het Vlaams fonds om een dossier op te stellen is dat voldoende?'*

...

Maatschappelijk assistent: *'Nee dat is duidelijk niet voldoende. Als je al die uren aan brutoloonkost uitrekent, dan is het zeker dat je daarmee de zaak niet rond krijgt. Dat is ontegensprekelijk zo. 215 euro. Als je dat gaat berekenen. Dan dekt die duidelijk niet de kost. Ik maak dan nog abstractie van het feit dat wij ook aan ons personeel verplaatsingskosten en dergelijke moeten betalen. Het Vlaams fonds voorziet daar eigenlijk... . Men zegt dat is een forfait, dat zit daar allemaal mee in gerekend. Maar...'*

...

Interviewer: *'Eigenlijk is dat niet voldoende?'*

...

Maatschappelijk assistent: *'Duidelijk onvoldoende.'*

- *Subthema 4.2: Gebrekkige basfunctionaliteit ten gevolge van onvoldoende financiële middelen: het probleem van de follow-up.*

Een bijkomend nadeel aan het feit dat er onvoldoende financiële ondersteuning is het probleem van de follow-up. Uit de individuele interviews blijkt dat de follow-up een belangrijk gegeven is, en een dossier eigenlijk pas kan afgesloten worden als er een

vorm van follow-up is gebeurd. De coördinator van erkend centrum voor revalidatie nummer 3 omschrijft het als volgt:

II, coördinator van erkend centrum voor revalidatie 3: *‘Een dossier als volledig afgewerkt op het moment dat het hulpmiddel geleverd is en dat daar ook een soort van evaluatie plaatsgevonden heeft. Over wat is er nu eigenlijk naar functionaliteit toe de meerwaarde van het hulpmiddel voor de patiënt. Hoe voelt de patiënt zich daar zelf bij. En dat is natuurlijk een continue proces.*

Sommige onderzoekssubjecten uit de individuele interviews geven zelfs aan dat een dossier eigenlijk nooit echt als afgesloten kan beschouwd worden tenzij de cliënt is overleden of is doorverwezen:

II, coördinator van erkend centrum voor maatschappelijk werk 1: *‘Follow up wordt steeds gegeven met betrekking tot aankoop van het hulpmiddel... Dossiers worden nooit als afgesloten beschouwd tenzij wanneer doorverwezen wordt of bij overlijden’*

Van de MDT's wordt verwacht dat de dossiers worden opgevolgd waarbij de hulpmiddelen zijn toegekend. De onderzoekssubjecten beargumenteren echter dat dit niet realistisch en niet haalbaar is zoals door een ergotherapeut wordt bevestigd:

FE, ergotherapeut: *‘Beperkingen... Er zijn alleszins beperkingen in functie van datgene wat het Vlaams Fonds eist hé. Als ze eisen ook van MDT's dat er opvolging is van de hulpmiddelen, dat je zicht hebt in hoeverre dat de hulpmiddelen versleten zijn enzo. Dat ze toe zijn aan vervanging. Maar in de praktijk hebben wij dat niet hé. We worden onvoldoende bezoldigd om die opvolging te doen, één. En ten tweede op termijn heb je daar zeker geen zicht op. Zeker niet als het een ex-patiënt is die na 4 of 5 jaar terugkomt of belt van: ik zou nog adviesverslag moeten hebben voor dit of dat. Hij zegt ja: zijn bed is defect of zijn omgevingsbediening doet het niet meer. Eigenlijk heb je daar geen duidelijk zicht op en eigenlijk kan je je niet permitteren om dat huisbezoek te doen want je wordt er niets meer voor betaald.’*

Een goede opvolging is een knelpunt dat vaak aangehaald wordt door de verschillende onderzoekssubjecten. Een goede opvolging vergt eveneens tijd en een inzet van personen zoals aangehaald in het vorige citaat. Er wordt aangegeven dat de opvolging start van zodra het hulpmiddel geleverd is bij de cliënt. Er is niemand die instructies kan geven aan de cliënt om met het hulpmiddel op te gaan of er te leren mee werken, waardoor deze taak wordt doorgegeven aan de verstrekker van het hulpmiddel. Het volgende citaat verduidelijkt deze stelling, en is een weergave van een interactie tussen de moderator en een ergotherapeut uit de focusgroep:

FE, ergotherapeut: *‘Wat ge vaak hebt is dat patiënten, dat is nu uitzonderlijk een keer bij ons geweest, maar dat was blijkbaar een badliftje dat na twee jaar eigenlijk heel zwaar beginnen beschimmelen is. De reden daarvan weten we eigenlijk niet. Maar we hebben opnieuw een badliftje moeten aanvragen en die mensen van het Vlaams Fonds, ah ja, eigenlijk vrij agressief van ja maar die heeft nog maar een badliftje gehad, waar haalt ge dat in uw hoofd om opnieuw een badliftje. Dat wij ook zeiden van ja maar ik heb dat badliftje gezien, dat is eigenlijk niet verantwoord dat iemand daar zo nog moet gaan opzitten om zich te gaan wassen. Dan hebben we ook allerlei verwijten gehad dat ik dan ook zei van gaat dat zelf kijken, dan gaat het ook zien. Ze staan wel klaar om uw dossiers af te keuren, om te zeggen van tis niet goed of ge moet dit document nog hebben of dit of dit. Maar eigenlijk dan daar zelf de betrokkenheid vinden wij toch zelf heel beperkt in. Allé langs onze kant dan.’*

...

Moderator: *'Maar ook de pure opvolging. Neem nu dat badlift.'*

...

Ergotherapeut: *'Wij hebben daar geen tijd voor. En we hebben daar ook geen financiële middelen...Dus dat gebeurt door niemand. Dus die betrokkene die krijgt een badlift maar stel dat die begod niet weet hoe die te hanteren dat er niemand is die...'*

...

Moderator: *'Dat gebeurt?'*

...

Ergotherapeut: *'dan zeggen we vaak van het is best dat de verstrekker van de firma, dat vraag ik dan ook zelf van in de eerste plaats. Alsjeblief test het eerst een week uit, ge hebt daar recht toe. Koop niet zomaar iets van wat je niet weet wat het is. En ten tweede maak dat uw verstrekker tijd genoeg maakt om het u ook te gaan uitleggen hoe het werkt. Dat ge niet alle vijf minuten moet terug... Want vaak bellen ze dan naar ons van dit werkt niet of dit werkt niet. Dat wij ook automatisch moeten zeggen van bel eens naar uw verstrekker en kijkt eens ofdat ze eens kunnen langskomen. Maar wij kunnen heel weinig doen naar follow-up toe. Allé ja, om niet te moeten zeggen niets.'*

Door de onderzoekssubjecten wordt aangegeven dat er geen opvolging is van het Vlaams Fonds als het gaat over hulpmiddelen die niet langer gebruikt worden door de cliënten omwille van bijvoorbeeld overlijden. Er is geen systeem voorzien waarbij hulpmiddelen terug kunnen gevorderd worden, of waarbij de hulpmiddelen die niet langer gebruikt worden kunnen gerecupereerd worden.

Een maatschappelijk assistent uit de multidisciplinaire focusgroep illustreert dit als volgt:

FM, maatschappelijk assistent: *'Wat gebeurt er met het bed? Komen aan ons niet vertellen van moeten jullie het terug hebben? Familie verkoopt het door en iets dat ze het gratis gekregen hebben. Het wordt verkocht aan iemand anders wat eigenlijk niet mag, maar er zijn geen controles op en wij hebben ze ook niet.'*

Een interactie tussen een ergotherapeut en de moderator uit de focusgroep ergotherapie geeft dezelfde conclusie weer:

FE, ergotherapeut: *'Ik heb persoonlijk een keer iemand gehad die een week nadat zijn rolwagen geleverd was, een rolwagen van meer dan een miljoen met volledige omgevingsbediening erbij, overleden was en die mensen zeiden schenk hem aan het Vlaams Fonds, ik kan er toch niets mee doen. Ik heb contact opgenomen en gewoon hebben zij gezegd van ja nee, laat hem daar maar want pff wij kunnen daar niets mee doen. Ge heeft hen de pap met de lepel in de mond en dan nog niet.'*

...

Moderator: *'Dat is de realiteit?'*

...

ergotherapeut: *'Er is geen systeem. Dat ze geen systeem hebben ok ja, ik vind dat al heel jammer. Want ze hebben alle gegevens om toch een beetje te kunnen achterhalen waar welke hulpmiddelen... Maar als je dan nog belt van kijk er staat daar één, ge moogt het gaan halen. Dan nog...'*

Een van de onderzoekssubjecten, een ergotherapeut suggereert om de hulpmiddelen die door de cliënt niet langer gebruikt worden omwille van diverse redenen te recupereren en eventueel te gebruiken voor de ouderen in onze samenleving, aangezien personen die ouder zijn dan 65 jaar geen beroep meer kunnen doen op het Vlaams Fonds. (tenzij eerder ingeschreven)

FE, ergotherapeut: *'... als laatste knelpunt misschien, voor ons cliënteel boven de 65. Moest men al de hulpmiddelen recuperen die niet meer gebruikt worden, ter beschikking stellen van onze oudjes. Dat zou al een hele oplossing zijn misschien. Hmm. Terwijl nu zeggen ze categoriek neen. Maar als gij verlamd raakt op 65 jaar op 66.'*

- *Subthema 4.3: Gebrekkige basisfunctionaliteit door het niet erkennen van de ergotherapie als officiële discipline.*

Hoewel bij de officiële disciplines de psycholoog is opgenomen om erkend te worden als MDT voor het opmaken van IMB dossiers wordt de taak van de psycholoog vaak tot een minimum herleid. Binnen de erkende centra voor maatschappelijk werk wordt de psycholoog in consult gevraagd om twee redenen: (1) wanneer er zich desgevallend psychologische problematieken voordoen, waarbij vooral gerefereerd wordt naar het verwerkingsproces van de problematiek en (2) voor het afnemen van testen zoals IQ-testen bij kinderen. De onderzoekssubjecten tewerkgesteld binnen de erkende centra voor revalidatie geven aan dat de psycholoog nagenoeg geen taak heeft bij de dossiers IMB. De psycholoog wordt in beide settings (erkende centra voor maatschappelijk werk en erkende centra voor revalidatie) wel gevraagd om de dossiers door te nemen, na te lezen en te ondertekenen. Zie ook punt 4.5.6.1 beschrijving MDT's

De stelling dat psychologen een zeer kleine inbreng hebben in de dossiers IMB blijkt uit de citaten van de onderzoekssubjecten uit alle interviews en wordt hier geïllustreerd door citaten van een psycholoog uit de multidisciplinaire focusgroep en door de coördinator van een MDT uit een erkend centrum voor revalidatie in een individueel interview:

FM, psycholoog: *'...als psychologische begeleiding echt nodig is, dan zou dat inderdaad wel kunnen. Maar concreet hebben wij niet... nog niet direct die vraag daar naar gehad. Dikwijls kwam de vraag van de persoon met de handicap zelf... da was...die zegt van kijk: dat is mijn probleem en daar wil ik hulpmiddelen bij en die worden hem dan voorgesteld, maar dat is mijn taak dan nie...'*

II, maatschappelijk assistent: *'...Vlaams Fonds wetgeving zegt: een psycholoog moet daarbij betrokken zijn. Maar de inbreng is niet altijd zinvol want er zijn heel dikwijls niet zo echt psychoproblematieken waarover die zich moet uitspreken.'*

De onderzoekssubjecten geven aan dat de taak van de psycholoog in het MDT dus niet echt nodig is bij de opmaak van dossiers IMB. Psychologen hebben echter een belangrijke taak in andere dossiers van het Vlaams Fonds zoals in het kader van een Persoonlijk Assistenten Budget (PAB), aanvragen voor beschutte werkplaatsen, beroepsheroriëntering en tewerkstelling.

Omdat de taak van de psycholoog zeer belangrijk is in deze specifieke dossiers wordt de psycholoog beschouwd als volwaardig lid van het MDT, maar tevens wordt door de onderzoekssubjecten geduid dat de drie officiële disciplines beter zouden uitgebreid worden met een ergotherapeut als het gaat over het opmaken van dossiers IMB. Citaten uit de individuele interviews en de focusgroepen staven deze analyse:

II, maatschappelijk assistent: *'Ik vind het een beetje spijtig bij het Vlaams Fonds, dat men in de basisdiscipline heeft men nooit een ergotherapeut opgenomen.'*

FM, sociaal verpleegkundige: *'Met de psycholoog daar heb, ik toch, voor IMB niet*

*zo veel mee te maken. Dat gaat dan dikwijls over intelligentietesten of voor dossier voor zorg. Dossiers waardat er een arbeidstraject, allé een andere arbeidsregeling moet gevraagd worden. Maar voor IMB gebeurt dat eigenlijk niet zo dikwijls. Ik weet dat zij alle dossiers wel doornemen. Dus dat gebeurt effectief.*

FE: ergotherapeut verbonden aan erkend revalidatiecentrum: *'Het is dat wat een stukje onlogisch is. Het werd daarnet al aangehaald, een psychologe is verplicht terwijl dat die in IMB bijna nooit een effectieve inbreng heeft. En dan ergotherapeuten die er bijna altijd aan meewerken, rechtstreeks of onrechtstreeks, die zijn dan niet in erkend.*

FM, maatschappelijk assistent van erkend centrum maatschappelijk werk: *'Eigenlijk is het dat grote organisaties die middelen moeten vrijmaken om een ergo... Als je nu ziet om een basisteam te hebben, je moet drie erkende disciplines hebben: maatschappelijk assistent, dokter, psychologe. Maar er zijn een aantal dossiers, waardat je zegt: bv. Iemand is eigenlijk doorheen zijn verwerkingsproces, vb. al 10 of 15 jaar een beenamputatie, zit nu aan een nieuwbouw, weet heel goed wat hij wilt. Waardat er op dat moment eigenlijk, geen of minder inbreng van een psycholoog is op dat moment. Maar waardat de inbreng van de ergotherapeut of de adviseur hulpmiddelen enorm groot is. Maar dan moet je eigenlijk... is die geen erkend teamlid. Dan is dat extra daarbij. Maar moet je eigenlijk de drie disciplines laten tekenen. Dat je zegt van dat zijn een aantal dossiers dat het multidisciplinair is, als je er drie nodig hebt dat het zou zijn: arts, maatschappelijk assistent, ergo.'*

Om dit probleem op te lossen worden er vanuit verschillende invalshoeken oplossingen aangeboden om hieraan tegemoet te komen. Volgens de ergotherapeuten uit de focusgroep zouden geen teams mogen erkend worden als er geen ergotherapeut bij betrokken word als officiële discipline zoals wordt aangegeven in het volgende citaat van een ergotherapeut en een citaat van een coördinator van een MDT:

FE, ergotherapeut: *'...de MDT's voelen het dus zelf aan. Maar het principe is eigenlijk dat het vanuit het Vlaams Fonds geen MDT-teams zouden mogen erkend worden voor IMB-dossiers zonder dat er een ergotherapeut bij is. Dat is de kern van de zaak.'*

II, coördinator van een MDT, maatschappelijk assistent van een erkend centrum voor maatschappelijk werk: *'Het is niet logisch dat ze niet noodzakelijk zijn. Gezien in heel de context van de hulpverlening zijn ze eigenlijk noodzakelijk, de ergotherapeuten. Dus het is ook niet logisch dat er daar geen aandacht aan gegeven heeft. Of in de loop van de tijd dat het Vlaams fonds werkt, daar geen bijkomende voorwaarden van gemaakt heeft. Voor de teams zou dat wel nog gemakkelijker zijn.'*

Voor de ergotherapeuten lijkt dit dus een eenvoudige oplossing, die echter ook door de andere disciplines vaak wordt vermeld. In het kader van IMB, zouden aparte erkenningen moeten kunnen gegeven worden voor MDT's volgens de niet ergotherapeuten die meewerkten aan dit onderzoek:

Voor de dossiers IMB: erkenning van de MDT's die bestaan uit een arts, een maatschappelijk assistent en een ergotherapeut. Voor alle andere dossiers: een arts, een maatschappelijk assistent en een psycholoog.

Deze suggestie wordt gegeven door een maatschappelijk assistent uit de multidisciplinaire focusgroep:

FM, maatschappelijk assistent: *'Als ze dan toch met die gesplitste erkenningen werken zouden ze ook met andere delen van dat team kunnen werken want een*

*psycholoog kan inderdaad een heel nuttig inbreng zijn voor zorg of werk maar veel minder in IMB en de ergo omgekeerd. Als ze dan toch gesplitst erkenningen geven kunnen ze eigenlijk ook de teamleden daar aan aanpassen.'*

Een kernteam voor dossiers IMB samengesteld uit een arts, een maatschappelijk assistent en een ergotherapeut is volgens de onderzoekssubjecten een logische stap die zou moeten gezet worden. Het niet officieel erkend zijn van de ergotherapeut in een MDT is volgens de onderzoekssubjecten een bron frustratie zoals blijkt uit de interactie tussen maatschappelijk assistenten van een erkend centrum voor maatschappelijk werk, een maatschappelijk assistent van een erkend centrum voor revalidatie en de moderator:

FM, maatschappelijk assistent van een erkend centrum voor maatschappelijk werk: *'En dan ook nog naar het beleid Vlaams Fonds toe een stuk... de erkenning geeft. Met welke problemen we zitten. We hebben op een vergadering gezeten in Brussel en wat zegt men een stuk: neen we gaan het (ergotherapie) niet opnemen in de wetgeving want dan gaan jullie financiële centen vragen. Men kent het probleem maar men zegt ook van kijk als men inderdaad de opdracht geeft of formuleert dat er dan inderdaad daar tegenover ook een vergoeding staat.*

...

Moderator: *'Dus ik hoor jullie zeggen denk ik van eigenlijk een erkenning van een ergo binnen een kernteam lijkt ons belangrijk. Gezien al het voorgaande dat gezegd is. Ik heb hier horen zeggen van: ja, wij laten de ergo sowieso tekenen. Is dat een bepaalde strategie of wat denkt u daar iets mee te bereiken?'*

...

Maatschappelijk assistent van erkend centrum voor revalidatie: *'Ja, het is belangrijk voor ons dat het Vlaams Fonds dat ziet op papier dat de ergotherapeute daar eigenlijk een belangrijk rol in spelen. Het is ook zo dat het adviesrapport dat zij opmaken dat zij daar ook hun naam op noteren. Dus als er problemen zijn kan het Vlaams Fonds ook naar hen bijkomend advies vragen. We geven hen echt de erkenning.'*

Zoals blijkt uit het bovenstaande citaat wordt door sommige MDT's de ergotherapeut gevraagd om het dossier mee te ondertekenen. Op het niveau van het MDT is er erkenning van de ergotherapie, deze erkenning is er volgens de onderzoekssubjecten niet op het niveau van het Vlaams Fonds. Precies daarom wordt door volgens de onderzoekssubjecten het dossier mee ondertekend door sommige ergotherapeuten. Dit geeft meteen het bijkomende voordeel dat wanneer er vragen, opmerkingen of problemen zijn ivm de voorgestelde hulpmiddelen de ergotherapeut rechtstreeks kan geconsulteerd worden door personen van het Vlaams Fonds op diverse niveau's: de PEC, de BBC en het KOC.

- *Subthema 4.4: de frustratie bij de ergotherapeuten omtrent het gebruik van een uniforme methodologie.*

De onderzoekssubjecten geven aan dat er door het KOC een methode is ontwikkeld om op een uniforme manier de dossiers IMB op te maken. Deze 'uniforme methodologie' geeft een aantal richtlijnen aan het MDT om een dossier op een gestructureerde en methodische manier op te maken. Maatschappelijk assistenten geven aan dat deze uniforme methodologie een houvast is en een goede leidraad is om dossiers op te stellen. Enerzijds wordt er aangegeven dat deze methodologie een weergave is van een normaal therapeutisch proces, dat volgens bepaalde onderzoekssubjecten weinig meerwaarde heeft wanneer een ergotherapeut in het team is opgenomen. Een citaat van een sociaal verpleegkundige in een individueel interview illustreert dit:

II, coördinator van een MDT uit een erkend centrum voor revalidatie: *'Die mensen hebben daar zeer hun best gedaan om een methodologie uit te stippelen en naar voor te brengen maar ik had zo een beetje het gevoel, en ik was daar niet alleen, van is dit niet zo een beetje het gezond verstand. Nu dit is in een aantal, of in één opzicht niet het realistische verstand in die zin dat een aantal teams gewoon niet over een ergotherapeut beschikken. Dat is al een knelpunt.'*

Anderzijds blijkt de uniforme methodologie voor maatschappelijk assistenten een ondersteuning te zijn in het opmaken van de dossiers, maar indien mogelijk wordt nog steeds een beroep gedaan op de ergotherapeut zoals blijkt uit volgend citaat:

FM: maatschappelijk assistent van een erkend centrum voor maatschappelijk werk: *'Voor een stuk wel eigenlijk ja. Niet hoofdzakelijk. In de eerste instantie door de vraag. Het is ook zo dat we zelf die zelf op de duur een ervaring opbouwen in die dossiers en die ook al, nu vooral door de uniforme methodologie een beetje anders naar de problemen gaan kijken kunnen en kunnen wij een aantal standaardzaken gemakkelijker grotendeels zelf oplossen en gaan we bijvoorbeeld juist aan den ergo eens vragen om eens na te kijken of bepaalde details ofzo.'*

Deze methodologie leidt tot frustraties bij de ergotherapeuten; de methodologie is volgens de ergotherapeuten een afspiegeling van hun eigen beroep, waardoor ergotherapeuten het gevoel hebben een stuk van hun eigen beroepsidentiteit te verliezen aan andere disciplines.

Verschillende citaten uit de focusgroep ergotherapie staven deze stelling:

FE, ergotherapeut: *'Daar zit juist het grote knelpunt hé. Op één van de opleidingen van Oost-Vlaanderen ben ik uit collère weggelopen omdat ik op dat moment vond dat ze MDT's aan het opleiden waren waar er veel te weinig ergo's bij betrokken zijn. Op dat moment wilden zij van de andere disciplines de job laten uitvoeren van een ergotherapeut. En dan ben ik daar 's middags afgetrapt. Ik heb dezelfde dag nog gebeld naar de voorzitter van het Vlaams ergotherapeutenverbond en ik heb gezegd van ik moet hier een stokje voorsteken. Tot daar...'*

FE: ergotherapeut: *'Ze hebben dat geprobeerd met die uniforme methodologie en om ook niet-ergo's efkes in dat denkstramien te duwen maar dat heeft binnen het team wel... Collega's van ons zeggen nu wel dat: nu kijken wij meer als wij alleen op huisbezoek gaan op uw manier naar de dingen. Maar toch, allé dat is niet de bedoeling hé. En ja...'*

Een van de onderzoekssubjecten meldt dat de erkenning van het beroep hierdoor zeker in het gedrang komt en refereert hierbij naar het Staatsblad waarin het beroepsprofiel wordt beschreven. In het beroepsprofiel staat het adviseren van hulpmiddelen en woningaanpassingen een beroepsspecifieke competentie die volgens dit onderzoekssubjecten aan de ergotherapie toebehoort:

FE, ergotherapeut verbonden aan een erkend centrum voor revalidatie: *'Trouwens volgens mij werken zij gewoon tegen de wet hé. Het Vlaams Fonds erkent geen ergotherapeuten en het staat duidelijk vermeld in het staatsblad dat dat ons werkdomen is. Dus moeten ze ons daar ook in erkennen hé.'*



### **Subthema 5: het probleem van de erkenning van de teams.**

Zoals reeds besproken in het vorige thema is het niet erkennen van de ergotherapeut in het MDT een knelpunt waardoor de zorgverlening naar de cliënt niet optimaal kan verlopen. Anderzijds wordt er aangegeven door de onderzoekssubjecten dat er in de gezondheids- en welzijnssector veel teams zijn die geen erkenning hebben maar wel over de verschillende officiële disciplines beschikken, uitgebreid met ergotherapie, logopedie en kinesithérapie. Omdat ze geen erkenning hebben kunnen deze team geen dossier IMB opstarten, en zijn ze genoodzaakt een erkend team te consulteren voor hun eigen cliënten. De onderzoekssubjecten geven aan dat het niet logisch is dat het erkende team een motivatieverslag voor hulpmiddelen of woningaanpassingen moet opmaken terwijl het team dat dagelijks met deze cliënt bezig is veel beter weet wat de cliënt precies nodig heeft. Het onderstaande citaat is een concreet voorbeeld van een ergotherapeut verbonden aan een erkend centrum voor maatschappelijk werk:

*FE, ergotherapeut: 'Een ander knelpunt is ook een beetje de erkenning van de IMB-teams hé. Bijvoorbeeld wij worden als team van de mutualiteit soms bij jonge kinderen dan vooral die al in een MPI jaren begeleid worden. Maar dat MPI heeft geen erkenning om dossiers materiële bijstand. Zij hebben een ergotherapeut, ze hebben een kinesist, ze hebben een logopedist. Maar ze komen dan bij ons voor zowel communicatiehulpmiddelen, mobiliteitsaanpassing, alles. En dan komen wij daar, totaal vreemd aan de situatie, moeten wij in één a twee huisbezoeken euh dat zagezegd goed kunnen inschatten. Want voor die 200 euro kunt ge al niet zo veel meer huisbezoeken motiveren naar de directie toe. Ja en dan moet ge eigenlijk alle informatie gaan opvragen als ge het een beetje degelijk wil doen bij het behandelend team. Wat is er uitgeprobeerd? Hoe functioneren die mensen? Ge komt zoveel eigenlijk als derde persoon tussen gewoon omdat zij de erkenning niet hebben. En ze hebben ook een ergo in dienst maar die mag het niet doen. Dat is soms...'*

### **Subthema 6: het probleem van de te lange periode tussen de aanvraag van het hulpmiddel en de goedkeuring.**

Een van de belangrijkste knelpunten die door de onderzoekssubjecten wordt aangegeven is de lange tussenperiode tussen de aanvraag van de hulpmiddelen en de goedkeuring. Behalve de administratieve rompslomp op het niveau van het Vlaams Fonds geven de onderzoekssubjecten geen andere redenen aan waarom deze periode zo lang duurt, eerder wordt vermeld dat de MDT's hiervoor inboeten aan geloofwaardigheid. Twee redenen worden aangehaald voor het verlies aan geloofwaardigheid: (1) het niet kunnen garanderen dat de hulpmiddelen aangevraagd door het MDT ook daadwerkelijk zullen worden goedgekeurd en (2) de effectieve wachttijd. De volgende citaten uit beide focusgroepen illustreren dit:

*FE, ergotherapeut: 'Eén van de grote dingen vind ik persoonlijk is als je vandaag (september) uw rapporten indient dat je misschien volgend jaar februari, maart uw goedkeuring krijgt. Het duurt heel, heel lang. Ondertussen zit de cliënt op zijn honger'*

*FM, maatschappelijk assistent van een erkend centrum voor maatschappelijk werk: 'Maar het probleem bij ons als mutualiteit omdat het mensen zijn die we niet kennen, is dat ze bij ons komen op het moment dat er een acute vraag is naar dat bepaald hulpmiddel. En dan is het inderdaad absurd dat ge 1001 verslagen moet schrijven om te tonen hoe nodig dat dat wel is op dit moment en dan tegelijkertijd zoveel maanden moet wachten. Allé ja, dat is heel dubbel, ge moet dat ne keer proberen uitleggen aan uwen cliënt. Verder ben je nooit zeker*

*dat ze de hulpmiddelen ook zullen krijgen hé. Dat is wel frustrerend, iedereen doet zijn best om alles in het belang van de cliënt te doen, en dan nog weet je niet of ie dat wel zal terugbetaald krijgen.'*

Nochtans melden de onderzoekssubjecten dat het snel kunnen aanbieden van de hulpmiddelen zeer belangrijk is. Zeker wanneer het gaat over progressieve ziektebeelden. Er wordt hier dan vooral gerefereerd naar neuromusculaire aandoeningen en snel progressieve ziektebeelden zoals ALS, Multiple sclerose... Sommige cliënten bleken reeds overleden wanneer de hulpmiddelen werden goedgekeurd.

De MDT's ervaren de lange wachttijden als een zeer groot probleem, zeker wanneer hun dienstverlening naar de cliënt hierdoor in het gedrang komt.

De bovenstaande beschrijving geeft vooral het standpunt weer van het team, maar de consequenties naar de cliënt worden aanzien als een verlies van cliëntgerichtheid. Voornamelijk de MDT's uit de erkende centra voor revalidatie verklaren dat ze door deze lange wachttijden gedwongen worden hun cliëntgerichte standpunt te verlaten. Cliënten en therapeuten hebben vaak reeds een volledig therapeutisch proces doorlopen waarbij steeds getracht wordt rekening te houden met de noden en verwachtingen van de cliënt. De onderzoekssubjecten beargumenteren dat de huidige manier van werken niet bevorderlijk is en leidt tot frustraties, zowel bij de cliënt als bij de leden van het MDT. Door deze lange wachttijden wordt men gedwongen de meer outcome-gerichte visie van het Vlaams Fonds naar de cliënt toe te duiden.

FE: moderator: *Ik hoor jou zeggen dat is een knelpunt de tijd. Vooraleer leveren wij het dossier in, vooraleer we een goedkeuring krijgen daar gaat een hele tijd over.*

...

Maatschappelijk assistent uit een erkend centrum voor maatschappelijk werk: *'Ja want jij moet die mensen ook de boodschap brengen van kijk die zou je nu kunnen gebruiken, je toont die mensen dikwijls ook de materialen en je zegt dan als je geluk hebt zul je ze binnen de zes maanden een keer krijgen. Dus je laat mensen inderdaad op hun honger zitten en dat geeft een wrang gevoel. En mensen, ik ga niet zeggen dat ze dat u verwijten, maar soms gebeurt dat toch wel van allé dat kan toch niet. Ik kan er ook niet aan doen. Je staat er toch wel. Als dat hele kleine hulpmiddelen, niet veel kosten, dat nemen mensen soms de kost op zich. Omdat ze wel wat terug mogen gaan in de factuurdatum. Maar als dat over grote dingen gaat dan kun je...'*

Dit is volgens de onderzoekssubjecten een van de redenen waarom cliënten vaak van team veranderen. Zie subthema 7

### **Subthema 7: het probleem van het shoppen tussen de MDT's.**

Cliënten hebben volgens de wetgeving (zie punt 4.1.3 de PEC) het recht om zelf een MDT te kiezen om hun IMB-dossier te helpen opstellen. Verschillende onderzoekssubjecten geven aan dat er door de cliënten vaak van het ene naar het andere MDT wordt overgeschakeld. Het volgende citaat komt van een maatschappelijk assistent uit een erkende centrum voor maatschappelijk werk

FM: maatschappelijk assistent: *'Plus ook nog vind ik de mensen die gaan naar een MDT, ge start het dossier op. Maar ze vinden u niet goe nie meer. Hup, ze starten, ze gaan naar een ander MDT. Dus ze kunnen zomaar veranderen van MDT. Dat gaat toch ook*

*niet. We zeggen bon, we geven een advies, dat is nu niet voor u noodzakelijk dat ge dat hulpmiddel. We zeggen ok tis goed, ze gaan naar een ander. Er bestaan lijsten van MDT's. Men kan zomaar... Ik vind dat dat wettelijk gezien ook niet zou moeten kunnen. Zomaar van het ene MDT...'*

#### 4.5.6.2.3 Thema 3: beslissingsbomen, teamwerk en een tussenpersoon als oplossingen?

Verskillende onderzoekssubjecten geven aan dat de manier van dienstverlening van het Vlaams Fonds geen cliëntgerichte dienstverlening is. Het Vlaams Fonds wordt volgens de onderzoekssubjecten door de cliënt te veel gezien als een apparaat dat beslist over het al dan niet toekennen van financiële middelen. Het Vlaams Fonds wordt niet aanzien als een centrum voor dienstverlening. De dienstverlening wordt overgedragen aan het MDT, dat ook geen beslissingsrecht heeft en op zijn beurt gecontroleerd wordt de PEC. Volgende citaat duidt deze stelling:

*II: coördinator van een MDT, maatschappelijk assistent: 'de bureaucratie blijft een groot probleem, de vraag is wie moet er geholpen worden en wat kunnen wij aanbieden om deze personen terug in het maatschappelijke leven te krijgen. Daar moet toch zo veel niet over gepalaverd worden. Als de drempel zo hoog niet was voor de patiënten, en de personen van het vlaams fonds wat naar beneden zouden komen en luisteren naar wat de patiënt echt nodig heeft... 't probleem zou al veel kleiner zijn.*

Voorstellen die geopperd werden om tegemoet te komen aan dit probleem zijn: het inschakelen van 'casemanagers' die verbonden zijn aan het Vlaams Fonds (de casemanagers dienen in dit geval gespecialiseerd te zijn in bepaalde domeinen en worden geacht het dossier op te starten vanuit het Vlaams Fonds en niet vanuit het MDT), het inschakelen van een refertepersoon IMB ter hoogte van het MDT, meer gebruik maken van beslissingsbomen en meer overleg tussen de MDT's teneinde te kunnen genieten van elkaars competentie.

Elk van de gesuggereerde oplossingen worden gestaafd door een aantal citaten uit de verschillende interviews:

##### **Een case-manager:**

*FE: ergotherapeut: 'gans het hulpmiddelenbeleid van het Vlaams Fonds is een hulpmiddelenbeleid die niet meer aan onze tijd aangepast is. Laat ons zeggen. Er is geen recuperatie van goederen, één. Er zijn geen casemanagers, die mensen werkelijk dienstverlening bieden. Alles wordt opgeslorpt door administratie, door stappenwerk waardoor dat het weken en maanden lang duurt. En eigenlijk zouden de teams opgeleid moeten worden door het KOC. Dat gebeurt dus ook niet. Ze denken er nu aan van teams een erkenning te geven die dan ook over alles erkenning kunnen geven, want ik heb dat ook al gezegd aan het Vlaams Fonds: wij gaan nooit de expertise hebben voor slechtzienenden en voor spraak-en gehoorstoornissen. Ge gaat nooit teams kunnen erkennen die op alle domeinen advies kunnen verlenen. Dat is een utopie. Ze moeten zorgen dat ze zelf casemanagers hebben die bepaalde domeinen goed onder de knie hebben. En die dan hun teams kunnen opleiden of gewoonweg de teams afschaffen. Want als ze casemanagers hebben, hebben ze geen teams meer nodig. Ze moeten maar zelf de mensen gaan zoeken en zelf beslissen wat mogelijk is. En dienstverlening is volgens mij niet meer zo dat alles moet aangevraagd worden en gaan bedelen*

*mag ik alsjeblief dat krijgen. Dienstverlening is: wat is uw probleem? Dat kunnen wij voor u doen. Dat is dienstverlening. Maar niet meer de zaken omkeren.'*

...

*ik vind persoonlijk als het Vlaams Fonds aan dienstverlening wil doen, zouden ze moeten zorgen dat ze zelf bekwame mensen in huis hebben die als een soort casemanager de nieuwe dossiers opstart en gaat gaan bespreken met een behandelend team. Dat zou ik dienstverlening vinden. Dat ze zeggen vanuit hen: wij zijn hier het Vlaams Fonds en dat kunnen wij voor u doen. En met die handicap, neem nu paraplegie en tetraplegie, heb je al automatisch recht op die en die hulpmiddelen zonder discussie. Waarom moet je telkens voor elke paraplegiker een hoog-laagbed gaan motiveren? Waarom allé... Dat is toch het gekste die er is. Zaken die vanzelfsprekend is telkens opnieuw gaan motiveren om dan verslagen te laten lezen binnen het Vlaams Fonds, provinciale commissies*

**Gebruik maken van een tussenpersoon die overleg tussen de MDT's mogelijk maakt.** Deze tussenpersoon wordt door erkend centrum voor maatschappelijk werk nummer 1 benoemd als een refertepersoon. Ook door het erkend centrum voor maatschappelijk werk nummer 3 wordt een gelijkaardige werkwijze beschreven. De overkoepelende overlegmogelijkheid tussen de verschillende MDT's wordt als een meerwaarde beschouwd. Deze persoon is verbonden aan het erkende centrum, niet rechtstreeks verbonden aan het MDT (maar fungeert als onafhankelijk tussenpersoon tussen de verschillende MDT's) en niet verbonden aan het Vlaams Fonds zoals bij de case manager wel het geval zou zijn.

Deze werking is reeds verduidelijkt in de beschrijving van de teams in punt 4.5.6.1.

### **Gebruik maken van beslissingsbomen en teamoverleg:**

II, een maatschappelijk assistent uit erkend centrum voor maatschappelijk werk nummer 1 omschrijft duidelijk het gebruik van beslissingsbomen een duidt op het belang van teamwerking. De beslissingsboom of het 'stroomdiagram' dat gebruikt wordt in dit centrum biedt houvast en structuur:

*'Daarvoor hebben we zelf een systeem ontwikkeld, een stroomdiagram, dat zie je hier. Een cliënt komt toe en heeft een vraag, daarvoor wordt een meldingsfiche opgemaakt (toont een voorbeeld van een meldingsfiche), een soort eerste screening van de situatie, afhankelijk van de soort vraag wordt er dan doorverwezen, is het ofwel gewoon een hulpmiddel, dan kan de maatschappelijk werker dit zelf doen bv door te kijken in een ander dossier dat dan als voorbeeld dient, of door opgebouwde expertise reeds doorheen de jaren, ofwel gaat dit naar de mediotheek waar er ook ergo's werken; complexe dingen zoals woningaanpassing gaat dan naar de ergo ... De eerste is altijd de maatschappelijk werker die de meldingsfiche maakt, dit wordt dan op team besproken, team van maatschappelijk werkers, uiteindelijk is de coördinator de dispatcher, die verdeelt de dossiers verder. De meldingsfiche wordt gecontroleerd... klopt dit voor de cliënt, voor de maatschappelijk werker, er wordt ook gekeken naar vroeger ... de situatie vroeger ...Dit is een eigen ontwerp, dit stroomdiagram! En deze manier van werken! Kijk maar even naar dit stroomdiagram, ofwel gaat het naar de maatschappelijk werker, ofwel naar ergo, of naar xxx of naar de refertewerker, of andere ... kan dan naar de mediotheek of zo'*

### 4.5.6.3 Besluit

Uit de beschrijving van de verschillende teams blijkt dat elk team (opgenomen in deze studie) op een of andere manier samenwerkt met een ergotherapeut, hoewel een ergotherapeut geen deel maakt van de drie officiële disciplines nodig om door het Vlaams Fonds een erkenning te krijgen als MDT. Uit de analyse van de interviews blijkt overigens dat alle onderzoekssubjecten het MDT qua aanwezige disciplines ruimer beschouwen dan de disciplines die strikt genomen noodzakelijk zijn.

Afhankelijk van het soort MDT, (erkend centrum voor maatschappelijk werk, of erkend centrum voor revalidatie) is de samenwerking met de ergotherapeut anders. In de revalidatiecentra is de ergotherapeut in dienst en kan deze gemakkelijk geconsulteerd worden in het kader van IMB. Voor wat betreft de erkende centra voor maatschappelijk werk zijn er minder disciplines aanwezig en zijn er niet altijd ergotherapeuten in dienst, en worden deze via de vzw EDiTh geraadpleegd of zoekt men een zelfstandige ergotherapeut. De centra die geen ergotherapeut in dienst hebben zien dit als een gemis.

Er is in de samenwerking een duidelijke taakverdeling te merken bij de verschillende disciplines. De maatschappelijk assistent neemt vaak een dubbele rol op zich. Enerzijds fungeert de maatschappelijk assistent als coördinator van het team en anderzijds doet de maatschappelijk assistent ook het veldwerk. In bepaalde gevallen worden deze taken door één en dezelfde persoon gedaan, in andere gevallen zijn dit twee verschillende personen. De ergotherapeut wordt enerzijds ingezet rond hulpmiddelen en woningaanpassing en anderzijds omwille van zijn specifieke competenties om (a) het handelen van de cliënt te kunnen analyseren en (b) oplossingen te bieden op maat van de cliënt en zijn omgeving (zie ook verder). De arts heeft afhankelijk van het MDT weinig inbreng, maar wordt aanzien als een belangrijke persoon bij het opmaken van het medische luik, en wordt beschouwd als belangrijk persoon om het dossier te ondertekenen. De kinesitherapeut en de logopedist worden zelden vernoemd en hebben in de dossiers IMB een beperkte taakinvulling. Tenslotte wordt de psycholoog in de dossiers IMB weinig betrokken. Desgevallend wordt de psycholoog ingeschakeld bij de psychologische begeleiding van cliënten indien nodig. Verder wordt de psycholoog geconsulteerd als er testen moeten afgenomen worden zoals IQ-testen bij kinderen.

De structuur van de onderlinge samenwerking wordt bepaald door het MDT zelf. Bij de erkende centra voor maatschappelijk werk gaat het van een 'echt' teamwerk tot 'bilateraal overleg'. Bij de erkende centra voor revalidatie is er sprake van 'echt' teamwerk in de teams. Dit gaat dan niet over een 'eng' MDT in het kader van Vlaams Fonds alleen, de samenwerking overstijgt het 'enge' kader van het MDT door de dagdagelijkse samenwerking in het centrum. Wel blijkt uit de verschillende interviews dat de maatschappelijk assistent in de samenwerking een zeer bepalende en sturende rol heeft.

De analyses maken duidelijk dat in het kader van de opmaak van dossiers IMB de ergotherapeut, als toegevoegde discipline aan het MDT, een meerwaarde betekent. De samenwerking met de ergotherapeut wordt noodzakelijk geacht om hiaten in de dienstverlening te voorkomen. Ergotherapeuten worden ingeschakeld om 3 belangrijke redenen. Omwille van de kennis en de expertise van bestaande hulpmiddelen en omgevingsaanpassing, omwille van zijn kennis van de beïnvloedende omgevingsfactoren op het handelen van de cliënt en omwille van de competentie om de adaptieve respons van de cliënt in te schatten, waarbij rekening wordt gehouden met de pathologie en de gevolgen van de pathologie.

Naast de redenen waarom word samengewerkt met ergotherapeuten voor het opmaken van dossiers werd ook gepeild naar welke problemen en dilemma's de teamleden ervaren in het opmaken van deze dossiers.

De analyses tonen aan dat de problemen kunnen samengevat worden onder 1 grote noemer: 'De discrepantie tussen de belangen van het MDT als cliëntgericht uitvoeringsapparaat en de belangen van het Vlaams Fonds als overheidsinstelling'. Terwijl het MDT als doel heeft om best mogelijke hulpmiddelen te adviseren aangepast aan de specifieke noden van de cliënt heeft het Vlaams Fonds (met inbegrip van de PEC en de BBC) als doel te bekijken of deze hulpmiddelen gerechtvaardigd zijn en of er financiële tegemoetkoming kan voorzien worden met een minimum aan gespendeerde middelen. Een discrepantie tussen enerzijds de outcome-geïntereerdheid van het Vlaams fonds en de cliëntgerichtheid van het MDT.

MDT's ervaren problemen in het leveren van een goede dienstverlening naar de cliënten toe omwille van twee belangrijke redenen. Ten eerste ervaren de MDT's een tekort aan basisfunctionaliteit omwille van (a) onvoldoende financiële middelen die ter beschikking gesteld worden door het Vlaams Fonds en (b) het niet erkennen van de ergotherapie als officiële discipline. Ten tweede wordt de lange periode tussen de aanvraag van de hulpmiddelen en/of woningaanpassingen en de goedkeuring als heikel punt aangehaald, hierdoor ervaren de MDT's een verlies aan geloofwaardigheid naar de cliënt toe.

Voorstellen om tegemoet te komen aan dit probleem zijn: het inschakelen van 'casemanagers' verbonden zijn aan het Vlaams Fonds (de casemanagers dienen in dit geval gespecialiseerd te zijn in bepaalde domeinen en worden geacht het dossier op te starten vanuit het Vlaams Fonds en niet vanuit het MDT), het inschakelen van een refertepersoon IMB ter hoogte van het MDT, meer gebruik maken van beslissingsbomen en meer overleg tussen de MDT's teneinde te kunnen genieten van elkaars competentie.

Bij het bestuderen van het Vlaams Fonds en meerbepaald het opmaken van dossiers IMB kan gesteld worden dat de competenties van de ergotherapeut perfect aansluiten bij de opdracht van IMB. De complementariteit, en de samenwerking met de andere disciplines wordt hierin zeer belangrijk geacht.

Gebaseerd op de resultaten uit dit onderzoeksluik is het toevoegen van een ergotherapeut aan het MDT in het kader van de dossiers IMB van het Vlaams Fonds aangewezen om de dienstverlening naar de cliënt toe te verhogen.

## **5 Het effect van cliëntgerichte ergotherapie bij zelfstandig wonende ouderen: een gerandomiseerde gecontroleerde experimentele studie**

Auteurs van dit hoofdstuk:

Patricia De Vriendt  
Wim Peersman,  
Marleen Verbeke,  
Dominique Van de Velde,  
Agnes Florus.

## 5.1 Probleemstelling

### Ouderen en thuiszorg in Vlaanderen

De levensverwachting van de Vlamingen stijgt. In Vlaanderen is ongeveer één op zes inwoners ouder dan 65 jaar (NIS, 2005), het aandeel 65-plussers zal in de toekomst nog toenemen (Jacobs et al., 2004). De veroudering brengt met zich mee dat steeds meer mensen met chronische aandoeningen worden geconfronteerd. Uit de Belgische gezondheidsenquête komt naar voor dat de meerderheid van de Belgische bevolking van 75 jaar of ouder minstens twee chronische aandoeningen heeft. Dit is het geval voor 56% van de mannen en 69% van de vrouwen (Desmarests et al., 2002).

De aanwezigheid van chronische aandoeningen zorgt er voor dat steeds meer mensen te maken krijgen met bewegingsbeperkingen en zelfredzaamheidsproblemen. De helft van de 75-plussers in Vlaanderen meldt bewegingsbeperkingen. De problemen met de zelfredzaamheid manifesteren zich meer op het vlak van de Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven (vanaf nu IADL genoemd) dan op het vlak van de Basale Activiteiten van het Dagelijks Leven of zelfzorgactiviteiten (vanaf nu BADL genoemd) (zie punt 2.2.4.2). Immers, ouderen ervaren eerst een beperking op vlak van IADL en worden pas later beperkt in de zelfzorgactiviteiten. Veertig procent van de Vlaamse 75-plussers is aangewezen op hulp voor zwaar huishoudelijk werk en één op tien is afhankelijk van de hulp van derden voor BADL. De BADL-disfunctie weegt wel zwaarder door omdat men er per definitie systematisch mee geconfronteerd wordt (Jacobs et al., 2004).

Uit onderzoek van Jacobs et al. (2004) blijkt dat 50 % van de 75-plussers in Vlaanderen 'zelfredzaam' is. Hiermee wordt bedoeld de 'mate van zelfredzaamheid ten aanzien van bewegings-, persoonsverzorgende, huishoudelijke en bijzondere activiteiten'. Drieëntwintig procent van de 75-plussers is 'bijna zelfredzaamheid', 14% 'matig zelfredzaamheid' en 13% 'niet zelfredzaam'. Niettegenstaande de Vlaamse ouderen een vrij grote zelfredzaamheid vertonen, is er dus een niet te verwaarlozen groep onder hen waarbij dit niet het geval is. Vooral de groep van alleenstaande ouderen is een risicogroep. Zij kunnen immers geen beroep doen op iemand uit hun onmiddellijke omgeving om een handje toe te steken.

Ondanks hun bewegings- en zelfzorgbeperkingen willen ouderen (blijven) wonen in hun eigen huis, op een veilige manier, op een 'aangepaste' manier, goed geïntegreerd én onafhankelijk (Vandenboer, 1991). Indien zij hulp nodig hebben, geven ze er de voorkeur aan 'professionele' hulp in te schakelen zodat dit zelfstandig wonen mogelijk blijft (Vanden Boer, 1990).

De grootste groep van zorgvragers van de thuiszorgdiensten situeert zich dan ook binnen de groep van ouderen: uit cijfers van het Hoger Instituut Voor de Arbeid (HIVA, 2001) blijkt dat 81,5% van de gezinszorg besteed wordt aan 65-plussers en 61% aan alleenstaande ouderen. Lichamelijke ziekte, functieverlies, achteruitgang van de algemene toestand, zijn de meest voorkomende redenen van zorg. De cijfers van het HIVA (2001) tonen ook aan dat 40% van de beschikbare uren gezinszorg gaat naar personen met functieverlies.

Niettegenstaande het grote aanbod van zorg in Vlaanderen, blijkt uit onderzoek toch dat



er in bepaalde gevallen sprake is van een 'care deficit' (Breda et al., 1996). Dit betekent dat er voornamelijk een onevenwicht is tussen vraag en aanbod, waarbij sommige ouderen een tekort aan zorg ervaren en andere een teveel aan zorg ontvangen. Vele auteurs waaronder Breda (1996) pleiten daarom voor een betere allocatie van zorg met meer differentiatie.

### **Ouderen, kwaliteit van leven en ergotherapie**

In de literatuur worden verschillende definities van kwaliteit van leven gegeven. Wat vele definities gemeen hebben is de component 'perceptie'. Alle definities gaan er namelijk van uit dat kwaliteit van leven een subjectief begrip is. Enkel het individu zelf kan een oordeel vellen over zijn levenskwaliteit. Een ander kenmerk is het multidisciplinaire karakter van het begrip. Het wordt door een grote verscheidenheid aan dimensies bepaald: functionele mogelijkheden, roluitoefening, sociale interactie en communicatie, psychologisch welzijn, lichamelijk goed voelen en levenstevredenheid (Bowling, 1997).

Een hoofddoelstelling van iedere hulpverlener, en ook van de ergotherapeut, is de levenskwaliteit van de hulpvrager te verhogen. Ergotherapeuten werken binnen een model dat er van uitgaat dat mensen nood hebben aan een 'geëngageerdheid' in activiteiten om zich goed te voelen. Dit uit zich in 'contextueel' of dagdagelijks handelen, te situeren op drie domeinen: zelfzorg, ontspanning en arbeid. De ergotherapeut, als 'handelingsexpert', richt zich op het herstellen en behouden van het handelen of het vervangen ervan door 'anders te gaan handelen' (zie punt 2.2.1 en 2.2.4.2).

## **5.2 Doel van het onderzoek**

Er is reeds aangetoond dat bepaalde vormen van ergotherapie - zoals trainen van vaardigheden, adviseren van hulpmiddelen, evaluatie van risicofactoren in de thuissituatie - een positief effect hebben op een aantal uitkomstmaten, zoals verminderen van valincidenten, behouden of verhogen van functionele mogelijkheden, participatie en kwaliteit van leven bij ouderen in de thuiszorg. Het op maat maken van de interventies, rekening houdend met de behoeften van de oudere cliënt en de focus op het contextueel handelen, zouden belangrijke aspecten kunnen zijn van de effectiviteit van de interventies en dienen verder onderzocht te worden (Steultjens et al., 2004).

Onderzoek in Nederland (Claus et al, 2003) wees uit dat een probleemgerichte aanpak bij thuiswonende ouderen niet resulteerde in het verwachte aantal behandelingen. Er was immers geen hulpvraag en de toegepaste benaderingswijze riep bij de ouderen een zekere weerstand op waardoor ze de ergotherapeutische behandeling weigerden. De onderzoekers besloten daaruit dat een cliëntgerichte aanpak waarschijnlijk betere resultaten zou opleveren.

Er werd tot op heden nog niet empirisch onderzocht of een cliëntgerichte ergotherapeutische interventie, gebaseerd op de uitgangspunten zoals beschreven in hoofdstuk 2, een positief effect heeft op de zelfredzaamheid op vlak van BADL en op de kwaliteit van leven van thuiswonende, alleenstaande ouderen.

Het Oost-Vlaamse beleid besteedt veel aandacht aan de zorg voor de oudere bevolkingsgroep (PRATO, 2001). Op vraag van de opdrachtgever wordt daarom gefocust op de mogelijke rol van de ergotherapeut in de thuiszorg voor ouderen. Er zal onderzocht worden of het toevoegen van een ergotherapeut aan de reeds bestaande multidisciplinaire thuiszorgteams de kwaliteit van de zorg kan verbeteren.

## 5.3 Onderzoeksvraag

In dit onderzoek zal nagegaan worden of een cliëntgerichte ergotherapeutische interventie, toegevoegd aan het reeds bestaande aanbod van multidisciplinaire zorg, de zelfstandigheid van de thuiswonende, alleenstaande ouderen met zelfzorgbeperkingen op vlak van BADL kan verbeteren en hun kwaliteit van leven kan verhogen.

## 5.4 Methode

### 5.4.1 Gerandomiseerde gecontroleerde experimentele studie

De studie is opgezet als een gerandomiseerd gecontroleerd experimenteel onderzoek. Hierbij worden de proefpersonen at random toegewezen aan een experimentele groep of aan een controlegroep. De experimentele groep krijgt, naast de behandeling en zorg zoals gewoonlijk, eveneens de cliëntgerichte ergotherapeutische interventie aangeboden. De controlegroep behoudt de behandeling en zorg zoals gewoonlijk. Bij beide groepen gebeurt een voor- en nameting met behulp van een gestandaardiseerd mondeling interview. De onderzoekspopzet werd goedgekeurd door de ethische commissie van de opleiding kinesithérapie van de Arteveldehogeschool.

### 5.4.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie wordt gevormd door thuis- en alleenwonende ouderen met functioneringsproblemen op vlak van BADL, die reeds gezinszorg krijgen. Concreet is er reeds een verzorgende op bepaalde dagen aanwezig ten huize van de cliënt. De gezinszorg wordt geregeld en opgevolgd door een maatschappelijk assistent, verbonden aan de dienst, met wie de cliënt minstens één maal per jaar contact heeft. Een 'thuiszorgteam', zoals bedoeld in dit onderzoek, bestaat dus minimum uit de volgende twee professionele zorgverleners : de verzorgende en de maatschappelijk assistent. Deze setting laat toe om een 'nieuwe' discipline toe te voegen aan het reeds aanwezige team in de thuissituatie, met name de ergotherapeut, die de interventie zal aanbieden.

De onderzoekssubjecten worden aangeleverd door de volgende gezinszorgdiensten: Familiezorg Oost-Vlaanderen vzw, vzw Familiehulp, Solidariteit voor het gezin VZW, vzw Thuishulp regio Oost-Vlaanderen, Familiezorg West-Vlaanderen vzw en de Lokale Dienstencentra van OCMW Gent.

De selectie van de onderzoekspersonen gebeurt door de diensten gezinszorg op basis van de zorgdossiers. Bij de kleinere diensten (Familiezorg West-Vlaanderen vzw en De Lokale Dienstencentra van het OCMW Gent) werden alle cliënten die voldoen aan de voorwaarden uitgenodigd tot deelname aan het onderzoek. Bij de grotere diensten werd de selectie om praktische redenen gemaakt op basis van door de computer gegenereerde toevalsgetallen.

De onderzoekssubjecten dienen aan de volgende criteria te voldoen om geselecteerd te worden:

- heeft een leeftijd van 65 jaar of ouder;
- is alleen wonend;
- krijgt reeds gezinszorg, minimum via de verzorgende en de maatschappelijk assistent;
- is Nederlandstalig (gezien de metingen gebeuren via een gestandaardiseerd interview);
- heeft één of meerdere functioneringsproblemen op vlak van BADL. De 'mate van functionaliteit' wordt geoperationaliseerd via de Bel-profielschaal (WVC, 2006). De Bel-profielschaal is een zorgschaal die uitgewerkt werd door de diensten gezinszorg zelf en is later door de overheid verplicht opgelegd als instrument voor de berekening van de gebruikersbijdrage (ministeriële besluit van 26 juli 2001 tot vaststelling van het bijdragesysteem voor de gebruiker van gezinszorg). In deze studie wordt meer bepaald het onderdeel 'lichamelijke ADL' (of subschaal B) gebruikt dat betrekking heeft op de BADL-items wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, incontinentie en eten.

Indien één van de volgende criteria voorkomt bij de onderzoekssubjecten worden ze toch niet opgenomen in het onderzoek:

- heeft incontinentie als enige BADL-probleem;
- lijdt aan dementieproblematiek, op basis van de aanwezigheid in het dossier via de diagnose van een arts;
- heeft een eerdere ergotherapeutische behandeling aan huis gehad. Een ergotherapeutische behandeling in een ziekenhuis, eventueel als nazorg, is wel toegelaten.

Alle personen die voldoen aan de in- en exclusiecriteria worden, al dan niet na selectie (in geval van grotere diensten), door de sectorverantwoordelijken van de diensten gezinszorg uitgenodigd tot deelname aan het onderzoek. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een standaardtekst (zie bijlage 9.5.1). Indien de uitgenodigde personen open staan voor medewerking, bezorgen de diensten hen een brief met informatie over het onderzoek (zie bijlage 9.5.2) om hen in de gelegenheid te stellen dit nog eens rustig na te lezen en desgewenst te bespreken met familie of vertrouwenspersonen. Er wordt eveneens een brief voor de huisarts (zie bijlage 9.5.3) voorzien. De persoon is vrij om deze aan de huisarts te bezorgen of niet. Gelijktijdig wordt ook het formulier voor geïnformeerde toestemming (zie bijlage 9.5.4) aan de cliënt bezorgd. Enkele dagen later belt de sectorverantwoordelijke van de dienst terug en vraagt of de persoon effectief wil mee werken. Pas indien mondeling toestemming wordt gegeven, wordt de naam van de persoon doorgegeven aan de onderzoeksgroep.

Bij het eerste bezoek van een interviewer wordt gevraagd het formulier voor geïnformeerde toestemming te ondertekenen. Pas nadat de onderzoekspersoon zijn schriftelijke geïnformeerde toestemming heeft gegeven wordt hij/zij toegewezen aan de interventie- of controlegroep. Deze toewijzing gebeurt door een onderzoeksmedewerker die niet betrokken is bij het contacteren van de proefpersoon of het interview, op basis van door de computer gegenereerde toevalsgetallen. Tijdens het eerste interview zijn noch de interviewer, noch de proefpersoon zelf op de hoogte of hij/zij in de controle- dan wel in de interventiegroep is ondergebracht.

### 5.4.3 Interventie

#### Beschrijving van de interventie

De ergotherapeutische interventie in deze studie is gebaseerd op een 'cliëntgericht model' (zie punt 2.2.4.2), meer bepaald aan de hand van het Canadian Model of Occupational Performance (vanaf nu CMOP genoemd) en het Canadian Occupational Performance Proces Model (vanaf nu COPPM genoemd).

De verschillende ontwerpprotocolen werden in eerste instantie voorgelegd aan de stuurgroep en met hun feedback bijgewerkt. Vervolgens werd de interventie, beschreven in het voorlopige protocol, op zijn haalbaarheid getoetst door een panel ervaringsdeskundigen, bestaande uit ergotherapeuten werkzaam in thuiszorg en geriatrie en een geriatr met ervaring en deskundigheid in de thuiszorg. Hun opmerkingen werden besproken in de onderzoeksgroep en vervolgens opnieuw in de stuurgroep. Dit leverde de definitieve versie op van het protocol.

Het protocol bestaat uit volgende fasen:

#### *Fase 1: benoemen, valideren en prioriteren van problemen in het handelen*

Tijdens het eerste contact met de cliënt, neemt de ergotherapeut een interview af. Bedoeling is informatie te verzamelen over problemen in het contextueel handelen met betrekking tot BADL die voor de cliënt van belang zijn. Het gesprek verloopt door middel van open vragen waarbij veel aandacht besteed wordt aan het levensverhaal (narratieve gespreksvoering) en het contextueel handelen van de cliënt. Op basis van deze behoeften worden in overleg de prioriteiten bepaald door de cliënt en de ergotherapeut.

#### *Fase 2: selecteren van een theoretische basis*

De aangebrachte problemen worden door de ergotherapeut geanalyseerd en een theoretische benadering wordt geselecteerd. In de praktijk zal de ergotherapeut beroep doen op zijn parate kennis, literatuur doornemen, websites consulteren en/of collega's raadplegen. De interventies die de ergotherapeut plant, zijn steeds volgens de – op dit moment beschikbare – 'best evidence'. De ergotherapeut zal zijn behandeling invullen vanuit Evidence Based Practice (zie punt 2.2.4.3).

#### *Fase 3: inventariseren van handelingscomponenten en omgevingsfactoren*

Aan de hand van het ergotherapeutisch model wordt het handelen verder geanalyseerd. Aangepaste meetinstrumenten kunnen hier dienstig zijn. Omwille van de gestandaardiseerde manier van werken voorziet het protocol in een basisstructuur voor de analyse, maar het protocol laat de ergotherapeut verder vrij in het selecteren van een bepaald meetinstrument. Dit hangt namelijk mede af van de gezondheidsproblematiek van de cliënt en de gewoontes van de ergotherapeut. De ergotherapeut krijgt in het standaarddossier (zie bijlage 9.5.5) een schema waarin alle punten zijn opgenomen die hij dient na te gaan. Dit schema is opgesteld op basis van de International Classification of Functioning, Disability and Health (vanaf nu ICF genoemd) (WHO, 2001) (zie punt 2.2.4.2). De elementen van de ICF die bruikbaar zijn in dit onderzoek zijn opgenomen. Daar waar het CMOP een verfijning betekent van de ICF, wordt deze in de structuur van de ICF ingepast.

#### *Fase 4: inventariseren van sterke punten en hulpbronnen*

De sterke punten en hulpbronnen van de cliënt en ergotherapeut die een bijdrage kunnen leveren aan het ergotherapeutisch proces, worden geïnventariseerd. Dit gebeurt op basis van de zelfde structuur als in fase 3. De ergotherapeut dient contact op te nemen met de huisarts, met de bedoeling zichzelf voor te stellen en vooral in functie van eventuele contra-indicaties met betrekking tot de behandeling. Dit behoort tot de deontologie van de ergotherapeut zoals in de deontologische code van EDiTh vzw vastgelegd. In deze fase kan desgevallend ook met de andere leden van het multidisciplinair team of met de mantelzorgers contact genomen worden. Het is belangrijk voldoende tijd te voorzien voor fase 3 en 4.

#### *Fase 5: onderhandelen over einddoelen, ontwikkelen van een actieplan*

De cliënt en de ergotherapeut onderhandelen over de einddoelen die de cliënt wil behalen en ontwikkelen samen een actieplan. Hierin wordt gespecificeerd wat de cliënt en de ergotherapeut zullen doen om de doelen te bereiken. De acties die ergotherapeut en cliënt zullen ondernemen, kunnen zeer verschillend van aard zijn. Het kan gaan over specifieke interventies, zoals

- training van sensorisch-motorische functies;
- training van cognitieve functies;
- training van vaardigheden;
- advies en instructie met betrekking tot het gebruik van ondersteunende hulpmiddelen;
- counseling van de mantelzorger (centrale hulpverlener);
- advies aan de professionele hulpverlener;
- een vorm van 'allesomvattende' interventie, waarbij de verschillende andere interventievormen aan bod (kunnen) komen<sup>6</sup>.

Deze fase hangt dus nauw samen met de fase waarin theoretische kaders worden geselecteerd.

#### *Fase 6: implementeren van acties volgens het vooraf gestelde doe*

De plannen worden geïmplementeerd en voortdurend geëvalueerd en bijgestuurd. Nieuwe actieplannen kunnen gemaakt worden, doelen kunnen bijgesteld worden indien nodig.

#### *Fase 7: evalueren van het effect van de therapie*

Wanneer de gestelde einddoelen zijn bereikt, wordt de behandeling afgesloten. Indien blijkt dat dit niet het geval is, kan (een deel van) het proces herhaald worden. Na beëindigen van de behandeling neemt de ergotherapeut contact op met de huisarts en brengt verslag uit. De andere thuiszorgactoren, zeker de medewerkers van de gezinszorgdienst, krijgen eveneens verslag. Ook aan de mantelzorger wordt verslag en eventueel advies uitgebracht.

Het gehele proces kan acht tot tien weken in beslag nemen.

---

<sup>6</sup> Belangrijk om aan te stippen is dat de ergotherapeutische revalidatie in de zin van 'langdurende training' uitgesloten is binnen dit onderzoek. Een echte revalidatie gebeurt in het ziekenhuis of revalidatiecentrum en niet in de thuiszorg.

## **Interveniërende ergotherapeuten**

De stuurgroep levert de interveniërende ergotherapeuten aan. Zij dienen aan een aantal criteria te voldoen:

- diploma 'bachelor/gegradueerde in de ergotherapie' bezitten;
- bereid zijn een vorming te volgen ten einde gestandaardiseerd te werken; Deze vorming duurt drie uur en behelst het doornemen van het interventieprotocol en het geven van richtlijnen voor het invullen van het gestandaardiseerde dossier;
- bereid zijn een gestandaardiseerd dossier in te vullen.

De interveniërende ergotherapeuten werken op 'freelance-basis' mee aan het onderzoek, terwijl hun normale werkactiviteit gewoon doorloopt. Ze worden vergoed op basis van de financiële barema's van EdiTh vzw en krijgen hun verplaatsingskosten terugbetaald.

Zij krijgen een 'startpakket' met daarin alle contactgegevens van de diensten die in het onderzoek betrokken zijn. De ergotherapeuten van de stuurgroep fungeren als aanspreekpunt tijdens het onderzoek.

In totaal werkten 20 ergotherapeuten (1 man en 19 vrouwen) mee aan het onderzoek. Hun leeftijd varieerde van 24 jaar tot 51 jaar. Alhoewel alle ergotherapeuten al enkele jaren werkervaring hadden, gaande van 2 jaar tot 27 jaar, had niet iedereen (evenveel) ervaring in de thuiszorg. Eén iemand had nooit ergotherapeutische thuisinterventies gedaan, anderen hadden enkele jaren ervaring in de thuiszorg en nog andere 22 à 23 jaren. Niet iedere deelnemende ergotherapeut had ervaring in ouderenzorg.

## **Interventiedossier**

Een standaarddossier dient door de ergotherapeuten ingevuld te worden (zie bijlage 9.5.5). In dit standaarddossier wordt onder meer genoteerd: de probleemidentificatie door de cliënt en/of de ergotherapeut, de aard van de uitgevoerde interventies, het aantal contacten die de ergotherapeut had met de cliënt, het aantal contacten met andere professionele hulpverleners en de mantelzorger, en de bestede behandeltime.

## **Werkwijze**

De ergotherapeuten krijgen van de onderzoeksgroep een telefoontje met de aankondiging dat er een cliënt voor hen was. De ergotherapeuten krijgen cliënten toegewezen in de eigen regio. Ze ontvangen een informatiefiche met daarop naam, adres en telefoonnummer, leeftijd, dienst gezinszorg en de scores van de Bel-profielschaal van de cliënt (zie bijlage 9.5.6). De ergotherapeuten nemen contact op met de dienst gezinszorg om te melden dat zij naar de cliënt toe gaan. Zoals voorzien in het protocol, krijgen de ergotherapeuten acht tot tien weken om de behandeling af te ronden. Na afloop van de interventie wordt het gestandaardiseerde dossier ingeleverd bij de onderzoeksgroep.

## 5.4.4 Gestandaardiseerd mondeling interview

### Effectmeting van de interventie

Op basis van de literatuur rond geriatrisch assessment, kwaliteit van leven-assessment en ergotherapeutisch assessment werden gevalideerde instrumenten geselecteerd die voldoen aan de volgende voorwaarden:

- hebben betrekking op aspecten waarvan verwacht wordt dat de interventie er een rechtstreekse invloed op kan hebben;
- kunnen in het kader van een mondeling interview bij ouderen worden afgenomen;
- zijn niet aandoeningspecifiek;
- kunnen door verschillende disciplines of beroepsgroepen afgenomen worden;
- zijn sensitief genoeg om veranderingen te meten;

worden in de internationale literatuur regelmatig gebruikt bij deze populatie.

De ergotherapeuten van de stuurgroep werden gevraagd om de geselecteerde meetinstrumenten uit te proberen bij enkele proefpersonen die aan dezelfde criteria voldoen als de onderzoekspopulatie, teneinde de gebruiksvriendelijkheid (benodigde tijd, interpretatiemogelijkheden, ...) en effectgrootte te kunnen beoordelen.

In de vragenlijst (zie bijlagen 9.5.7 en 9.5.8) werden volgende meetinstrumenten opgenomen.

#### *SF-36*

De SF-36 is ontworpen als een indicator van de algemene gezondheidstoestand (Ware & Sherbourne, 1992) en is één van de meest gebruikte instrumenten in gezondheidsenquêtes en bij evaluatieonderzoek van gezondheidszorgvoorzieningen en gezondheidszorgbeleid (McDowell & Newell, 1996). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van 5 subschalen van de SF-36, namelijk 'fysiek functioneren' (10 items), 'ervaren rolbeperkingen door een fysiek probleem' (4 items), 'lichamelijke pijn' (2 items), 'mentale gezondheid' (5 items) en 'vitaliteit' (4 items). De gebruikte referentieperiode was 1 week. Voor iedere subschaal van de SF-36 worden de scores getransformeerd en gaan van 0 (slechts mogelijke score) tot 100 (best mogelijke score). De gewichten die bij de transformatie worden gehanteerd zijn deze die worden geadviseerd door 'The Health Institute' (McDowell & Newell, 1996).

#### *BADL-index*

Op basis van 8 items (mobiliteit, transfer in en uit bed en in en uit de zetel, kleden, wassen, voeden, toilet bezoek en urinaire incontinentie) werd een index samengesteld die de BADL-status van de onderzochte persoon bepaalt. Deze items zijn overgenomen uit 'de Gezondheidsenquête door middel van interview 2001' en maken deel uit van een lijst met referentievragen van de WHO Europa (Gezondheidsenquête, 2001). De items die in de index gebruikt worden zijn gelijkaardig aan de items van veelgebruikte observatieschalen zoals de Katzschaal (Katz et al., 1963) en de Barthelindex (Mahoney et al., 1965). Op elk van de items, met uitzondering van de vraag over urinaire incontinentie, waren er telkens 3 antwoordcategorieën voorzien die de mate van beperking uitdrukken. Alvorens over te gaan tot het creëren van de index, dit door het optellen van de scores op de 8 items, is ook de vraag naar problemen met urinaire incontinentie herleid tot 3 categorieën (respondent heeft geen problemen; respondent heeft af en toe problemen (minder dan één keer per week); respondent heeft minstens één keer per week problemen). Zoals de subschalen van de SF-36 werden ook de scores op deze index getransformeerd en gaan ze van 0 (slechts mogelijke score) tot 100 (best mogelijke score).

### *Algemene gezondheidsbeleving*

In de vragenlijst werd één item opgenomen om te peilen naar de algemene gezondheidsbeleving. Dit is een globale maatstaf die verschillende dimensies van gezondheid omvat (fysieke, sociale en emotionele). De vraag verwijst naar de gezondheidsstatus maar wellicht ook naar de levenskwaliteit die nauw verbonden is met de gezondheid (König-Zahn, 1993). Dit item wordt minder in staat geacht om veranderingen op vlak van gezondheidsbeleving op kort termijn te meten. De subjectieve appreciatie die mensen van hun eigen algemene gezondheid hebben, is echter een essentiële vraag die in een groot aantal gezondheidsenquêtes is opgenomen en om die reden wordt deze vraag ook hier gebruikt. Op de vraag "Hoe zou uw uw algemene gezondheidstoestand omschrijven" zijn er 5 antwoordmogelijkheden voorzien ('zeer goed', 'goed', 'gaat wel (redelijk)', 'slecht' en 'zeer slecht').

### **Basiskenmerken**

In de gestandaardiseerde vragenlijst kwamen ook nog vragen aan bod met betrekking tot leeftijd, geslacht, woonplaats, opleiding, inkomen, beroep, sociaal netwerk, en zorgconsumptie van de respondent. De vragenlijst werd tenslotte vervolledigd door te peilen naar het voorkomen van chronische aandoeningen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de lijst met chronische aandoeningen zoals gebruikt in de Gezondheidsenquête 2004 (Gezondheidsenquête, 2004).

### **Afname van de vragenlijst**

Er vond een gestandaardiseerd interview plaats aan het begin van de studie (pre-test) en na acht tot tien weken (post-test). De vragenlijst werd afgenomen door getrainde interviewers, bij de onderzoekspersonen zelf. Proxy-interviews waren niet toegestaan<sup>7</sup>.

De interviewers weten niet of de onderzochte persoon een ergotherapeutische behandeling zal hebben/heeft gehad.

## **5.4.5 Analyse**

Bij de analyse bleven alle proefpersonen hoe dan ook tot de groep behoren waar ze na randomisatie in waren ondergebracht ('intention to treat principe').

Om het effect van de interventie na te gaan is voor iedere deelnemer de verandering in score tussen de voor- en nameting op de verschillende uitkomstvariabelen vastgesteld. Het verschil in gemiddelde verandering tussen interventie- en controlegroep is berekend samen met 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI). Om na te gaan of de verschillen in verandering tussen beide groepen significant zijn is gebruik gemaakt van covariantie-analyse met de overeenkomstige score op de voormeting als covariaat of van een *t*-toets in het geval van het item 'algemene gezondheidsbeleving'. Analyses zijn uitgevoerd met SPSS 12.0.

Met 80 deelnemers per groep is er een statistische power van 80% om tussen interventiegroep en controlegroep een verschil van 8 punten in verandering op de verschillende subschalen van de SF-36<sup>8</sup> en de BADL-index terug te vinden met een significantieniveau van 5%.

---

<sup>7</sup> Met een Proxy-interview wordt bedoeld dat een andere persoon (mantelzorger, hulpverlener, ... ) antwoordt in 'naam van' de geselecteerde respondent.

<sup>8</sup> Met uitzondering van 'rolbeperkingen omwille van een fysiek probleem'

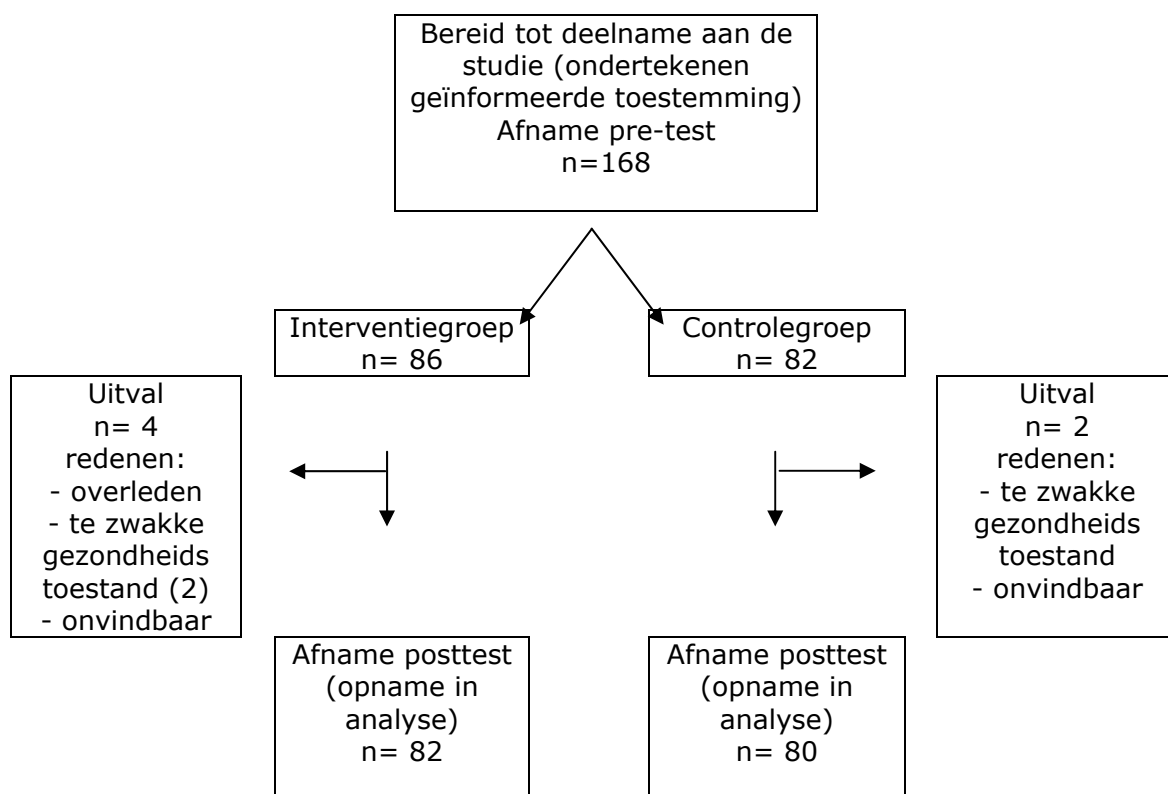


## 5.5 Resultaten

### 5.5.1 Deelnemers

Figuur 5.1 toont de flowchart van de studie. In totaal waren er 168 ouderen die voldeden aan de inclusie- en exclusiecriteria, een schriftelijke geïnformeerde toestemming gaven en bij wie een pre-test werd uitgevoerd.

Randomisatie resulteerde in de toewijzing van 82 onderzoekssubjecten aan de controlegroep en 86 onderzoekssubjecten aan de interventiegroep. Er was een uitval van 6 personen alvorens de post-test werd afgenomen. In de controlegroep betrof dit 2 personen, in de experimentele groep 4 personen.



Figuur 5.1 Participanten-flow van de onderzoekspersonen.

### Basiskenmerken van de deelnemers na randomisatie

Tabel 5.1 laat de basiskenmerken zien van de deelnemers na randomisatie. Beide groepen vertonen voor geen enkele van deze kenmerken een noemenswaardig verschillende waarde. Analyse toont aan dat de verschillen tussen de interventiegroep en de controlegroep niet statistisch significant zijn.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 79,9 jaar in de interventiegroep en 80,9 jaar in de controlegroep. In de interventiegroep zijn 76% vrouwen geteld en in de controlegroep 84%. De leeftijd waarop de deelnemers hun schoolloopbaan eindigden was

voor de interventiegroep 15,2 jaar en voor de controlegroep 15,5 jaar. In de interventiegroep is 45% huurder van een woning ten opzichte van 37% in de controlegroep. Het antwoord 'moeilijk hebben om gezondheidskosten in te passen in het budget' werd door 44% van de interventiegroep gerapporteerd versus 42% in de controlegroep. Het aantal contacten gedurende de afgelopen 8 weken met de huisarts bedroeg voor de interventiegroep 3,4 en voor de controlegroep 3,1. Het aantal deelnemers dat contact had met de specialist was 43 % voor de interventiegroep en 36% voor de controlegroep. Voor wat betreft de contacten met de verpleegkundige aan huis bedroeg dit respectievelijk 63 en 73%; voor wat betreft de contacten met de kinésist respectievelijk 35% en 38%. De interventiegroep rapporteerde 6,8 chronische aandoeningen versus 6,3 in de controlegroep.

Beide groepen functioneren gelijkaardig op vlak van BADL, met een score op de Bel-profielschaal van 5,4 voor de interventiegroep en 5,9 voor de controlegroep en een BADL-index van 66 voor de interventiegroep en 69 voor de controlegroep.

Er werden verder ook geen belangrijke verschillen gevonden tussen beide groepen op de gebruikte subschalen van de SF-36, fysiek functioneren, rolbeperkingen door een fysiek probleem, lichamelijke pijn, mentale gezondheid, vitaliteit en op de vraag naar de algemene gezondheidsbeleving.

Kenmerk	Interventiegroep (n=86)	Controlegroep (n=82)
Aantal (%) vrouwen	65 (76)	69 (84)
Leeftijd	79,9 (6,3)	80,9 (7,3)
Leeftijd bij beëindigen onderwijs	15,2 (2,0)	15,5 (2,2) <sup>d</sup>
Aantal deelnemers (%) die de woning huren	39 (45)	30 (37)
Aantal deelnemers (%) dat het 'eerder moeilijk' of 'heel moeilijk' vindt om gezondheidskosten in het budget in te passen	37 (44) <sup>a</sup>	34 (42)
Contacten met huisarts de afgelopen 8 weken	3,4 (2,2)	3,1 (3,4) <sup>d</sup>
Aantal deelnemers (%) dat contact had met een specialist de afgelopen 8 weken	36 (43) <sup>b</sup>	29 (36) <sup>d</sup>
Aantal deelnemers (%) dat contact had met een verpleegkundige aan huis de afgelopen 8 weken	54 (63)	59 (73) <sup>d</sup>
Aantal deelnemers (%) dat contact had met een kinesitherapeut de afgelopen 8 weken	30 (35)	30 (38) <sup>e</sup>
Chronische aandoeningen	6,8 (4,0) <sup>d</sup>	6,3 (3,8) <sup>f</sup>
BELFOTO	5,4 (3,5)	5,9 (3,4)
SF-36 – Fysiek functioneren	23 (27)	19 (23)
SF-36 – Rolbeperkingen door een fysiek probleem	57 (44) <sup>a</sup>	52 (45)
SF-36 – Lichamelijke pijn	47 (27) <sup>c</sup>	55 (29)
SF-36 – Mentale gezondheid	61 (24) <sup>a</sup>	60 (24)
SF-36 – Vitaliteit	50 (21)	52 (22)
BADL-index	66 (25)	69 (23)
Algemene gezondheidsbeleving		
Aantal deelnemers (%) in categorie 'zeer goed'	2 (2)	1 (1)
Aantal deelnemers (%) in categorie 'goed'	14 (16)	18 (22)
Aantal deelnemers (%) in categorie 'gaat wel'	53 (62)	48 (59)
Aantal deelnemers (%) in categorie 'slecht'	12 (14)	13 (16)
Aantal deelnemers (%) in categorie 'zeer slecht'	5 (6)	2 (2)

<sup>a</sup> n=85; <sup>b</sup> n=84; <sup>c</sup> n=82; <sup>d</sup> n=81; <sup>e</sup> n=80; <sup>f</sup> n=79

Tabel 5.1 Basiskennmerken van de deelnemers na randomisatie. Cijfers zijn gemiddelde (standaardafwijking) tenzij anders vermeld in de rubriek 'kenmerk'.

## 5.5.2 Ergotherapeutische interventie

### Door de ergotherapeut in het gestandaardiseerde dossier vermelde zelfzorg- en mobiliteitsproblemen

Een overzicht van de zelfzorg- en mobiliteitsproblemen, aangegeven in de gestandaardiseerde dossiers van de interventiegroep die de ergotherapeuten ten behoeve van het onderzoek invulden, wordt gegeven in tabel 5.2. Bij 26 proefpersonen (30%) werd er melding gemaakt van problemen bij het zich wassen, bij 21 (24%) problemen met zich kleden, bij 12 (14%) problemen met incontinentie, bij 11 (13%) problemen met toiletbezoek en bij 10 proefpersonen (12%) problemen met zich voeden. Met betrekking tot mobiliteit werden volgende problemen geïdentificeerd. Er werden bij 26 proefpersonen (30%) transferproblemen gemeld (transfers tussen bed, zetel, toilet). Bij 33 (38%) proefpersonen werden problemen genoemd met het zich verplaatsen, zowel binnenshuis als buitenshuis. Onveiligheidsgevoelens met betrekking tot mobiliteit werd in 26 dossiers (30%) als probleem geïdentificeerd. Andere mobiliteitsproblemen, door 18 personen (21%) vernoemd, waren onder andere fietsen, veelvuldig vallen, gebrek aan uithoudingsvermogen, problemen met zich bukken, iets oprapen, buigen of reiken.

Vermelde zelfzorg- en mobiliteitsproblemen	
Wassen	26 (30)
Kleden	21 (24)
Incontinentie	12 (14)
Toiletbezoek	11 (13)
Voeden	10 (12)
Transfers	26 (30)
Verplaatsen binnen- en buitenshuis	33 (38)
Onveiligheidsgevoelens mbt mobiliteit	26 (30)
Andere mobiliteitsproblemen	18 (21)

Tabel 5.2 Door de ergotherapeut in het gestandaardiseerde dossier (n=86) vermelde zelfzorg- en mobiliteitsproblemen in de interventiegroep. Cijfers zijn aantallen (%).

### Beschrijving van de ergotherapeutische interventies op basis van het gestandaardiseerde dossier

Tabel 5.3 laat de verdeling zien van het aantal contactmomenten van de ergotherapeuten met de proefpersonen aan huis. Vier personen (5%) weigerden een bezoek van de ergotherapeut. Bij hen is dus geen enkel contactmoment aan huis geweest. Bij de meeste proefpersonen, namelijk bij 34 (39 %), vond er maar één contactmoment plaats. Bij 19 proefpersonen (22%) waren er 2 contactmomenten, bij 17 personen (20%) 3, bij 7 personen (8%) 4 en bij 5 personen (6%) waren er 5 contactmomenten. Bij 2/3 van de proefpersonen zijn er dus maximaal 2 contacten

geweest.

De totale bestede interventietijd per proefpersoon is 134 minuten of 2 uur en 14 minuten, verplaatsingstijd niet inbegrepen.

In tabel 5.3 is te zien welke de aard van de uitgevoerde interventies was. De interventies betroffen bij 22 (26%) van de 86 proefpersonen het trainen van vaardigheden. Vooral het adviseren en instrueren van hulpmiddelen en aanpassingen kwam voor. Dit werd namelijk 46 maal gemeld (54 %). In 22 dossiers (26%) werd ook melding gemaakt van advies aan de mantelzorger en aan de professionele hulpverlener. Het betrof nooit het trainen van sensorisch-motorische functies en cognitieve functies.

Tabel 5.3 toont met wie de ergotherapeut contact heeft gehad. In 5 dossiers (6%) had de ergotherapeut contact met de thuisverpleegkundigen, in 15 (17%) dossiers met de diensten gezinszorg, in 14 dossiers (16%) met de huisarts, in 2 dossiers (2%) met de kinesist. In 13 dossiers (15%) vermeldde men contact met de mantelzorger. In 17 dossiers (20 %) werden nog andere contacten vernoemd, zoals contact met een organisatie omtrent hulpmiddelen, een firma die trapliften plaatst, de dienst stedenbouw van de gemeente, de uitleendienst van een mutualiteit, de klusjesdienst, 'Licht en Liefde', de Brailleliga, het hoofd van een dienst binnen het UZ, het lokaal dienstencentrum, het OCMW, werklui die op het betreffende moment aan het werk waren in de straat, de poetsdienst.

<i>Contacten tussen ergotherapeut en proefpersoon</i>	
0	4 (5)
1	34 (39)
2	19 (22)
3	17 (20)
4	7 (8)
5	5 (6)
<i>Totale bestede tijdsduur per proefpersoon</i>	
Gemiddelde (standaardafwijking) in minuten	134 (113) <sup>a</sup>
<i>Aard van de interventie</i>	
Inoefenen van vaardigheden	22 (26)
Advies en instructie met betrekking tot gebruik van ondersteunende hulpmiddelen	46 (54)
Adviseren van de hulpverlener (zowel professionele hulpverlener als mantelzorger)	22 (26)
<i>Andere hulpverleners en diensten waarmee de ergotherapeut contact heeft gehad</i>	
Thuisverpleegkundige	5 (6)
Thuiszorgdienst	15 (17)
Huisarts	14 (16)
Kinesist	2 (2)
Mantelzorger	13 (15)
Andere	17 (20)

<sup>a</sup> n=80

Tabel 5.3 Beschrijving van de ergotherapeutische interventies op basis van het gestandaardiseerde dossier (n=86). Cijfers zijn aantallen (%) tenzij anders vermeld.

### 5.5.3 Effect van de interventie

In tabel 5.4 is de gemiddelde verandering in de scores tussen de voor- en nameting op de uitkomstvariabelen voor de interventie- en controlegroep weergegeven.

Uit deze resultaten blijkt dat de interventiegroep op alle uitkomstvariabelen een 'grotere' verbetering ondervond dan de controlegroep, met uitzondering van de subschaal mentale gezondheid van de SF-36. De verandering op deze laatste is voor beide groepen gelijk (-0,1). Deze effecten zijn bovendien statistisch significant voor de subschaal lichamelijke pijn van de SF-36 ( $p=0,049$ ), de BADL-index ( $p=0,013$ ) en de algemene gezondheidsbeleving ( $p=0,024$ ).

	Interventiegroep (n=82)	Controlegroep (n=80)	Verskil <sup>#</sup> (95%BI)	p-waarde
SF-36 – Fysiek functioneren	3,0	1,4	1,6 (-3,3 tot 6,6)	0,196†
SF-36 – Rolbeperkingen door een fysiek probleem	7,4 <sup>a</sup>	4,4 <sup>c</sup>	3,0 (-12,2 tot 18,1)	0,380†
SF-36 – Lichamelijke pijn	4,5 <sup>d</sup>	-5,1 <sup>d</sup>	9,6 (2,6 tot 16,6)	0,049†
SF-36 – Mentale gezondheid	-0,1 <sup>b</sup>	-0,1 <sup>c</sup>	0,0 (-5,5 tot 5,6)	0,872†
SF-36 – Vitaliteit	1,2 <sup>a</sup>	-1,3 <sup>c</sup>	2,5 (-3,6 tot 8,6)	0,566†
BADL-index	3,6	-3,1	6,7 (1,4 tot 12,1)	0,013†
Algemene gezondheidsbeleving	0,2 <sup>§</sup>	-0,1 <sup>§</sup>	0,3 (0,1 tot 0,5)	0,024‡

<sup>a</sup> n=81; <sup>b</sup> n=80; <sup>c</sup> n=79; <sup>d</sup> n=78

# Verschil in verandering tussen interventie- en controlegroep

<sup>§</sup> Is het gemiddeld aantal categorieën verbetering op de vraag naar de subjectieve gezondheidstoestand.

† Covariantie-analyse met de score op overeenkomstige voormeting als covariaat

‡ t-toets

Tabel 5.4 Verandering in score tussen de voor- en nameting op de uitkomstvariabelen voor interventie- en controlegroep. Cijfers zijn gemiddelden.

## 5.6 Discussie

### Belangrijkste bevindingen van het onderzoek

In voorliggend onderzoek is onderzocht of het tijdelijk toevoegen van een ergotherapeut aan een multidisciplinair thuiszorgteam een effect heeft op de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van alleenwonende ouderen. Het betrof een cliëntgerichte ergotherapeutische interventie, gefocust op het contextueel handelen van de ouderen en gebaseerd op de principes van Evidence Based Practice.

Door middel van een gerandomiseerd gecontroleerd experimenteel onderzoek werd aangetoond dat de zelfstandigheid van de oudere cliënt op vlak van BADL significant verhoogt en tevens dat de 'algemene gezondheidsbeleving' en de 'pijnbeleving' significant verbeteren.

Daarenboven is in de steekproef een positief, maar niet significant effect gevonden op bijna alle andere gemeten uitkomstvariabelen, met name 'fysiek functioneren', 'rolbeperkingen omwille van een fysiek probleem' en 'vitaliteit'. Er was geen verschil tussen controle- en interventiegroep op de uitkomstmaat 'mentale gezondheid'.

Het toevoegen van een ergotherapeut, die werkt op een cliëntgerichte manier met de focus op het contextueel handelen, aan het reeds bestaande aanbod van multidisciplinaire zorg, heeft dus een positief effect op de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van de thuiswonende, alleenstaande oudere.

Bij 2/3 van de proefpersonen zijn er maximaal 2 contacten geweest. De gemiddelde interventietijd bedroeg 2,25 uur per proefpersoon. De interventie bestond vooral uit adviesverlening en geven van instructies met betrekking tot gebruik van ondersteunende hulpmiddelen aan de cliënt en advies aan de hulpverlener.

### Bevindingen van deze studie in het kader van vorig onderzoek

De meeste studies naar het effect van een ergotherapeutische interventie bij ouderen in de thuiszorg behandelden een zeer specifieke interventie. Het effect van een 'allesomvattende' interventie daarentegen is minder vaak beschreven (Steultjens, et al., 2004).

Op basis van een systematische review over het effect van ergotherapie bij thuiswonende ouderen concludeerden Steultjens et al. (2004) dat het op maat maken van de interventies en het rekening houden met de behoeften van de ouderen inzake contextueel handelen mogelijks een belangrijke voorwaarde is voor het bekomen van effectiviteit van interventies en dat verder onderzoek zich daarop dient te richten. Deze auteurs vonden in hun systematische review, één gerandomiseerd gecontroleerd experimenteel onderzoek naar de effectiviteit van een 'allesomvattende' ergotherapeutische interventie: de 'Well Elderly Study' van Clark et al. (2001). Deze Amerikaanse studie vond een significante verbetering op verscheidene domeinen gerelateerd aan gezondheid, functioneren en kwaliteit van leven. De ergotherapeutische interventie in de 'Well Elderly Study' hield evenwel, naast individuele ergotherapie, ook een groepsgerichte benadering in.



In een studie in Nederland waarin ouderen met BADL-problemen ergotherapie aan huis kregen, is naar voor gekomen dat een probleemgerichte aanpak niet resulteerde in het verwachte aantal behandelingen. De onderzoekers adviseren daarom de aanpak aan te passen van een probleemgerichte naar een cliëntgerichte benadering (Claus et al., 2003).

Het in huidige studie ontwikkelde protocol is bestemd voor een 'allesomvattende', cliëntgerichte interventie, wat als voordeel heeft dat het de ergotherapeuten de bewegingsruimte laat om gebruik te maken van de op dit moment voorhanden zijnde 'beste bewijzen' wanneer ze geconfronteerd worden met specifieke handelingsproblemen van de ouderen.

### **Betekenis van de resultaten in de praktijk**

Aangezien de bevolking verouderd, worden steeds meer mensen met chronische aandoeningen en bijhorende functioneringsproblemen geconfronteerd. Soms kan dit zoveel 'zorg' vragen dat zelfstandig thuis wonen moeilijk wordt, terwijl ouderen er meestal de voorkeur aan geven om in de eigen omgeving te blijven wonen. De grootste groep zorgvragers van de diensten voor gezinszorg is de groep ouderen die niet meer zelfredzaam zijn. Deze groep vormt een uitdaging voor de thuiszorg. Het is de opdracht om 'zorg op maat' te bieden: de juiste én de nodige 'hoeveelheid' zorg aan de juiste hulpvrager. Onderzoek wijst echter uit dat dit niet altijd het geval is (Breda, 1996).

Het vernieuwende van dit onderzoek zit in het feit dat ergotherapie aan huis op grote schaal werd aangeboden en dat de proefpersonen geselecteerd werden, op basis van objectieve criteria, met een door de overheid opgelegde zorgschaal, namelijk de Bel-profieschaal. In de praktijk zijn deze mensen dus vrij eenvoudig te lokaliseren en hebben de bevindingen een maximale kans tot brede implementatie in de reële thuiszorgsituatie. Daarenboven houdt dergelijke toepassing rekening met de vaststelling van een 'care deficit' door Breda et al. (1996). Aangezien de ergotherapeuten zelf naar de ouderen toe stappen, kan een doelgroep bereikt worden die uit zichzelf niet zo gemakkelijk de stap naar de ergotherapeut zou zetten, mede door het feit dat ergotherapie bij deze doelgroep zo goed als onbekend is. Iedere oudere cliënt van een gezinszorgdienst krijgt op deze manier de kans om van het aanbod gebruik te maken.

De ergotherapeut werd toegevoegd aan diensten gezinszorg, die dienen te vertrekken vanuit de hulpvraag van de cliënt, rekening te houden met de persoonlijke keuzes en met de omgeving. De dienstverlening beoogt de zelfredzaamheid van de cliënten te ondersteunen, te stimuleren of te vrijwaren. Tevens is de hulp van tijdelijke aard en dient er op gericht te zijn zichzelf overbodig te maken (decreet van 14 juli 1998 houdende de erkenning en subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg. B.S. 5.IX.1998; Besluit van de Vlaamse regering van 24 juli 1997 tot regeling van de erkenning en de subsidiëring van de diensten voor gezins- en bejaardenhulp. B.S. 29.XI.1997). De officiële opdracht van de diensten gezinszorg sluit perfect aan bij de uitgangspunten van de onderzochte ergotherapeutische interventie en dit kan mogelijke implementatie van deze 'laagdrempelige' cliëntgerichte ergotherapeutische interventie faciliteren.

De inspanningen die deze vorm van bijkomende dienstverlening heeft gevraagd, waren vrij beperkt. Er blijkt gemiddeld slechts 2,25 uur interventietijd per cliënt nodig voor het bekomen van hoger beschreven effect. Rekening houdend met de beperkingen die de ergotherapeuten ondervonden door het feit dat dit een onderzoeksopzet betrof (zie

verder), kan men er van uitgaan dat in een bestaand team deze ergotherapeutische dienstverlening nog efficiënter kan aangeboden worden.

### **Onderzoekopzet: sterke punten en beperkingen**

In dit onderzoek werd een gerandomiseerd gecontroleerd experimenteel design gebruikt. Een dergelijk type onderzoek wordt beschouwd als de onderzoeksmethode met de hoogste interne validiteit. Hiermee kunnen de mogelijke gevolgen van een interventie het meest overtuigend worden aangetoond.

In dit onderzoek werd niet gewerkt met een placebo-interventie. Er zou verondersteld kunnen worden dat er een positief effect was door het contact dat de proefpersonen hadden met de ergotherapeut, maar het aantal contacten was echter meestal zeer beperkt.

De instrumenten gebruikt in deze studie om het effect te meten zijn gevalideerde (deel)instrumenten, die in ander effectonderzoek vaak gebruikt worden bij deze doelgroep.

In dit onderzoek is gefocust op ouderen met algemene functioneringsproblemen. Dit is een vrij heterogene doelgroep, waarbij tal van gezondheidsproblemen disfuncties kunnen veroorzaken. Het is net deze doelgroep waarin het beleid geïnteresseerd is omwille van het vastgestelde 'care deficit'. Aangezien in dit onderzoek een significant effect gevonden werd op het functioneren en de kwaliteit van leven van de onderzoekspopulatie, ongeacht het feit of er een specifieke gezondheidsaandoening was en welke aandoening het betrof, kan aangenomen worden dat de beschreven interventie voldoende relevant is voor het beleid.

Het interventieprotocol was zoveel mogelijk afgestemd op de realiteit van de thuiszorg. Het werd voorgelegd aan een panel ergotherapeuten en een geriater, geselecteerd op hun deskundigheid en ervaring in de thuiszorg en is bijgevolg gemakkelijk hanteerbaar in de praktijk. Toch werkten de ergotherapeuten in het onderzoek vanuit een minder comfortabele startpositie. De ergotherapeuten waren namelijk niet echt lid van het team, omdat ze er slechts voor de duur van het onderzoek aan toegevoegd werden. Om dit te compenseren, was voor hen 'de weg al wat geëffend' door hen een 'startpakket' mee te geven en was er een vorm van intercollegiale toetsing. Met andere woorden, waar mogelijk werden maatregelen genomen om de onderzoekssetting zo 'natuurlijk' mogelijk te laten verlopen. Toch kan verondersteld worden dat deze onderzoekssituatie het effect zal beïnvloed hebben op een nadelige manier. Wanneer een ergotherapeut als volwaardig teamlid wordt opgenomen in de dienst gezinszorg kan verondersteld worden dat deze beperkingen als vanzelf zouden oplossen.

### **Aanbevelingen voor verder onderzoek**

In dit onderzoek werd het effect van een cliëntgerichte ergotherapeutische interventie bij ouderen die voldoen aan bepaalde objectieve criteria onderzocht. Er is niet ingegaan op het effect van een ergotherapeutische interventie bij welbepaalde profielen van ouderen, bijvoorbeeld qua leeftijd, gezondheidsaandoeningen, socio-economische kenmerken. Verder onderzoek kan zich richten op andere doelgroepen zoals dementerende ouderen of de mantelzorgers, welke nog nauwelijks onderzocht werden (Steultjens, 2004).

Het bestuderen van de economische aspecten gepaard aan het toevoegen van een ergotherapeut aan het multidisciplinaire thuiszorgteam hoorde niet tot de onderzoeksopdracht. Uit analyse van de dossiers bleek wel dat deze vorm van ergotherapie weinig inspanningen kostte. Een kosten-baten analyse zou interessant zijn voor vervolgonderzoek.

Gezien de beperkte tijd en middelen, was het niet voorzien het effect op langere termijn na gaan. Gesuggereerd wordt om ook een meting te organiseren na een behandelvrije tijdsspanne.

## **6 Algemeen besluit en beleidsadviezen**

Auteurs van dit hoofdstuk:

Patricia De Vriendt,  
Marleen Verbeke,  
Dominique Van de Velde,  
Agnes Florus.

## Samenvatting

Het onderzoeksproject '**ergotherapie in de thuiszorg**', in opdracht van het provinciebestuur Oost-Vlaanderen en uitgevoerd door Centrum voor Onderzoek, Maatschappelijke dienstverlening en Professionele ontwikkeling van de Arteveldehogeschool (COMPahs) startte in maart 2003 en liep tot eind 2005. Het wordt afgerond met voorliggend onderzoeksrapport én met een symposium in 2006.

Zoals men in het strategisch plan van PRATO (2001) kan lezen wil het provinciebestuur van Oost-Vlaanderen met zijn gezondheids- en welzijnsbeleid de gezondheid en het welzijn van alle individuen in Oost-Vlaanderen bevorderen. Eén van de elementen van dit beleid is het thuiszorgbeleid. Het provinciaal thuiszorgbeleid dient een integraal en inclusief karakter te hebben en het aanbod dient gericht te zijn op de behoeften die zich in de samenleving voordoen. De participatie van de verschillende betrokkenen wordt gestimuleerd. Het zorgaanbod moet erop gericht zijn om zelfzorg mogelijk te maken. Belangrijke aandachtspunten zijn ergotherapeutisch advies en vlot verkrijgbare technische hulpmiddelen.

Er werd in dit project concreet nagegaan of het inzetten van ergotherapeuten in de multidisciplinaire thuiszorg een bijdrage kan leveren aan dit plan.

Betekenisvolle activiteiten en participatie in het dagelijks leven worden erkend als belangrijk voor de gezondheidsstatus en de kwaliteit van leven van de mens. **Ergotherapeuten** gaan ervan uit dat het niet meer kunnen uitvoeren van zinvolle activiteiten op vlak van zelfzorg, werk en ontspanning leidt tot een verminderde levenskwaliteit. De ergotherapeut werkt vanuit een fundamenteel holistische ingesteldheid en gelooft dat ieder mens zelfhelende capaciteiten heeft, die steeds aangesproken moeten worden om de cliënt in staat te stellen doelen te bereiken die de cliënt zelf belangrijk vindt. De ergotherapeut, als 'handelingsexpert', analyseert het dagdagelijks handelen en de beïnvloedende factoren en wendt betekenisvolle activiteiten aan als therapeutisch middel. De ergotherapeut heeft zelf als voornaamste doel zichzelf bij de cliënt 'overbodig' te maken.

Het **project**, uitgevoerd in continu overleg met een multidisciplinair samengestelde stuurgroep en begeleidingscommissie bestond uit drie onderzoeksluiken. Er is gestart met een onderzoek naar de aanwezigheid van ergotherapeuten in de thuiszorg in Oost-Vlaanderen aangezien daarover geen gegevens voorhanden waren. Vervolgens werd gefocust op de behandeling van dossiers Individuele Materiële Bijstand bij het Vlaams Fonds. Als laatste werd een effectonderzoek uitgevoerd bij zelfstandig wonende ouderen. Voor zover bekend is dit in Vlaanderen het eerste onderzoek rond betreffende problematiek.

Het eerste luik, **een beschrijvend onderzoek naar de aanwezigheid van ergotherapeuten in de thuiszorg in Oost-Vlaanderen**, betrof een telefonische en schriftelijke enquête ten einde de ergotherapeuten werkzaam in de thuiszorg te lokaliseren en een beeld te krijgen van hun werkzaamheden. In totaal is er een volume van 597 voltijds equivalenten geteld, gepresteerd door ergotherapeuten die werkzaam zijn in de welzijns- en de gezondheidszorgorganisaties en in het onderwijs in Oost-Vlaanderen. Tweeëntwintig procent van de totale groep is lid van de beroepsvereniging, het Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw.

Acht procent van de ergotherapeuten in Oost-Vlaanderen zijn werkzaam in de thuiszorg. Ergotherapie in de thuiszorg wordt vooral aangeboden vanuit een intramurale setting zoals revalidatiecentra en ziekenhuizen, maar ook vanuit transmurale settings zoals dienstencentra en dagcentra en in mindere mate vanuit extramurale settings.

De ergotherapeut werkt samen met verschillende actoren uit de thuiszorg, vooral met de maatschappelijk assistent, de verpleegkundige en de huisarts, maar ook met andere disciplines wordt samengewerkt.

De cliëntenpopulatie kan omschreven worden als zeer divers, de ergotherapeut in de thuiszorg behandelt en adviseert cliënten met een leeftijd van 4 tot 96 jaar, met een overwicht van 65-plussers. Onderzoek, behandeling, trajectbegeleiding en adviesverlening behoren tot de interventies die de ergotherapeut in de thuiszorg uitvoert. Acht op de 10 respondenten die advies verlenen aan derden, doen dit in het kader van Individuele Materiële Bijstand voor het Vlaams Fonds. Ergotherapeuten werken met cliënten met een brede waaier aan problematieken: sensorische, motorische, psychische, cognitieve en sociale. Bij oudere cliënten geeft men vooral aan geconsulteerd te worden omwille van de achteruitgang van de algemene toestand die toe te schrijven is aan de normale verouderingsprocessen.

De tijdsinvestering van de ergotherapeut per cliënt in de thuiszorg bedraagt 9 uur (mediaan), verdeeld over 6 contacten.

Te weinig erkenning van het beroep, geen nomenclatuur en onvoldoende financiële ondersteuning worden aangehaald als belangrijkste knelpunten voor de ergotherapie in de thuiszorg.

Onderzoeksluik 2 betref een **kwalitatief onderzoek naar de ergotherapeutische betrokkenheid in de dossiers 'individuele materiële bijstand (IMB) van het Vlaams Fonds**. In dit luik werd gefocust op de samenwerkingsprocessen tussen de verschillende disciplines vertegenwoordigd in het Multidisciplinair team (MDT). Er werd onderzocht of er werd samengewerkt én hoe werd samengewerkt met de ergotherapeut. In een eerste fase werden de coördinatoren van de MDT's geïnterviewd. Vervolgens werden focusgroepen georganiseerd. Eén focusgroep werd samengesteld uit ergotherapeuten die betrokken worden in het opmaken van de dossiers IMB, de tweede focusgroep werd samengesteld uit 'andere' disciplines. De 'mening' en 'perceptie' van de onderzoekspersonen was van belang.

Hoewel een ergotherapeut geen deel uitmaakt van de drie officiële disciplines die nodig zijn om door het Vlaams Fonds een erkenning te krijgen als MDT - namelijk maatschappelijk assistent, arts en psycholoog - geven de onderzoekssubjecten aan er toch mee samen te werken. Overigens beschouwen ze het MDT qua aanwezige disciplines ruimer dan wettelijk noodzakelijk is om een erkenning te krijgen.

In de erkende MDT's binnen de revalidatiecentra werkt de ergotherapeut in dienstverband en kan deze gemakkelijk geconsulteerd worden in het kader van IMB. Er is dan ook sprake van echt teamwerk, aangezien deze werking het enge kader van het MDT overstijgt. Voor wat betreft de erkende centra voor maatschappelijk werk spreekt men van 'echt' teamwerk tot 'bilateraal overleg'. Er zijn minder disciplines aanwezig en er zijn niet altijd ergotherapeuten in dienst. Deze worden op een andere manier betrokken - bijvoorbeeld via een Regionaal Dienstencentrum, een uitleendienst van hulpmiddelen - via Ergotherapie Dienstverlening in de Thuiszorg vzw (EDiTh vzw) geraadpleegd of men zoekt een zelfstandige ergotherapeut. De centra die geen ergotherapeut in dienst hebben, ervaren dit als een gemis.

Voor de opmaak van dossiers IMB wordt de ergotherapeut als een meerwaarde ervaren omwille van hun kennis en expertise van bestaande hulpmiddelen en omgevingsaanpassing, omwille van hun kennis van de beïnvloedende omgevingsfactoren op het handelen van de cliënt en omwille van hun competentie om de adaptieve respons van de cliënt in te schatten, waarbij rekening wordt gehouden met de pathologie en de gevolgen van de pathologie. De ergotherapeuten en de andere disciplines delen deze mening.

De discrepantie tussen de belangen van het MDT als cliëntgericht uitvoeringsapparaat enerzijds en de belangen van het Vlaams Fonds als overheidsinstelling anderzijds wordt door alle onderzoekssubjecten als een probleem ervaren. Terwijl het MDT als doel heeft om de best mogelijke hulpmiddelen te adviseren, aangepast aan de specifieke noden van de cliënt, heeft het Vlaams Fonds als doel te bekijken of deze hulpmiddelen gerechtvaardigd zijn en of er financiële tegemoetkoming kan voorzien worden met een minimum aan gependeerde middelen. Een discrepantie wordt ervaren tussen enerzijds de outcome-geïntereerdheid van het Vlaams fonds en de cliëntgerichtheid van het MDT.

MDT's ervaren een tekort aan basisfunctionaliteit omwille van een gebrek aan financiële middelen ter beschikking gesteld door het Vlaams Fonds en het niet erkennen van de ergotherapie als officiële discipline. De lange periode tussen de aanvraag van de hulpmiddelen en/of woningaanpassingen en de goedkeuring wordt als heikel punt aangehaald. Hierdoor ervaren de MDT's een verlies aan geloofwaardigheid naar de cliënt toe.

Voorstellen om tegemoet te komen aan dit probleem zijn: het inschakelen van 'casemanagers' verbonden aan het Vlaams Fonds (de casemanagers dienen in dit geval gespecialiseerd te zijn in bepaalde domeinen en worden geacht het dossier op te starten vanuit het Vlaams Fonds en niet vanuit het MDT), het inschakelen van een referentpersoon IMB ter hoogte van het MDT, meer gebruik maken van beslissingsbomen en meer overleg tussen de MDT's teneinde te kunnen genieten van elkaars competentie.

Geconcludeerd wordt dat het toevoegen van een ergotherapeut aan het MDT in het kader van de dossiers IMB van het Vlaams Fonds aangewezen is om de dienstverlening aan de cliënt te verhogen.

In onderzoeksluik 3 werd onderzocht of **het tijdelijk toevoegen van een ergotherapeut aan een Oost-Vlaams multidisciplinair zorgteam een effect heeft op de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van zelfstandig wonende ouderen.**

Aangezien de bevolking verouderd, worden steeds meer mensen met chronische aandoeningen en bijhorende functioneringsproblemen geconfronteerd. Soms kan dit zoveel 'zorg' vragen dat zelfstandig thuis wonen moeilijk wordt. Ouderen geven echter de voorkeur om in de eigen omgeving te blijven wonen en om professionele hulp in te schakelen zodat dit mogelijk blijft. De grootste groep zorgvragers situeert zich dan ook in de groep ouderen die niet meer zelfredzaam zijn.

Onderzoekers spreken echter over een 'care deficit', meer bepaald over een 'onevenwicht' tussen vraag en aanbod. Omdat het aanbod kleiner is dan de vraag daalt noodgedwongen de intensiteit van de zorg. Daarenboven wordt in bepaalde gevallen niet de juiste (hoeveelheid) zorg gegeven. Een reorganisatie van de thuiszorg is daarom misschien aangewezen.

Concreet werd het effect nagegaan van een cliëntgerichte ergotherapeutische interventie,

gefocusd op het dagdagelijkse handelen van de ouderen en gebaseerd op de principes van Evidence Based Practice. Thuis- en alleenwonende ouderen, met functioneringsproblemen op vlak van basale activiteiten van het dagelijkse leven (BADL), die reeds thuiszorg krijgen vormden de onderzoekspopulatie. De onderzoekspersonen werden aangeleverd door de diensten gezinszorg van Oost-Vlaanderen.

Er werd voor gekozen de ergotherapeut toe te voegen aan een reeds bestaande team van de diensten gezinszorg, minstens samengesteld uit de verzorgenden en de maatschappelijk assistent, met de bedoeling om zo veel mogelijk de natuurlijke situatie te benaderen en de multidisciplinariteit van de thuiszorg te benadrukken.

Door middel van een gerandomiseerde gecontroleerde experimentele studie werd aangetoond dat door de cliëntgerichte ergotherapeutische interventie de zelfstandigheid van de oudere cliënt op vlak van BADL significant verhoogt en is een significante verbetering vastgesteld van de 'algemene gezondheidsbeleving' en de 'pijnbeleving'. Tevens is in de steekproef een positief, maar niet significant effect gevonden op alle andere gemeten uitkomstvariabelen, met name 'fysiek functioneren', 'rolbeperkingen omwille van een fysiek probleem' en 'vitaliteit'.

De conclusie is dat het toevoegen van een ergotherapeut, die werkt op een cliëntgerichte manier met de focus op het dagdagelijkse handelen, aan het reeds bestaande aanbod van multidisciplinaire zorg, een positief effect heeft op de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van de thuiswonende, alleenstaande oudere.

## **Beleidsadvies**

Simons en Désiron (1999) stelden *'als we de overheid kunnen overtuigen de zorgkwaliteit aan mensen in de thuiszorg te verhogen en te onderbouwen via de bijdrage van ergotherapeut kunnen we met recht en reden stellen dat we een 'win-win' situatie creëren die hoop op de toekomst geeft.'* Deze stelling wordt kracht bijgezet door te verwijzen naar drie belangrijke aspecten die de 'win-win' situatie belichten: *'de patiënt wint erbij omdat hij thuis kan verblijven met optimale ondersteuning van levenskwaliteit, met aandacht voor zijn eigen visie daarop, de overheid wint erbij omdat thuiszorg een aantal duidelijke voordelen heeft voor de samenleving, de ergotherapeut wint erbij omdat hij kan ingrijpen in het woon-, leef- en werkmilieu van zijn patiënt/cliënt, zoals in de beroepsomschrijving en definities wordt vermeld'.*

Niettegenstaande alle beleidsnota's veel belang hechten aan thuiszorg en daarbij verwijzen naar de mogelijkheden van ergotherapie, is er tot op heden nog geen concrete wetgeving betreffende de plaats van de ergotherapeut in de thuiszorg. Dit verklaart waarom ergotherapie in de thuiszorg in België zich beperkt tot eerder fragmentarische en experimentele projecten, zoals ook vastgesteld en in kaart gebracht in huidig project.

Gezien ergotherapie nog een relatief jonge discipline is, is het niet evident om een plaats op te eisen tussen de verschillende actoren in de thuiszorg. Op vlak van de regel- en wetgeving met betrekking tot de personeelsomkadering in de thuiszorg wordt ergotherapie niet 'verplicht' gemaakt maar veeleer als optioneel aangeduid, terwijl de beroepsfilosofie van ergotherapeuten (zie hoger) naadloos aansluit bij de actuele visie op thuiszorg. De onbekendheid van het beroep heeft hier zeker mee te maken.

In het kader van het Vlaams Fonds is geen ergotherapeut verplicht in de dossiers IMB, terwijl de ondervraagde personen – zowel ergotherapeuten als andere disciplines - in huidig onderzoek duidelijk aangeven dat de ergotherapeut nuttig is en sommige andere disciplines een veel minder duidelijke en nuttige rol hebben. De ergotherapeut wordt vooral een grote kennis rond hulpmiddelen, het goed kunnen inschatten van de



adaptieve mogelijkheden en cliëntgerichtheid toegeschreven. Gesuggereerd wordt dan ook om de ergotherapeut effectief in een MDT op te nemen.

PRATO (2001) wil op het niveau van de gebruiker het zorgaanbod toegankelijker maken en heeft als aandachtspunt geschikte meetinstrumenten te ontwikkelen en kwalitatief gebruik ervan te bevorderen. In het onderzoek werden de ergotherapeuten toegevoegd aan de diensten gezinszorg. Daardoor was de manier waarop de ergotherapeutische interventie werd aangeboden 'laagdrempelig', de ergotherapeut werd naar alle onderzoekspersonen gestuurd die voldeden aan de objectieve criteria met betrekking tot zelfzorg. Op basis van een officieel, door alle diensten gezinszorg gebruikt instrument, namelijk de Belprofielschaal, werden de onderzoekspersonen geselecteerd. Dit 'cliëntenprofiel' is bijgevolg vrij gemakkelijk in de thuiszorg te lokaliseren, waardoor de onderzoeksresultaten vrij vlot te implementeren zijn in de 'reële' thuiszorg.

Bovendien strookt de visie van de ergotherapie en de cliëntgerichte interventie met de visie en de opdracht van de dienst gezinszorg. In het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 1997 tot regeling van de erkenning en de subsidiëring van de diensten voor gezins- en bejaardenhulp staat immers dat de cliënt én zijn omgeving ondersteund en gestimuleerd dient te worden in de zelfzorg. De 'gebruiker' dient bejegend te worden als een uniek persoon, zijn hulpvraag staat centraal.

Er wordt geadviseerd de ergotherapeut als complementaire discipline aan te stellen, toegevoegd aan het team – als aanvulling - en niet in plaats van een andere discipline. Op die manier kan de ergotherapeut zijn specifieke taak uitvoeren, namelijk het begeleiden en ondersteunen van de cliënt, de mantelzorger én de professionele hulpverleners, met als doel de thuissituatie te optimaliseren, ook bij zwaartzorgbehoevende personen. Een dienst gezinszorg heeft op dit moment reeds de mogelijkheid om een ergotherapeut in dienst te nemen gezien de regelgeving rond het 'begeleidend personeel'. Het diploma van bachelor/gegradueerde in de ergotherapie komt voor in de lijst met daartoe geschikte diploma's. De wens naar deze 'complementariteit' werd ook uitdrukkelijk geuit in het onderzoeksluik betreffende het Vlaams Fonds.

Of deze extra toevoeging zware financiële implicaties heeft, is nog de vraag. De ergotherapeutische interventie in dit onderzoek vergde een relatief kleine inspanning: er werd slechts 2,25 uur interventietijd per cliënt besteed om in een aantoonbare verbetering van de kwaliteit van de zorg te resulteren. Wellicht kan deze verbetering op langere termijn (wat dit onderzoek niet heeft kunnen nagaan) meebrengen dat de betaalde zorginspanning kan verminderd worden. Indien een ergotherapeut in een team gezinszorg zou werken, kunnen de verzorgenden als intermediair fungeren, als tussenpersonen naar de cliënt en de mantelzorger toe, wat de interventie nog laagdrempeliger zou maken. De ergotherapeut kan waardevolle informatie krijgen van de verzorgende maar kan hen ook adviseren op tal van vlakken. Op die manier kan een betere allocatie van zorg gebeuren en kan het zogenaamde 'care deficit' (zie hoger) tegengewerkt worden. Dit zou betekenen dat met inzet van dezelfde middelen meer zorgbehoevenden kunnen geholpen worden.

Het ontbreken van een nomenclatuur zorgt er voor dat ergotherapeutische dienstverlening duur is voor de cliënt. Het erkennen van een nomenclatuur is federale materie en hoort het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) toe.

Er kan tevens overwogen worden om financiële incentives (een extra subsidie wanneer een bijkomende kwaliteitseis wordt nagekomen) te geven wanneer met een

ergotherapeut wordt samengewerkt, bijvoorbeeld in dossiers woningaanpassing. Dit ligt op Vlaamse beleidsniveau, thuiszorg is namelijk hun verantwoordelijkheid. Een mogelijkheid hiertoe zit in het thuiszorgdecreet dat voorziet in projectsubsidies voor thema's in de thuiszorg. Deze projectsubsidies kunnen wellicht een aanzet geven tot implementatie van ergotherapie in de thuiszorg.

Het strategisch plan van PRATO (2001) stelt het volgende: *'Het provinciebestuur Oost-Vlaanderen ondersteunt allerhande vernieuwende projecten en samenwerkingsinitiatieven. Om het resultaat van de subsidiëring te optimaliseren is het belangrijk dat goed lopende projecten uitgebreid en verder verspreid worden. Het uiteindelijke doel is dat innoverende projecten leiden tot structurele implementatie'* (PRATO, 2001). Het provinciebestuur Oost-Vlaanderen gaf reeds eerder opdracht tot een onderzoeksproject betreffende thuiszorg voor dementerende ouderen. Verdonck (2002) vond dat binnen een complexe thuiszorgsituatie het noodzakelijk is dat een professionele hulpverlener tijdig een evaluatie maakt van de risicofactoren. Volgens hem bleek de ergotherapeut daarvoor het meest geschikt. Zijn bevindingen gaven aanleiding tot huidig project. Objectieve onderzoeksgegevens vormen immers een houvast voor het beleid, geven mogelijk aanleiding tot verder onderzoek en brede bekendmaking van de gegevens geeft aanleiding tot sensibilisering van alle belanghebbenden. Tevens is dit project een voorbeeld hoe het provinciebestuur er in slaagt om verschillende opleidingen en partners uit de welzijns- en gezondheidszorg te laten samenwerken.

Op gemeentelijk niveau kan het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) een belangrijke aanzet geven om de kwaliteit van de thuiszorg via het toevoegen van een ergotherapeut te verhogen. Ergotherapeuten werken reeds in de intramurale voorzieningen van de OCMW's, in rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Vanuit deze settings kunnen ergotherapeuten aan huis gaan. In de recente visie op het 'woon- en zorgcentrum' wordt de nadruk gelegd op 'integrale' zorg. Verschillende types zorg dienen aangeboden te worden vanuit het woon- en zorgcentrum, zoals kortverblijf, dagbehandeling, serviceflats en andere zorgvormen. De bedoeling is om de oudere een zo volledig mogelijk aanbod van zorg op maat te bieden, naadloos aansluitend op de behoefte aan zorg en waarbij de zorg naar de oudere gaat en niet omgekeerd (Vogels, 2001). Aangezien ergotherapeuten reeds in grote getale werken in deze intramurale setting kan overwogen worden om hun werkzaamheden uit te breiden voor de thuiswonende ouderen en hun omgeving. De regelgeving dient dan uiteraard aangepast te worden. PRATO (2001) schrijft: *'Om de continuïteit van de zorg te garanderen is coördinatie van de zorg en samenwerking tussen de verschillende zorgverstrekkers van cruciaal belang. Toch is de coördinatie van de (complexe) thuiszorg vaak het grote probleem, vooral om de wetgever de naadloze zorg bemoedigt'*.

In de reeds bestaande lokale dienstencentra (LDC) kan een ergotherapeut ingeschakeld worden. De lokale dienstencentra hebben een opdracht inzake preventie, waarbij de ergotherapeutische uitgangspunten perfect aansluiten. In de Gentse LDC's werken ergotherapeuten in een coördinerende functie van een centrum én in een specifieke functie in de begeleiding en behandeling van bezoekers met specifieke vragen. De ergotherapeutische interventie is in die context gratis voor de inwoners van Gent.

De onbekendheid van het beroep is een knelpunt dat door verschillende personen wordt aangegeven, ook in dit onderzoek. Er is onbekendheid bij andere beroepsgroepen en bij de brede bevolking die tenslotte de potentiële gebruikers zijn van hun zorg. Onbekend maakt onbemind: een promotie van het beroep van ergotherapeut is een uitdaging die door ergotherapeuten, hun beroepsvereniging en de hogescholen die opleiden tot ergotherapeut moet aangepakt worden.

Uit huidig onderzoek blijkt echter dat een minderheid van de ergotherapeuten lid zijn van hun beroepsvereniging. Daardoor staat de beroepsvereniging onvoldoende sterk om onderhandelingen te voeren met de belangrijke organen in de gezondheidszorg. Door lidmaatschap van de beroepsvereniging kunnen ergotherapeuten wezenlijk bijdragen aan de uitbouw van de profilering van hun beroep en tevens van ergotherapie in de thuiszorg.

De beroepsvereniging heeft de opdracht om kwalitatief hoogstaande ergotherapie aan huis te bieden en dient Evidence Based Practice te promoten en uit te bouwen. Dit kan het best gebeuren samen met de hogescholen: opleiding en vorming met betrekking tot ergotherapeutische dienstverlening in de thuiszorg dient een onderdeel te worden van het curriculum en van permanente vorming. PRATO (2001) geeft aan met onderzoek te willen nagaan waar leemtes zijn op vlak van bijscholing en aangepaste vormingsprogramma's te willen ontwikkelen. Ook dit onderzoek bracht een aantal behoeften aan bijscholing aan het licht.

## **Besluit**

Op basis van de doorgenomen beleidsteksten, literatuuronderzoek en de voorliggende onderzoeksresultaten, kan geconcludeerd worden dat

- ergotherapie als beroep nog onbekend is en slechts op kleine schaal in de thuiszorg wordt toegepast, en dit terwijl de uitgangspunten van ergotherapie perfect stroken met de actuele visie op thuiszorg;
- ergotherapie echter door andere disciplines geapprecieerd wordt omwille van zijn specifieke competenties en als complementair wordt ervaren;
- ergotherapie effect kan hebben op de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven.

Een ergotherapeut kan een nuttige plaats hebben in de thuiszorg en dit kan op verschillende manieren in interactie met andere zorgverleners, al dan niet professionelen.

Een aantal manieren werden gesuggereerd om de ergotherapie een plaats te geven in de thuiszorg.

Dit vormt nu de uitdaging voor het beleid: welke bereidheid is er om deze mogelijkheden te verkennen om zo de kwaliteit van zorg te verhogen?

## 7 Lijst afkortingen

ADL	Activiteiten van het Dagelijkse Leven
AE	Association des Ergotherapeutes
BADL	Basale Activiteiten van het Dagelijkse Leven
BBC	Bijzondere Bijstands Commissie
BI	Betrouwbaarheidsinterval
BS	Belgisch Staatsblad
CAW	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
CLB	Centrum voor LeerlingenBegeleiding
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
COMPahs	Centrum voor Onderzoek, Maatschappelijke dienstverlening en Professionele ontwikkeling van de ArteveldeHogeSchool.
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
COTIS	Classification of Occupational Therapy intervention System
CVA	Cerebro Vasculair Accident
EBM	Evidence Based Medicine
EBP	Evidence Based Practice
EDiTh	Ergotherapie Dienstverlening in de Thuiszorg
EEE	Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie
FE	Focusgroep Ergotherapie
FIM	Functional Independence Measure
FM	Functionele Mobiliteit
FM	Focusgroep multidisciplinair
FSA	Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
GDS	Geriatric Depression Scale
GDT	Geïntegreerde diensten voor Thuisverzorging
HIVA	Hoger Instituut voor de Arbeid
IADL	Instrumentele Activiteiten van het Dagelijkse Leven
IGP	Individu Gerichte Prestaties
II	Individueel Interview
IMB	Individuele Materiële Bijstand
KB	Koninklijk Besluit
KOC	Kennis en OndersteuningsCentrum
KUL	Katholieke Universiteit Leuven
LDC	Lokaal DienstenCentrum
LIAS	Limburg, Informatie, Advies en Service
MDT	MultiDisciplinair Team
MDV	MultiDisciplinair Verslag
MOHO	Model of Human Occupation
MOS SF 36	Medical Outcome Study Short Form 36 items
MPI	Medisch Pedagogisch Instituut
NAH	Niet Aangeboren Hersenletsel
NBFE	Nationale Belgische Federatie van Ergotherapeuten
NIS	Nationaal Instituut voor Statistiek
NVE	Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
OPPM	Occupational Performance Process Model
OVOSIT	Oostvlaams Overleg van SamenwerkingsInitiatieven inzake Thuisverzorging
PAAZ	Psychiatrische Afdeling in een Acuut Ziekenhuis
PAB	Persoonlijk Assistentie Budget
PEC	Provinciale Evaluatie Commissie
POPOVGGZ	Provinciaal Overlegplatform Oost-Vlaanderen Geestelijke Gezondheidszorg
POV	Productieve en OnstpanningsVaardigheden

PRATO	Provinciale Adviesraad Thuiszorg Oost-Vlaanderen
RDC	Regionaal DienstenCentrum
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte en InvaliditeitsVerzekering
SEL	Samenwerkingsinitiatieven EersteLijnszorg
SIT	SamenwerkingsIntitiatieven inzake Thuisverzorging
SOKA	Sociale Kaart
SV	Sociale Vaardigheden
VE	Vlaams Ergotherapeutenverbond
VFSIPH	Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap
VLOR	Vlaamse Onderwijsraad
VTE	VoTijds Equivalenten
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
WHO	World Health Organisation

## 8 Referenties

- Ackers, L., & Abbott, P. (1998). *Social policy for nurses and caring professions*.  
*Buckingham: Open University Press*.
- Adams, D. (1992). Unity and purpose in human lives: The emergence of identity as a life story. In R.A. Zuker (Ed.), *Personality structure in the life course*. New York: Springer.
- Adant, G. (2000). Autonomie et qualité de la vie, paradigmes en ergothérapie. *Acta Ergotherapeutica Belgica*, 2000(1), 5-13.
- American Occupational Therapy Association. (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 609–639.
- Baeyens, J.P. (2002). Voorzieningen. In M. Afschrift, J.C. Leners, T. Mets, P. Nève, W. Pelemans, J. Petermans, S. Smits, C. Swine, & M. Vandewoude (Eds.), *Geriatric dagelijkse praktijk: algemene en klinische aspecten*. Brussel: Pfizer.
- Barbour, R.S., & Kitzinger, J. (1999). *Developing focus group research. Politics, theory and Practice*. London: Sage publications.
- Baxter, J., & Eyles, J. (1997). Evaluating qualitative research in social geography: Establishing 'rigour' in interview analysis. *Transactions of the institute of British geographers*, 22(4), 505-525.
- Belgisch Staatsblad. (1963). *Wet van 16 april 1963 betreffende de sociale reclassering van minder-validen*. BS, 23.IV.1963.
- Belgisch Staatsblad. (1985). *Besluit van de Vlaamse regering van 17 juli 1985 tot vaststelling van de normen waaraan een serviceflatgebouw, een woningcomplex met dienstverlening of een rusthuis moet voldoen voor erkenning om in aanmerking te komen, bijlage B erkenningsnormen voor rusthuizen*. BS, 30.XIII.1985.
- Belgisch Staatsblad. (1996). *Koninklijk besluit betreffende de beroepstitel van het beroep*

- ergotherapie*. BS, 04.IX.1996.
- Belgisch Staatsblad. (1997). *Besluit van de Vlaamse regering van 24 juli 1997 tot regeling van de erkenning en de subsidiëring van de diensten voor gezins- en bejaardenhulp*. BS, 29.XI.1997.
- Belgisch Staatsblad. (1998). *Decreet van 14 juli 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg*. BS, 5.IX.1998, Gewijzigd bij: Decreet 18.V.1999, BS, 30.IX.1999.
- Belgisch Staatsblad. (2004). *Koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis of als centrum voor dagverzorging*. BS, 28.X.2004.
- Belgische vereniging voor gerontologie en geriatrie. (2003). *Geriatrisch programma*, retrieved February 2, 2005, from <http://www.geriatrie.be/nl/programgeriatric.asp>
- Bossaert, B. (1985). Ergodienstverlening of het welzijnsgericht begeleiden van zinvolle zelfwerkzaamheid. Bedenkingen omtrent aspecten essentie, beroepsidentiteit, werkmodel en opleiding. In *Een kwart eeuw ergotherapie in Vlaanderen*. Studiedag met medewerking van het Vlaams Ergotherapeutenverbond, de Hoge Raad voor Paramedisch Hoger Onderwijs en het Nationaal Verbond der Paramedische Hogere Scholen voor Ergotherapie. HRIEPSHO, Kortrijk.
- Bossaert, B. (1989). *Menselijk handelen, Systemisch behandelen, systeemdenken, ergonomie, ergodienstverlening*. Brugge: Bossaert.
- Bouwen, A. (1985). Psychiatrie in Vlaanderen: terugblik en prognose. In *Een kwart eeuw ergotherapie in Vlaanderen*. Studiedag met medewerking van het Vlaams Ergotherapeutenverbond, de Hoge Raad voor Paramedisch Hoger Onderwijs en het Nationaal Verbond der Paramedische Hogere Scholen voor Ergotherapie. HRIEPSHO, Kortrijk.
- Bowling, A. (1997). *Measuring Health: a review of quality of life measurement scales* (pp. 1-8). Buckingham: Open University Press.
- Breda, J., Van Pellicom, A., & Crets, S. (1996). *Zorg voor bejaarden in nood*. Antwerpen: UFSIA, Onderzoeksgroep sociologie van de welzijnszorg.

- Britten, N., Jones, R., Murphy, E., & Stacy, R. (1995). Qualitative Research methods in general practice. *The Journal of Family practice*, 12(1), 104-14.
- Capitman, J., & Sciegaj, M. (1995). A contextual approach for understanding individual autonomy in managed community long term care. *The Gerontologist*, 35(4), 533-540.
- Christiansen, C.H. (1996). Three Perspectives on Balance in Occupation. In R. Zemke, & F. Clark (Eds.), *Occupational science, The Evolving Discipline* (pp. 431-451). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Christiansen, C.H. (1999). Defining lives: Occupation as identity. An essay on competence, coherence and the creation of meaning. *The American Journal of Occupational Therapy*, 53(6), 547-558.
- Christiansen, C.H., & Baum, C.M. (2005). *Occupational therapy Performance, Participation, And Well-Being*. Thorofare: Slack Incorporated.
- Christiansen, C.H., & Townsend, E. (2004). *Introduction to occupation. The Art and Science of Living*. New Jersey: Prentice Hall.
- Clark, P.N. (1988). Theoretical frameworks in contemporary occupational therapy practice part 1. *The American Journal of Occupational Therapy*, 33(8).
- Claus, E., Willen, A., Knops, H., de Craen, A., & Willems, C. (2003). Protocolontwikkeling voor de oudste ouderen. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie*, 31(2), 83-86.
- Cook, J.V. (2001). *Qualitative research in occupational therapy*. Australia, Delmar: Thomson Learning.
- Creek, J. (1997). *Occupational Therapy and Mental Health*. London: Churchill Livingstone.
- Cynkin, S. (1979). *Occupational Therapy: Toward Health Through Activities*. Boston: Little, Brown and Company.
- Denzin N.K. (1989). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (3rd ed.). New York: Mc Craw-Hill
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (1998). *The Landscape of Qualitative Research: Theories and Issues*. Thousand Oaks: Sage Publications.



- Desmarets, S., Van Der Heyden, J., Gisle, L., Buziasist, J., Miermans, P.J., Sartor, F., Van Oyen, H., & Tafforeau, J. (2002). *Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2001*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, IPH/EPI Reports, 2002(25).
- Donnelly, C., & Carswell, A. (2002). Individualized outcome measures: A review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 69*(2), 84-94.
- Duyvejonck, R. (1985). Ergotherapie in de fysische revalidatie, evolutie en toekomstperspectieven. In *Een kwart eeuw ergotherapie in Vlaanderen*. Studiedag met medewerking van het Vlaams Ergotherapeutenverbond, de Hoge Raad voor Paramedisch Hoger Onderwijs en het Nationaal Verbond der Paramedische Hogere Scholen voor Ergotherapie. HRIEPSHO, Kortrijk.
- Evrard, K.A. (1989). Psychiatrische behandeling 1850-1950. In R. Stockman (Ed.), *Geen rede mee te rijmen*. Sint-Martens-Latem: Aurelia Books.
- Fawcett, J., & Downs, F. (1992). *The relationship of Theory and Research* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Finlay, L. (2001). *Holisme in Occupational Therapy: Elusive Fiction and ambivalent struggle*. *The American Journal of Occupational Therapy, 55*(3), 268-276.
- Gitlin, N.L., & Burgh, D. (1995). Issuing assistive devices to older patients in rehabilitation: an exploratory study. *The American journal of Occupational Therapy, 49*(10), 994-1000.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Hammell, K., Carpenter, C., & Dyck, I. (2002). *Using qualitative research, a practical guide for Occupational and Physical Therapists*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Hopkins, H., & Smith, H. (1988). *Williard and Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott Company.
- Jacobs, T., Vanderleyden, L., & Vanden Boer, L. (Ed.). (2004). *Op latere leeftijd, de leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. Antwerpen: Garant, CBGS-publicaties.

- Juriwel, databank voor welzijns, gezondheids-, en gezinsregelgeving, *Bel-profielschaal*. Retrieved December 17, 2004, from <http://www.wvc.vlaanderen.be/juriwel/zorgverzekering/toepassing.htm#bel-profielschaal>
- Juriwel, databank voor welzijns, gezondheids-, en gezinsregelgeving. *Bijlage II bij het ministerieel besluit van 26 juli 2001 tot vaststelling van het bijdragesysteem voor de gebruiker van een dienst voor gezinszorg*. Retrieved December 17, 2004, from <http://www.wvc.vlaanderen.be/juriwel/thuiszorg/rgthuiszorg/pdf/mb260701-2.pdf>
- Karlsson, G. (1993). *Psychological qualitative research from a phenomenological perspective*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Kielhofner, G. (1995). *A Model of Human Occupation: Theory and application*. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation. Theory and application* (3<sup>rd</sup> ed.). Baltimore/Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kinébanian, A., & Thomas, C. (1998). *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- König-Zahn, C., Furer, J.W., & Tax, B. (1993). *Het meten van de gezondheidstoestand: beschrijving en evaluatie van vragenlijsten. 1. Algemene gezondheid*. Assen: Van Gorcum.
- Koplas, P.A., Gans, H.B., & Wisely, M.P. (1999). Quality of life and Parkinson's disease. *Journal of Gerontology*. 54A(4), 197-202.
- Krueger, R.A., (1994). *Focus group* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kuiper, C., Verhoef, J., de Louw, D., & Cox, K. (2003). *Evidence-based practice voor paramedici, methodiek en implementatie*. Utrecht: Uitgeverij Lemma.
- Kvale, S. (1996). *Interviews, An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.

- Lee, C.J., & Miller, L.T. (2003). The process of evidence-based clinical decision making in occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 57(4), 473-477.
- Lester, S. (1999). *An introduction to phenomenological research*. Research Method Course. Middlesex University. Retrieved February 12, 2005, from <http://www.devmts.demon.co.uk/resmethy.htm>
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & Noreau, L. (2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation*, 26(20), 1206-1213.
- Licht, S. (1948). *Occupational therapy source book*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lund, M.L., & Nygard, L. (2004). Occupational life in the home environment: The experiences of people with disabilities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 243-251.
- Maguire, G.H. (1983). An exploratory study of the relationship of valued activities to life satisfaction of elderly persons. *Occupational Therapy Journal of Research*. 3, 164-172.
- Mattingly, C., & Fleming, M. (1994). *Clinical reasoning, Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: Davis Company.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring Health : A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Meeus, P. (2002). *Le rôle de l'ergothérapeute dans la vie à domicile des personnes âgées*. Niet gepubliceerde doctoraatsthesis, Université Catholique de Louvain. Faculté de médecine. Département de santé Publique.
- Metz, T. (2000). Arbitrariness, justice, and respect. *Social Theory and Practice*, 26(1), 24-25.
- Meyer, A. (1922). In A. Meyer (1977). The philosophy of Occupation Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 31(10), 639-642; Reprinted from the Archives of occupational therapy, 1, 1-10.

- Morgan, D.L. (1993). *Successful Focus groups. Advancing the state of the art*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Murphy, E., Dingwall, E., Greatbatch, D., Parker, S., & Watson, P. (1998). Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technology Assessment, 2*(16), 1-273.
- Nationaal instituut statistiek en economische informatie. Federale overheidsdienst Economie. Retrieved January 21, 2005, from <http://statbel.fgov.be>
- Nelson, D.L. (1994). Occupational form, occupational performance and therapeutic occupation. In C.B. Royeen (Ed.), *The practice of the future: Putting occupation back into therapy* (pp. 9-48). Rockvill, MD: The American Occupational Therapy Association Inc.
- Noakes, J. (1992). Team Spirit. *Health Service Journal, 102*, 26.
- Osbergt, J.S., MCGinnis, G.E., DeJong, G., & Seward, M.L. (1987). Life satisfaction and quality of life among disabled elderly adults. *Journal of Gerontology, 42*(2), 228-230.
- Patton, M.Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. London: Sage publications.
- Polatajko, H.J. (1994). Dreams, Dilemmas, and Decisions for Occupational Therapy Practice in a New Millennium, A Canadian Perspective. *The American Journal of Occupational Therapy, 48*(7), 590-594.
- Polatajko, H.J., Mandich, A., & Martini, R. (2000). Dynamic performance analysis: a framework for understanding occupational performance. *The American Journal of Occupational Therapy, 54*(1), 65-72.
- Polgar, J.M., & Landry, J.E. (2004). Occupations as a means for individual and group participation in life. In C.H. Christiansen, & E. Townsend. Introduction to Occupation, *The Art and Science of Living*. New Jersey: Prentice Hall.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1997). *Essentials of nursing research, Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott.

PRATO. The official website of the provincial authority East Flanders. Retrieved February 12, 2005, from

<http://www.oostvlaanderen.be/welzijn/zorg/thuiszorg/memorie.pdf>

Rebeiro, K.L. (2001). Enabling occupation: The importance of an affirming environment. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 68*(2), 80-89.

Reed, K., & Sanderson, S. (1992). *Concepts of occupational therapy (3rd ed.)*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Reilly, M. (1962). Occupational therapy can be one of the great ideas of 20<sup>th</sup> century medicine. *The American Journal of Occupational therapy, 16*(1), 1-9.

Ripat, J., Etcheverry, E., Cooper, J., & Tate, R. (2001). Comparison of the Canadian Occupational Performance Measure and the Health Assessment Questionnaire. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 68*(4) , 247-253.

Rodin, J., & Langer, E.J. (1977). Long term effects of a control-relevant intervention with institutionalized ages. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*, 897-902.

Rosenberg, W., & Donald, A. (1995). Evidence-based Medicine: An approach to clinical problem-solving. *Britisch Medical Journal, 310*, 1133-1126.

Rubenstein, L.Z., Josephson, K.R., Wieland, G.D., English, P.A., Sayre, J.A., & Kane, P.L. (1984). Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomised clinical trial. *New England Journal of medicine, 311*(26), 1664-1670.

Rueben, D., & Solomon, D. (1989). Assessment in geriatrics of caveats and names. *Journal of the American Geriatric Society, 37*, 570-572.

Shannon, P. (1977). The Derailment of Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy, 31*(4), 229-234.

Shelden, K.M., Ryan, R.M., & Reis, H. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 1270-1279.

Simons, H., Désiron, H., (1999). Ergotherapie in de thuiszorg. *Acta Eergotherapeutica Belgica, 4* (5-13)

- Squire, A. (2002). *Health and wellbeing for older people: foundations for practice*. Edinburgh: Baillière Tindall.
- Steultjens, E.M.J., Dekker, J., Bouter, L.M., Jellema, S., Bakker, E.B., & Van den Ende, C.H.M. (2004). Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age and aging*, 33(5), 453–460.
- Stockman, R. (1989). Religieuzen in de geestelijke gezondheidszorg, een historische schets. In R. Stockman (Ed.), *Geen rede mee te rijmen*. Sint-Martens-Latem, Aurelia Books.
- Strauss, A.L., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage Publications.
- Townsend, E. (1997). *Enabling occupation, an occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E., & Landry, J. (2005). Interventions in a societal context. In C.H. Christiansen, & C.M. Baum (Eds.), *Occupational therapy, performance, participation, and well-being* (pp. 495-520). Thorofare: Slack Incorporated.
- Townsend, E., & Wilcock, A.A. (2004a). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-85.
- Townsend, E., & Wilcock, A.A. (2004b). Occupational Justice. In C.H. Christiansen, & E. Townsend (Eds.), *Introduction to occupation* (pp. 243-273). New Jersey: Prentice Hall.
- Tyrrell, J., & Burn, A. (1996). Primary health care: evaluating primary occupational therapy. *British Journal of therapy and rehabilitation*, 3(7), 125-134.
- Vanden Boer, L. (1999). *Over wonen-met-zorg van ouderen. Serviceflats en rusthuis: (g)een paar apart?*. Antwerpen: Garant, CBGS-publicaties.
- Vandenbroucke, F. (2001). *Beleidsnota: Actief ouder worden en zijn*. Brussel: Kabinet van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen.
- Van Laere, M. (1985). *Evolutie in de revalidatietechnieken bij volwassen motorisch*

gehandicapten. In *Een kwart eeuw ergotherapie in Vlaanderen*. Studiedag met medewerking van het Vlaams Ergotherapeutenverbond, de Hoge Raad voor Paramedisch Hoger Onderwijs en het Nationaal Verbond der Paramedische Hogere Scholen voor Ergotherapie. HRIEPSHO, Kortrijk.

Ver Heyen, W., Forrier, A., & Vandenbrande, T. (2003). *Beleving en verbetering van de arbeidssituatie van gezinsverzorgenden in Vlaanderen (proxima-project)*. Leuven: Hiva (tussentijds rapport). Retrieved January 12, 2005, from [http://w3.umh.ac.be/psytrav/PDF/Etat\\_lieux\\_aide\\_a\\_domicile3.pdf](http://w3.umh.ac.be/psytrav/PDF/Etat_lieux_aide_a_domicile3.pdf)

Vermeire, E., Van Royen, P., Griffiths, S., Coenen, S., Peremans, L., & Hendrickx, K. (2002). The critical appraisal of focus group research articles. *European Journal of General Practice*, 8(3), 104-108.

Vlaams Ergotherapeutenverbond. (1979). Beroepsomschrijving ergotherapie. *Wetenschappelijk tijdschrift van het Vlaams ergotherapeutenverbond*, 2.

Vlaamse Hogescholenraad. (2004). *Ergotherapie, een onderzoek naar de kwaliteit van de één-cyclus-opleidingen ergotherapie in de Vlaamse hogescholen*. Retrieved February 23, 2005, from <http://www.vlhora.be/vlhora/kz/visitatierapporten/ergotherapie.pdf>

Vlaamse Onderwijsraad. (1992). *Studie 31, beroepsprofiel ergotherapeut (M/V)*. Brussel: VLOR.

Vlafo. (2005). De officiële website van het VFSIPMH, Retrieved February 12, 2005, from [www.vlafo.be](http://www.vlafo.be)

VOGELS, M. (2000). Beleidsnota 2000-2004: *Welzijn, gezondheid en gelijke kansen in perfecte harmonie: een symfonie*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Kabinet van de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke kansen.

Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

- WHOQOL Group. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)*. Position paper from the World Health Organization, Social Science and Medicine, 41(10), 1403-1409.
- Wilcock, A.A., (1998). *An occupational perspective of health. well-being, labor, leisure, health promotion, occupation, evolution, public health*. Thorofare: Slack Incorporated.
- Wilcock, A.A., van der Arend, H., Darling, K., Scholz, J., Siddal, R., Snigg, C., & Stephens, J. (1998). An exploratory study of people's perceptions and experiences of well-being. *British Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 75-80.
- World Federation of Occupational Therapists. (1996). *Minimum standards for the education of occupational therapists*. Australia: Author.
- World Health Organisation. (1980). *International Classification of Impairment, Disability and Handicap*. Geneva: Author.
- World Health Organisation. (1998). *European Health for All Series No. 5 Health 21, An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: Author, Regional Office for Europe.
- World Health Organisation. (2001). *ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: Author.
- Youngstrom, M.J. (2002). The occupational therapy practice framework: The evolution of our professional language. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 607-608.



## 9 Bijlagen

<u>9.1</u>	<u>BIJLAGEN HOOFDSTUK 1</u>	162
<u>9.1.1</u>	<u>ONDERZOEKSOPDRACHT</u>	163
<u>9.2</u>	<u>BIJLAGEN HOOFDSTUK 2</u>	166
<u>9.2.1</u>	<u>BEROEPSPROFIEL ERGOTHERAPEUT</u>	167
<u>9.3</u>	<u>BIJLAGEN HOOFDSTUK 3</u>	182
<u>9.3.1</u>	<u>INDELING VAN DE SOCIALE KAART</u>	183
<u>9.3.2</u>	<u>SJABLOON TELEFONISCHE ENQUÊTE</u>	186
<u>9.3.3</u>	<u>SJABLOON SCHRIFTELIJKE ENQUÊTE</u>	188
<u>9.4</u>	<u>BIJLAGEN HOOFDSTUK 4</u>	199
<u>9.4.1</u>	<u>ORGANOGRAM VLAAMS FONDS</u>	200
<u>9.4.2</u>	<u>STANDAARD TEKST TELEFONISCH CONTACT MDT'S</u>	201
<u>9.4.3</u>	<u>BRIEF AAN DE MDT'S</u>	202
<u>9.4.4</u>	<u>GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING</u>	204
<u>9.4.5</u>	<u>INTERVIEWGIDS INDIVIDUELE INTERVIEWS</u>	205
<u>9.4.6</u>	<u>INTERVIEWGIDS FOCUSGROEP INTERVIEWS</u>	208
<u>9.4.7</u>	<u>VOORBEREIDING FOCUSGROEP INTERVIEWS</u>	209
<u>9.4.8</u>	<u>BOOMSTRUCTUUR CODERINGSSHEMA</u>	210
<u>9.5</u>	<u>BIJLAGEN HOOFDSTUK 5</u>	213
<u>9.5.1</u>	<u>UITNODIGING TOT DEELNAME AAN HET ONDERZOEK</u>	214
<u>9.5.2</u>	<u>BRIEF AAN DE CLIENT</u>	215
<u>9.5.3</u>	<u>BRIEF AAN DE HUISARTS</u>	217
<u>9.5.4</u>	<u>GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING</u>	218
<u>9.5.5</u>	<u>STANDAARDDOSSIER ERGOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIE</u>	219
<u>9.5.6</u>	<u>INFORMATIEFICHE BETREFFENDE DE CLIENT</u>	231
<u>9.5.7</u>	<u>VRAGENLIJST VOORMETING</u>	232
<u>9.5.8</u>	<u>VRAGENLIJST NAMETING</u>	254

## **9.1 Bijlagen hoofdstuk 1**

## 9.1.1 Onderzoeksopdracht

### 1. Algemene situering

Binnen het domein van de thuiszorg blijkt ergotherapie een discipline die steeds meer in de aandacht komt te staan. Diverse organisaties zien het belang in van ambulante ergotherapie en kunnen via verscheidene kanalen deze diensten aanbieden. Ook de hogescholen bieden in de opleiding steeds meer aandacht aan de ambulante ergotherapie. Jammer genoeg is er totnogtoe geen concrete wetgeving omtrent de plaats van de ergotherapie in de thuiszorg.

Huidig project houdt een actiegericht onderzoek in naar de meerwaarde van :

- de ergotherapeut in de thuiszorg
- de ergotherapeut met zijn consult en advies functie
- de ergotherapeut als zorgverstrekker
- de ergotherapeut als lid van het multidisciplinaire team.

### 2. Globale doelstelling

De doelstelling van het onderzoek ambulante ergotherapie in Oost-Vlaanderen is antwoorden te formuleren op volgende vragen :

- wat is het belang van ergotherapie in de thuiszorg?
- wat is de meerwaarde van de ergotherapie in de thuiszorg?
- wat is de plaats van de ergotherapeut en wanneer wordt hij best ingeschakeld in het multidisciplinair team in de thuiszorg?
- welke factoren (positief/negatief) bepalen of de ergotherapeut in de thuiszorg ingeschakeld wordt?

### 3. Actiegericht stappenplan

#### **Stap 1 : Vooronderzoek**

Dit omvat:

- een bronnenanalyse, meer bepaald
  - mbt volledige problematiek van thuiszorg : literatuur, statistieken, demografische gegevens, gegevens VFSIPH, ...
  - opzoeken van wetten, decreten, op de verschillende bevoegheidsniveaus
- een kwalitatief onderzoek : bevraging van de verschillende betrokkenen.

#### **Stap 2 : Inventarisatie van de ergotherapie in de thuiszorg**

De vragen die hierbij zullen gesteld worden zullen duidelijker worden na het vooronderzoek. Een richtinggevende opsomming :

- Vanuit welke setting wordt momenteel ambulante ergotherapie aan huis, aangeboden? (zowel intra-, extra- als transmuraal)
- Vanuit welke voorziening (mutualiteiten, Rdc, Ldc; zelfstandigen, vzw, vrijwilligerswerk...)
- Op welke basis gebeurt dit?
- Hoe gebeurt de aanmelding?
- Hoeveel betaalt de cliënt?
- Hoe wordt de ergotherapeut gefinancierd?

- Hoeveel ergotherapeuten?
- Bij welke cliënten?
- Welke problematieken?
- Welke taken?
- Hoeveel cliënten op jaarbasis?
- Hoeveel interventies per cliënt?
- Hoeveel interventies op jaarbasis?
- Zijn er noden waaraan de ergotherapeuten in de thuiszorg niet kunnen beantwoorden? Waarom? Voorstellen tot oplossingen?

Methodologie : Een enquête, gericht aan relevante diensten (op basis van de sociale kaart).

### **Stap 3 : Vergelijkende studie tussen 'wel ergotherapeutische interventie' en 'geen ergotherapeutische interventie' op het vlak van dossiers VFSIPH.**

Het opvolgen van de dossiers VFSIPH gebeurt in een longitudinaal onderzoek.

- Een aantal aanvragen tot dossier VFSIPH wordt onderzocht.
- Bij de helft van de te onderzoeken aanvragen is een ergotherapeut betrokken voor adviesverlening mbt hulpmiddelen en woningaanpassing; bij de andere helft is geen ergotherapeut betrokken.

Methodologie :

Een kwalitatief onderzoek door middel van een interview, uitgevoerd bij de cliënt, het erkend centrum en het VFSIPH

- Op het niveau van de cliënt wordt onderzocht of de inbreng van de ergotherapeut een invloed heeft op het opstellen van het dossier VFSIPH.
- Op het niveau van het erkend Multi Disciplinair Team (MTD) wordt onderzocht of de inbreng van de ergotherapeut een invloed heeft op het opstellen van het dossier VFSIPH.
- Op het niveau van het VFSIPH wordt onderzocht of de inbreng van de ergotherapeut een invloed heeft op het ingediende dossier VFSIPH.

Het interview wordt telkens op twee tijdstippen afgenomen, met ongeveer één jaar als tussenperiode.

### **Stap 4 : Vergelijkende studie tussen 'wel ergotherapeutische interventie' en 'geen ergotherapeutische interventie' op het vlak van concrete therapie.**

De doelgroep van dit luik bestaat uit potentiële cliënten die voor het eerst beroep doen op een partner uit de thuiszorg omwille van een tekort aan zelfredzaamheid door een onevenwicht in de zelfzorg en de mantelzorg, en die thuis wensen te blijven.

Deze doelgroep zal aan de hand van objectieve criteria nog nauwkeuriger moeten omschreven worden.

De studie bestaat uit 2 fasen :

fase 1 :

Het betreft een vergelijkend experimenteel onderzoek aan de hand van steekproeftrekking, representatief voor de populatie in Oost-Vlaanderen. Bij één groep zal een ergotherapeut aanwezig zijn in het behandelende team, bij de andere niet.

fase 2 :

Nagaan wat de taak van de ergotherapeut is in een multidisciplinair team, werkzaam binnen de thuiszorg. Welke zijn de interventies die worden uitgevoerd

door de ergotherapeut ? Hoe geeft hij informatie door aan de cliënt en aan het team?

Methodologie :

Eerste fase

- Interview met de cliënt op basis waarvan de verwachtingen van de cliënt worden bepaald (pretest). Meetinstrumenten mbt kwaliteit van leven en het meten van ergotherapeutische outcome, met name het functioneren van de persoon, op vlak van zelfzorg, produktiviteit en ontspanning, worden gehanteerd.
- ergotherapeutische/geen ergotherapeutische interventie.  
Indien therapeutische interventie : ter plaatse bij de cliënt screenen, interventies uitvoeren en voldoen aan de hulpvraag van de cliënt. Het is belangrijk dat de ergotherapeut gegevens bijhoudt. Wat heeft hij gedaan, hoeveel interventies, duur,....
- follow-up interview met de cliënt (posttest).

Tweede fase

De verkregen onderzoeksresultaten uit de eerste fase worden teruggekoppeld naar de multidisciplinaire teams. De impact van de ergotherapeutische advies- en dienstverlening in de thuiszorg op het multidisciplinaire team wordt onderzocht. Dit gebeurt via een gestructureerd interview of focusgroep gesprek.

**Stap 5 : Synthese resultaten van voorgaande stappen.**

**In deze fase wordt in een eindverslag een antwoord geformuleerd, onder andere op volgende vragen :**

- Wat is het effect van het inschakelen van een ergotherapeut bij het opstellen van een dossier VFSIPH?
- Wanneer wordt de ergotherapeut best ingeschakeld?
- Wat vinden cliënten van een ergotherapeutische interventie ?
- Wat vinden multidisciplinaire teams van de bijdrage van de ergotherapeut?
- Wat zijn de knelpunten?
- Welke zijn de voorstellen naar het beleid mbt de organisatie en beeldvorming van ambulante ergotherapie.

## **9.2 Bijlagen hoofdstuk 2**

## 9.2.1 Beroepsprofiel ergotherapeut

### 1 Beroepsprofiel

#### 1.1 Benaming van het beroep

Beroep : Ergotherapie  
Beroepstitel : Ergotherapeut

#### 1.2 Globale beschrijving van het beroep

Ergotherapie is een verzamelbegrip van zowel therapeutische als agogische benaderingen, waarbij gestreefd wordt naar de optimale persoonlijke autonomie van het individu op het gebied van wonen / zelfzorg, werken / taken en ontspanning / vrije tijd. Om dit optimaal handelingsniveau bij de persoon - al dan niet met disfunctie - te verwerven, te behouden of te herwinnen, is een probleemdefiniëring en evaluatie nodig. In de therapiefase worden doelgerichte handelingen/menselijke activiteiten aangewend en worden handelingsversturende factoren uit het milieu voorkomen, weggenomen en / of eventueel aangepast.

##### 1.2.1 Voornaamste tewerkstellingssectoren of werkvelden

De essentie van de ergotherapie maakt dat ergotherapeuten kunnen tewerkgesteld worden in de welzijns- en in de gezondheidszorg van de 1ste, 2de en 3de lijn, zoals:

- thuiszorg
- centra voor gehandicapte kinderen, centra voor kinderen met leerproblemen in het buitengewoon onderwijs
- in algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra, gespecialiseerde ziekenhuizen
- psychiatrische, centra voor crisisinterventie, centra voor geestelijke gezondheidszorg
- bejaardentehuizen, rust- en verzorgingstehuizen, dienstencentra
- beschuttende werkplaatsen, sociale werkplaatsen, activiteitencentra
- woonprojecten en dagcentra voor gehandicapten, gezinsvervangende tehuizen
- praktijk en alle initiatieven die te maken hebben met het optimaal functioneren van de patiënt, cliënt op het gebied van wonen / zelfzorg / werken / taken en ontspanning en vrije tijd
- 

##### 1.2.2 Alternatieve tewerkstellingssectoren of werkvelden

###### ◆ Agogisch

- als opvoedend of onderwijzend personeel in instellingen van de Ministeries van Onderwijs, van Welzijn en Gezin, van Volksgezondheid en van Justitie
- als medewerker in particuliere en openbare initiatieven ter bevordering van het persoonlijk maatschappelijk en cultureel welzijn van kinderen, jongeren, volwassenen en bejaarden (animatoren, opbouwwerk, mutualiteit, migrantenwerk)
- als arbeidsbemiddelaar

###### ◆ Economisch

- als intern of extern adviseur  
*ter preventie : i.f.v. arbeidshygiëne op de werkplaats -ergonomisch advies*  
*ter reïntegratie : van economisch waardevolle werkrachten (braindrain)*  
*ter verhoging van de rendabiliteit als I.K.Z.-medewerker*
- als informant-verkoper van medisch en paramedisch equipment

##### 1.2.3 Mogelijke startfuncties

###### ◆ Ergotherapeut

- mogelijke doorstroomfuncties  
*lesgever Hobu na D-diploma*  
*ergotherapeut -diensthoofd*  
*na bijscholing diverse functies in onderwijs en (psycho-)therapeutische middens*
- mogelijke finaliteitfuncties  
*kaderfuncties in instellingen van de Gezondheidszorg*

### **1.3 Opleidingsvereisten en beroepservaring**

De uitoefening van het beroep is voorbehouden aan personen die voldoen aan de volgende voorwaarden (zie KB van 8/7/96) :

- 1 Houder zijn van een diploma in de ergotherapie, opleiding van minimum 3 jaar hoger onderwijs met een volledig leerplan waarvan het leerprogramma op zijn minst omvat:
  - een theoretische en een praktische opleiding (voor een gedetailleerde opsomming van de verschillende leerinhouden verwijzen we naar het KB van 8/7/96)
  - stages: de kandidaat moet een stageboek bijhouden waaruit blijkt dat hij met vrucht een stage van minstens 1000 uren doorlopen heeft binnen verschillende domeinen van de ergotherapie met verschillende leeftijds-groepen en verschillende dysfuncties
  - een eindwerk: dit eindwerk bestaat uit een verhandeling die in verband staat met de opleiding en de stages, waaruit blijkt dat de kandidaat in staat is tot analytische en synthetische activiteit met betrekking tot het vak-domein en in staat is tot zelfstandig werk
- 2 Onderhouden en bijwerken van de beroepskennis en -vaardigheden via persoonlijke studie en vormingsactiviteiten, om een beroepsuitoefening op een optimaal kwaliteitsniveau mogelijk te maken.



## 2 Beschrijving van de beroepsactiviteiten

### 2.1 Typefunctie, deelfunctie en taken

#### 2.1.1 Typefuncties van de ergotherapeut

De werkzaamheden van de ergotherapeut kunnen ingedeeld worden in directe en indirecte werkzaamheden

Directe werkzaamheden worden vervuld in aanwezigheid van de cliënt.

Indirecte taken hebben ook duidelijk te maken met de therapie van de cliënt maar worden vervuld buiten zijn aanwezigheid.

- 1 Typefunctie behandelen
- 2 Typefunctie preventieve zorg
- 3 Typefunctie van het geven van consult en advies
- 4 Typefunctie wetenschappelijk onderzoek
- 5 Typefunctie bijdragen tot het ontwikkelen van het beroep
- 6 Typefunctie evalueren van het beroepsmatig handelen
- 7 Typefunctie interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking
- 8 Typefunctie permanente vorming, ontwikkelen van individuele kennis en kunde
- 9 Typefunctie management, beheren
- 10 Typefunctie geven van onderwijs en begeleiding

#### 2.1.2 Typefunctie behandelen

Binnen deze typefunctie kunnen 4 deelfuncties onderscheiden worden :

- deelfunctie exploratie, inventariseren van problemen en mogelijkheden
- deelfunctie bepalen van de doelen, plannen van de behandeling
- deelfunctie uitvoeren van de behandeling
- deelfunctie evalueren van de behandeling
- deelfunctie begeleiden van nazorg

Deze deelfunctie kan beschouwd worden als opeenvolgende fasen in de behandeling maar zijn in de realiteit niet altijd van elkaar te scheiden.

##### 2.1.2.1 Deelfunctie: exploratie, inventariseren van problemen en mogelijkheden

###### ◆ Taken

De ergotherapeut

- neemt contact en maakt kennis met de cliënt
- pleegt overleg met de verwijzer
- observeert de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en het cliënt-systeem
- test de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en het cliënt-systeem
- inventariseert de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en het cliënt-systeem en leeft zich empathisch in
- kadert de gegevens multidisciplinair
- formuleert de totaalvraag
- selecteert de gegevens met ergotherapeutische relevantie
- formuleert het probleem ergotherapeutisch

##### 2.1.2.2 Deelfunctie: bepalen van de doelen, plannen van de interventie

###### ◆ Taken

De ergotherapeut

- bepaalt en ordent de doelen vanuit een medische, paramedische, agogische logica, rekening houdend met de inbreng van de cliënt en het cliënt-systeem
- formuleert de subdoelen en de einddoelen.
- operationaliseert de einddoelen en de subdoelen
- bepaalt de hiërarchie van de doelen

- brengt een gradatie aan in de functies en vaardigheden die moeten getraind worden
- bepaalt de interventiestrategie, met inbegrip van de te volgen methodiek, benaderingswijze, timing en de evaluatiemethode(s)
- formuleert eisen waaraan aanpassingen, hulpmiddelen, orthesen moeten voldoen
- formuleert eisen waaraan het materiaal en de therapieomgeving moeten voldoen
- bepaalt de inbreng van de cliënt en het cliëntstelsel
- informeert de cliënt over het behandelplan
- pleegt overleg met de cliënt over het behandelplan

### 2.1.2.3 Deelfunctie: uitvoeren van de behandeling

#### ◆ Taken

De ergotherapeut

- leert de cliënt functies en vaardigheden aan, hij oefent ze in en leert ze hen integreren in het dagelijks functioneren
- ondersteunt, adviseert de cliënt in het exploreren van zijn mogelijkheden en/of beperkingen
- confronteert de cliënt met zijn beperkingen en biedt alternatieven aan
- stimuleert de cliënt tot het daadwerkelijk handelend omgaan met zijn mogelijkheden en/of beperkingen
- corrigeert afwijkende houdingen, handelingen en gedrag en stuurt ze bij, zoekt desnoods compensatiemogelijkheden
- past het materiaal, het materieel en de therapieomgeving aan in functie van het accentueren van hun therapeutische waarde en/of het uitbreiden van de mogelijkheden van de cliënt
- maakt hulpmiddelen en aanpassingen, controleert ze en past ze aan
- maakt tijdelijke revalidatiehulpmiddelen uitsluitend vervaardigd uit op lage temperatuur thermovormbaar materiaal en past ze aan
- conformeert en instrueert de leden van het behandelend team over de beperkingen en de mogelijkheden van de patiënt
- biedt aan de teamleden oefening en training aan in het omgaan met orthesen, prothesen, hulpmiddelen en aanpassingen
- formuleert eisen waaraan de mantelzorg, de eerstelijns hulpverlening en/of de permanente begeleiding moeten beantwoorden, en maakt afspraken in verband met de nazorg
- bespreekt in een afrondingsgesprek met de hulpvrager de resultaten van de behandeling
- neemt deel aan de besprekingen die betrekking hebben op de cliënt en cliëntstelsel
- onderhoudt contacten met externe deskundigen in functie van de handeling en nabehandeling van de patiënt
- rapporteert de resultaten aan het behandelteam (mondeling of schriftelijk)
- legt het verloop van de behandeling vast, formuleert zijn bevindingen en adviezen in interne verslagen naar de teamleden toe, en in externe verslagen naar controlerende, subsidiërende en financiële instanties
- stelt een afrondings-, overdrachts- of doorverwijsverslag op

### 2.1.2.4 Deelfunctie: evalueren

Permanente evaluatie in functie van bijstellen van het concrete therapeutische handelen

#### ◆ Taken

De ergotherapeut

- evalueert permanent gedurende elke behandelingsfase de kwaliteit van het eigen therapeutisch handelen, hij beoordeelt het bereikte handelingsniveau bij elk behandelingscontact
- evalueert of de cliënt het geleerde in de praktijk brengt en toepast in de leef-, woon- en werksituatie, en transfereert naar zo veel mogelijk verschillende situaties
- past op basis van de permanente evaluatie (o.a. van de bereikte resultaten) zijn interventies aan
- bespreekt regelmatig samen met de cliënt de evolutie van de behandeling
- evalueert gedurende de hele behandeling of de huidige leef-, woon-, en werkomgeving van de cliënt positief of negatief interfereert met de behandeling. Houdt daar rekening mee binnen de behandeling
- evalueert de kwaliteit van de therapeutische relatie

- evalueert de samenwerking binnen het team en de impact ervan op de kwaliteit van het therapeutisch handelen

#### Evaluatie in functie van toekomstig therapeutisch handelen

##### ◆ Taken

De ergotherapeut

- evalueert het effect van de behandeling, beoordeelt of de gestelde ergo-therapeutische langetermijndoelen gerealiseerd zijn
- evalueert en analyseert de aanpak, de efficiëntie, de doelen en het verloop van de behandeling
- overlegt met het team of de algemene behandeldoelen zijn bereikt
- generaliseert de ervaringen en inzichten naar toekomstig handelen

#### 2.1.5.1 Deelfunctie: begeleiden van nazorg

##### ◆ Taken

De ergotherapeut

- maakt afspraken met betrekking tot de nazorg (evaluatie, controle)
- rapporteert relevante gegevens met betrekking tot nazorg aan de betrokken personen (arts, paramedici, familie, ...)
- evalueert binnen de nazorg het functioneren van de cliënt i.v.m. wonen, zelfzorg, werken, taken, ontspanning, vrije tijd
- geeft advies i.v.m. het behoud van de harmonie tussen draagkracht en draaglast van de cliënt en van het cliënt-systeem
- begeleidt of adviseert onderhoudende oefeningen
- past hulpmiddelen aan
- geeft advies tot zelfredzaamheid, produktiviteit, ontspanning
- informeert de cliënt en/of betrokken persoon over andere hulpverlenings-mogelijkheden

#### 2.1.3 Typefunctie preventieve zorg

De ergotherapeut

- signaleert maatschappelijke of individuele problemen die tot zijn taak-gebied behoren aan de verantwoordelijke beleidsorganen
- signaleert problemen rond de totale leefsituatie van de cliënt binnen de instelling
- ontwikkelt preventieve ergotherapeutische programma's rond (zelfredzaamheids) vaardigheden in leef-, woon-, werksituaties
- houdt bij het opstellen van het programma rekening met psychische, sociale en/of somatische factoren, met woon- en werkomstandigheden van de cliënt
- analyseert de verhouding tussen de draagkracht en de draaglast, tussen de belasting en de belastbaarheid van de cliënt
- voert preventieve ergotherapeutische programma's uit. Geeft individuele of groepsgericht instructie en begeleiding
- adviseert aanpassingen
- geeft ergonomisch advies naar woon- en werksituatie in functie van voorkomen van problemen

#### 2.1.4 Typefunctie van het geven van advies, voorlichting, informatie

De ergotherapeut

- participeert in het informeren van de cliënt m.b.t. zijn problematiek
- geeft informatie over het ziektebeeld en de (blijvende) gevolgen ervan voor de cliënt
- participeert in het geven van informatie en advies over de manier waarop de cliënt zo adequaat mogelijk met zijn beperkingen kan leren omgaan
- geeft advies aan de cliënt en zijn omgeving met betrekking tot zijn functioneren op het vlak van zelfredzaamheid, arbeid en ontspanning
- geeft advies met betrekking tot het voorkomen, wegnemen, verminderen en/of aanpassen van handelingsverstorende factoren in woon-, werk- en ontspanningsmilieu

- geeft advies rond woningaanpassing, rond hulpmiddelen voor het verhogen van zelfredzaamheid, communicatie en verplaatsing...
- geeft ergonomische adviezen (o.a. werkpostaanpassing)
- ontwikkelt aangepast materiaal en methodieken om voorlichting en informatie te geven
- participeert in het adviseren van betalende instanties
- participeert in het doorverwijzen van de cliënt voor verdere behandeling of begeleiding

## **2.1.5 Typefunctie toegepast wetenschappelijk onderzoek**

### **2.1.5.1 Deelfunctie: signaleren**

#### **◆ Taken**

De ergotherapeut

- signaleert theoretische en praktische onderwerpen binnen het ergotherapeutisch vakgebied die in aanmerking komen voor mogelijk onderzoek
- verzamelt gegevens en argumenten om het belang, de noodzaak van het onderzoek te onderbouwen

### **2.1.5.2 Deelfunctie: uitvoeren**

#### **◆ Taken**

De ergotherapeut

- verricht zelfstandig of in samenwerking met andere ergotherapeuten toegepast onderzoek naar aspecten van het beroep
- participeert in multidisciplinair onderzoek waar ergotherapeutische aspecten deel van uit maken, o.a. participeren in effectiviteitsonderzoek (in functie van kwaliteitsbewaking)
- participeert in multidisciplinair onderzoek gericht op wetenschappelijke kennisontwikkeling met betrekking tot gezondheidszorg, verzorgingszorg, onderwijs
- presenteert onderzoeksresultaten door publicatie in vaktijdschriften, door deelname aan studiedagen, door bespreking binnen het (multidisciplinair) team

## **2.1.6 Typefunctie bijdragen tot het ontwikkelen van het beroep**

#### **◆ Taken**

De ergotherapeut

- publiceert in vaktijdschriften
- werkt mee aan na- en/of bijscholingsprojecten
- neemt deel aan commissies die het beleid helpen bepalen wat betreft professionele praktijk, wettelijke aspecten van de beroepsuitoefening en/of de opleiding tot ergotherapeut
- engageert zich in en neemt deel aan activiteiten en werkgroepen van de beroepsvereniging
- past zijn ergotherapeutisch handelen voortdurend aan aan nieuwe ontwikkelingen (maatschappelijk en wetenschappelijk)

## **2.1.7 Typefunctie evalueren van het beroepsmatig handelen**

#### **◆ Taken**

De ergotherapeut

- evalueert het ergotherapeutisch handelen binnen een intradisciplinair team. Neemt deel aan initiatieven voor intercollegiale toetsing buiten het team.
- evalueert het therapeutisch handelen binnen een intra- en interdisciplinair team. Evalueert de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het behandelprogramma.
- levert een bijdrage tot het opzetten en uitvoeren van effectiviteitsonderzoek
- levert een bijdrage tot het opzetten en uitvoeren van programma's rond kwaliteitsbewaking

## **2.1.8 Typefunctie interdisciplinaire en intradisciplinaire samenwerking**

### **2.1.8.1 Deelfunctie: teamoverleg**

#### **◆ Taken**

De ergotherapeut

- neemt deel aan intra- en interdisciplinair overleg ter bepaling en evaluatie van behandeldoelen, van een behandelingsstrategie en aanpak voor een cliënt
- stelt verslagen op ter bespreking in intra- of interdisciplinair team
- neemt deel aan intra- of interdisciplinair overleg ter bepaling en evaluatie van een behandelconcept voor de groep cliënten met een bepaalde aandoening
- neemt deel aan interdisciplinair overleg ter bevordering van leef-, woon-, werkomstandigheden van de cliënten

### **2.1.8.2 Deelfunctie: individuele contacten met andere zorgverleners**

#### **◆ Taken**

De ergotherapeut

- wint relevante informatie in bij andere zorgverleners, verwijzers, externe instanties (voorschrijvende, controlerende, subsidiërende, ...)
- geeft relevante informatie door aan andere zorgverleners, verwijzers, externe instanties o.a. m.b.t. zelfredzaamheid van de cliënt)
- stelt doorverwijsverslag op voor externe instanties
- pleegt overleg met andere zorgverleners, verwijzers, externe instanties
- ontvangt instructies en adviezen van andere zorgverleners, verwijzers, externe instanties
- geeft instructies en adviezen aan andere zorgverleners, verwijzers, externe instanties o.a. m.b.t. zelfredzaamheid van de cliënt
- onderhoudt mondelinge en schriftelijke contacten met andere zorgverleners en externe instanties over ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg, welzijns-zorg en onderwijs

### **2.1.9 Typefunctie permanente vorming, ontwikkelen van individuele kennis en kunde**

#### **2.1.9.1 Deelfunctie: informatie verwerven**

##### **◆ Taken**

De ergotherapeut

- volgt de actuele ontwikkelingen binnen zijn specifiek vakterrein enerzijds en binnen de ergotherapie in zijn totaliteit anderzijds
- leest vakliteratuur
- neemt deel aan congressen, symposia, bij- en nascholingscursussen
- neemt deel aan intervisie en ontvangt supervisie

#### **2.1.9.2 Deelfunctie: informatie verstrekken**

##### **◆ Taken**

De ergotherapeut

- geeft kennis en ervaring door aan collega's door permanent overleg binnen het team
- geeft kennis en ervaring door aan collega's door middel van lezingen en publicaties

### **2.1.10 Typefunctie management, beheer**

De ergotherapeut

- levert bijdragen aan de beleidsontwikkeling van de afdeling ergotherapie en de instelling
- participeert in werkoverleg over het beheer van de afdeling en de instelling
- neemt deel aan commissies en werkgroepen over beleid en beheer van de instelling
- helpt bij het verrichten van beleidsvoorbereidende werkzaamheden met betrekking tot materiële en immateriële aspecten van de leef-, woon- en werk-omstandigheden
- zorgt voor een optimale personeelsbezetting binnen de afdeling
- overlegt met het aanwezige personeel een optimale taakverdeling
- werkt nieuwe collega's in
- registreert werkzaamheden en stelt een jaarverslag op
- beheert de ergotherapeutische dossiers van de cliënten
- zet een documentatiesysteem op met betrekking tot behandelingsmethoden, hulpmiddelen en aanpassingen, begeleidingsmogelijkheden, ondersteunende voorzieningen o.a. m.b.t. arbeidsvervangende activiteiten, vrijetijdsbesteding, vakantiemogelijkheden, ... patiëntenverenigingen en zelfhulporganisaties, ...
- actualiseert dit documentatiesysteem permanent
- beheert het afdelingsbudget
- stelt (deel)begrotingen op
- voert een administratie voor bestellingen en aankopen
- onderhoudt contacten met leveranciers, organisaties en instellingen buiten de eigen instelling
- richt de afdeling ergotherapie in
- onderhoudt contacten met ondersteunende diensten binnen de instelling

### **2.1.11 Typefunctie geven van onderwijs en begeleiding**

#### 2.1.11.1 Deelfunctie: verzorgen van onderwijs en bijscholing

##### ◆ Taken

De ergotherapeut

- verzorgt onderwijs over het vakgebied aan studenten in de ergotherapie en aanverwante beroepsgroepen
- gebruikt verschillende werkvormen om kennis, vaardigheden en attituden over te dragen
- evalueert de student op vlak van kennis, vaardigheden en attituden
- stelt cursusinhouden en curricula samen, evalueert ze en stuurt ze bij
- geeft bijscholingen, voordrachten, seminaries aan collega's, onder de vorm van gerichte informatie over nieuwe behandelingsstrategieën, over de evoluties in het vakgebied, over eigen ervaringen, ...
- organiseert en/of leidt seminaries, studiedagen, over het specifieke vakgebied en aanverwante onderwerpen
- geeft onderwijs aan specifieke doelgroepen zoals mentaal gehandicapten in het buitengewoon onderwijs

### 2.1.11.2 Deelfunctie: begeleiding van studenten en collega's

#### ◆ Taken

De ergotherapeut

- begeleidt studenten op stage
- begeleidt nieuwe collega's, en geeft supervisie
- begeleidt eindwerken

### Vaardigheden voor deze typefuncties, deelfuncties en taken

De ergotherapeut beschikt over de kennis, de vaardigheden en attitudes om

- het bio-, psychosociale functioneren en/of dysfunctioneren van de mens te situeren, het verloop en de therapiedoelen te bepalen, te herbepalen en te begrenzen
- de therapeutische kwaliteiten van materialen, activiteiten, aanpassingen en orthesen doelgericht te kunnen aanwenden
- de mogelijkheden, de beperkingen en de eisen van een doorsnee cliëntstelsel voldoende in te schatten zodanig dat hij de therapiedoelen, de therapiesituaties en dito omgevingen kan bepalen
- zich empatisch in te leven in de mogelijkheden en beperkingen, de normen en waarden, de verlangens en de eisen van zijn cliënt en het cliëntstelsel
- zich in te leven in het al dan niet subjectief beleven van de interventie door de cliënt
- techno-therapeutische toestellen, hulpmiddelen, aanpassingen, orthesen te gebruiken, aan te passen, te ontwerpen en/of bij de uitvoering ervan te adviseren
- met de onderscheiden cliëntengroepen en hun cliëntsystemen therapeutische relaties aan te gaan, uit te bouwen, te benutten en te begrenzen, rekening houdend met hun cognitieve mogelijkheden, hun psychische ingesteldheid en hun socioculturele achtergrond en met inachtneming van de deontologische en ethische codes eigen aan het beroep
- te communiceren, te informeren, te instrueren en te dialogeren over de therapiedoelen, het verloop, de therapeutische hulpmiddelen, de orthesen en de techno-therapeutische toestellen en dit aangepast naargelang het cliënten, teamleden of verwanten uit het cliëntstelsel zijn. Dit slaat zowel op het schriftelijk als op het mondeling rapporteren
- in combinatie met zijn theoretische inzichten in te grijpen in het therapie-verloop
- de eigen houding, de gevolgde methodiek, de behandelingsvorm objectief in te schatten, bespreekbaar te stellen en zonedig aan te passen
- de cliënt, het cliëntstelsel, de teamleden en collegae te instrueren, te informeren, te initiëren
- handelingen voor te doen, te leiden, in te leiden en/of te begeleiden
- een duidelijk zicht te hebben op het eigen functioneren zowel op het inter-persoonlijk als op het intrapersoonlijk niveau

Dit om :

- zijn houding te bepalen tov de cliënt en het cliëntstelsel
- op een doeltreffende manier te reageren op vragen, gedrag en handelingen van de cliënt
- om te gaan met eigen emoties
- de mate van persoonlijk engagement te bepalen
- verantwoordelijkheid op te nemen en te begrenzen
- op te komen voor zichzelf, voor zijn eigen mening, voor zijn werk- en vak-gebied
- zijn cliënt te motiveren, te enthousiasmeren, te overtuigen en desnoods te verplichten deel te nemen aan de interventies
- de patiënten, al of niet met hun medewerking, te positioneren, te verplaatsen, te tillen en te heffen, te leiden en te begeleiden in hun handelingen en mobiliteit zowel in de beschermde therapieomgeving als daarbuiten
- beslissingen te nemen, de ergodienst te beheren en te leiden
- het eigen vakgebied uit te diepen en met aanverwante disciplines te dialogeren (inclusief de externe deskundigen)

## 2.2 Enkele specifieke taken in de doorstroomfuncties

De ergotherapeut bezit kennis en inzicht in methodische en didactische principes die gebruikt worden bij het geven van onderwijs. Hij kan visualiseren en concretiseren. Hij kan optreden als mentor en evaluator.



### **2.3 Enkele specifieke taken in de finaliteitsfuncties**

De ergotherapeut bezit kennis over :

- de organisatie van gezondheids- en welzijnszorg
- sociale, technische, organisatorische, ruimtelijke, financiële en administratieve aspecten zoals: sociale wetgeving, personeelsbeleid, boekhouding, budget-beheer en begroting
- management

### **2.4 Onderscheid met aanverwante functies**

Wij verwijzen hiervoor naar de beslissing die moet genomen worden door de Nationale Raad voor Paramedische Beroepen. Maar uit al het voorgaande zal duidelijk zijn dat de essentie van het beroep Ergotherapie gelegen is in het begeleiden van mensen met fysieke, psychische en/of sociale dysfuncties met het oog op het bevorderen, terugwinnen en/of stand houden van het zo zelfstandig mogelijk functioneren in hun persoonlijke leef-, werk-, woon- en ontspannings-situatie, via concrete activiteiten en handelingen daaraan ontleend en rekening houdend met hun draagkracht en de draaglast vanuit hun omgeving.

### **2.5 Opvattingen over deze materie in andere landen**

Zie bijlage 1: Occupational Therapists EC Chart January 1992.

### **2.6 Legitimering door beroepsvereniging**

Zie bijlage 2: WFOT Recommended Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists.

### 3 BIBLIOGRAFIE

- KIELHOFNER, G.: A model of Human Occupation : Theory and Application.
- Baltimore, Williams & Wilkins, 1985.
- BOSSAERT, B.A.: Menselijk handelen. Systemisch behandelen.
- Brugge, 1989.
- HOPKINS, Helen & SMITH, Hellen. Willard & Spackmans: Occupational Therapie, 8th ed.,
- Philadelphia, Lippincott Company, 1993.
- HAGEDORN, Rosemary O.T: foundations for practice. Models, frames of reference and core skills.
- Edinburgh, Churchill Livingstone, 1990.
- CREEK, J.O. and Mental Health: principles, skills and practice.
- Edinburgh, Churchill Livingstone, 1990.
- MOSEY, A.C.: O.T. configuration of a profession.
- New York, Raven Press, 1986.
- MOSEY, A.C.: Psychosocial component of OT
- New York, Raven Press, 1986.
- REED, K.L. Models of Practice in OT.
- Baltimore, Williams & Wilkins, 1984.
- SANDERSON, S., REED, K.L. Concepts of OT.
- Baltimore, Williams & Wilkins, 1980.
- YOUNG, M., QUINN, E.: Theories and Practice of OT
- Edinburgh, Churchill Livingstone, 1991.
- PEDRETTI, L.O.T. practice skills for physical dysfunction, 2nd ed.
- St. Louis, CV Mosby, 1985.
- TROMBLEY, C.A. O.T for physical dysfunction, 2nd ed;
- Baltimore, Williams & Wilkins, 1983.
- BRUCE, M.A. & BORG, B.: Frames of references in psychiatric OT.
- New Jersey, Slack, 1987.
- WILSSON, M. OT in long-term psychiatry, 2nd ed.
- Edinburgh, Churchill Livingstone, 1987.
- WILSSON, M. OT in short term psychiatry, 2nd ed.
- Edinburgh, Churchill Livingstone, 1984.
- FINLEY, L. OT practice in psychiatry.
- London, Croom Helm, 1988.
- GERARD, B.A., BONIFACE, W.J., HOWE, B.H.. Interpersonal skills for health professionals.
- Virginia, Reston, 1980.
- HOWE, M.C., SHWARTZENBURG, S.L.: A functional approach to group work in OT.
- Philadelphia, Lippincott, 1986.
- BUMPHREY, E. OT in the community.
- Cambridge, Woodhead & Faulkener, 1987.
- TURNER, A.: The practice of OT, 2nd ed.
- Edinburgh, Churchill Livingstone, 1987.
- TURNER, A.: The principles, skills and practice of OT.
- Edinburgh, Churchill Livingstone, 1991.

## **4 MEDEWERKERS**

### **4.1 Samenstelling van de commissie**

#### **4.1.1 Voorzitter**

Dhr. Roland Derre  
Departement gezondheidszorg Vesalius Hogeschool Gent

#### **4.1.2 Leden**

- Pierre Seeuws *Voorzitter Vlaams Ergotherapeutenverbond*
- Linda De Vylder *Departement gezondheidszorg Hogeschool Antwerpen*
- Greet Knop *Katholieke sociale hogeschool en Parnas Dilbeek*
- Myriam Baetens *KHBO-Campus H.T.I. Brugge*
- Paul Himschoot *Provinciale hogeschool Limburg*
- Miepje Questier *Katholieke hogeschool voor gezondheidszorg Gent*
- Wilfried Van Handenhoven *Departement gezondheidszorg Vesalius Hogeschool Gent*
- Guido Willem *Hogeschool West-Vlaanderen*
- Bie Opdebeeck *Katholieke Hogeschool Kempen*

## BIJLAGE 1

Occupational Therapists EC Chart January 1992.

Een kopie van deze bijlage kan opgevraagd worden op de Vlaamse Onderwijsraad.

## BIJLAGE 2

WFOT Recommended Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists.

Een kopie van deze bijlage kan opgevraagd worden op de Vlaamse Onderwijsraad.

## **9.3 Bijlagen hoofdstuk 3**

### 9.3.1 Indeling van de sociale kaart

Indeling sociale kaart Oost-vlaanderen voorzien van een code voor de databank.

#### 1. Rubriek 1: Ziekenhuizen.

Categorieën:

- 1.1 Algemeen ziekenhuis.
- 1.2 Algemeen ziekenhuis met universitair karakter.
- 1.3 Categorieel ziekenhuis.
- 1.4 Universitair ziekenhuis.
- 1.5 Geriatrisch ziekenhuis.
- 1.6 Psychiatrisch ziekenhuis.

#### 2. Rubriek 2: Revalidatiecentra.

Categorieën:

- 2.1 Algemene revalidatiecentra.

#### 3. Rubriek 3: Ouderenzorg.

Categorieën:

- 3.1 Rusthuizen.
- 3.2 Serviceflats.
- 3.3 /
- 3.4 Palliatieve zorg.
- 3.5 Dagcentra voor bejaarden.

#### 4. Rubriek 4: Geestelijke gezondheidszorg.

Categorieën:

- 4.1 Beschut wonen.
- 4.2 Centrum voor functionele revalidatie.
- 4.3 Onthaal/observatie en oriëntatiecentrum.
- 4.4 Psychiatrisch ziekenhuis (zie 1.6)
- 4.5 Therapeutische gemeenschap.
- 4.6 Centra voor verslaving.
- 4.7 Transmurale psychiatrische zorg.
- 4.8 Psychiatrische thuiszorg.

#### 5. Rubriek 5: Gehandicaptenzorg.

Categorieën:

- 5.1 MPI – Internaat.
- 5.2 MPI - Semi-internaat.
- 5.3 Tehuis voor meerjarig gehandicapten.
- 5.4 Zelfstandig wonen voor fysiek gehandicapten.
- 5.5 Thuisbegeleidingsdienst.
- 5.6 Begeleid wonen.
- 5.7 Beschermd wonen.
- 5.8 Tewerkstelling gehandicapten.

## 6. Rubriek 6: Thuiszorg.

### Categorieën:

---

- 6.1 Thuisgezondheidszorg – SIT – OVOSIT.
- 6.2 Onafhankelijke thuiszorgverenigingen.
- 6.3 Solidariteit voor het gezin.
- 6.4 Thuisverpleging niet koepelgebonden.
- 6.5 Zelfstandig verpleegkundigen.
- 6.6 Thuisverpleegkundigen CM.
- 6.7 Thuisverzorging Socialistische mutualiteit.
- 6.8 Onafhankelijk ziekenfonds.
- 6.9 Wit-Gele kruis.
- 6.10 Dienstencentra.
- 6.11 Ergotherapie dienstverlening in de Thuiszorg (Edith)

## 7. Rubriek 7: Mutualiteiten.

### Categorieën:

---

- 7.1 Landsbonden.
- 7.2 Mutualiteiten regionaal – alle strekkingen.
- 7.3 Mutualiteit NMBS.
- 7.4 Onafhankelijk ziekenfonds.
- 7.5 Christelijke mutualiteit.
- 7.6 Vlaams Neutraal ziekenfonds.
- 7.7 Socialistische mutualiteit.

## 8. Rubriek 8: OCMW.

### Categorie:

---

- 8 OCMW Algemeen.

## 9. Rubriek 9: Jongeren.

### Categorieën:

---

- 9.1 Jeugdbijstand.
- 9.2 Hulpverlening voor jongeren.
- 9.3 Jeugdwerk. (nog niet opgenomen.)
- 9.4 Werkende en werkloze jongeren.
- 9.5 Beleidsorganisaties jongeren.



## 9.6 Crisiscentra/gesprekscentra/JIAC.

### 10. Rubriek 10: Materiële hulp.

#### Categorieën:

---

- 10.1 Rode kruis uitleendienst.
- 10.2 Andere uitleendiensten.
- 10.3 Woning- en wagenaanpassingen.
- 10.4 Vlaams Fonds

### 11. Rubriek 11: Onderwijs.

#### Categorieën:

---

- 11.1 Buitengewoon onderwijs.
- 11.2 Centrum voor leerproblemen.
- 11.3 Centrum voor leerlingenbegeleiding. (CLB)

### 12. Rubriek 12: Vrijwilligerswerk.

#### Categorie:

---

- 12 Vrijwilligerswerk.

### 13. Rubriek 13: Centrum voor algemeen welzijnswerk.

#### Categorie:

---

- 13 CAW

### 9.3.2 Sjabloon telefonische enquête



Ambulante ergotherapie in de thuiszorg: inventarisatie van de ergotherapie

Gegevens betreffende het onderzoekselement:

**«Naam»**

«Adres»

«Postcode» «Gemeente»

Code databank: «Code» «Code2» «Code3\_» «Code4» «Code5»

**Telefoon: «Telefoon»** Fax: «Fax»

E-mail: «Email»

Website: «Webstek»

Datum contactname:

1 <sup>e</sup> poging	2 <sup>e</sup> poging	3 <sup>e</sup> poging	4 <sup>e</sup> poging

*Bijkomende informatie i.v.m. contactname*

Eindresultaat contactname:

Goeddag, ik ben ... van het onderzoeksbureau COMpahs Arteveldehogeschool. Momenteel doen wij in opdracht van de provincie een onderzoek naar de ergotherapie in Oost-Vlaanderen.

Hiervoor zouden wij graag weten of er in uw instelling ergotherapeuten werkzaam zijn.

Bij wie kan ik met deze vraag terecht?

**(Na doorverbinding de inleiding herhalen)**

#### 4.1 Zijn er ergotherapeuten bij jullie werkzaam?

- Ja.
- Nee.

4.2 Hoeveel ergotherapeuten?

4.3 Hoeveel FTE?

**Tijdens het verdere verloop van het onderzoek zouden wij graag ook aan hen enkele vragen stellen. Kan u ons hun namen doorgeven? (Indien aarzeling: Wij verzekeren u dat deze informatie alleen in het kader van dit onderzoek zal gebruikt worden.)**

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	

Indien de namen niet onmiddellijk kunnen worden doorgegeven:

Fax: 09/269 91 92, met vermelding Onderzoek 'COMPahs' ambulante ergotherapie en het volgnummer van de databank:  «Volgnummer»  
 of via E-mail: [dominique.vandevelde@arteveldehs.be](mailto:dominique.vandevelde@arteveldehs.be).

### 9.3.3 Sjabloon schriftelijke enquête

--	--	--	--



## onderzoek naar de ergotherapie in oost-vlaanderen

#### **Een woordje uitleg:**

Met deze vragenlijst willen we nagaan hoe de ergotherapie in Oost-Vlaanderen is georganiseerd.

Lees de instructies en de vragen aandachtig.

U kan antwoorden door het corresponderende hokje aan te kruisen van de antwoordmogelijkheid die op u van toepassing is en/of uw antwoord op de stippellijn te noteren.

We willen benadrukken dat de antwoorden strikt vertrouwelijk worden behandeld en enkel voor dit onderzoek gebruikt worden. De individuele antwoorden worden anoniem verwerkt en in tabellen samengevoegd zodat er in de onderzoeksresultaten nooit individuele personen herkend kunnen worden.

Voor meer informatie in verband met dit onderzoek of deze vragenlijst kan u contact opnemen met [dominique.Vandeveldede@arteveldehs.be](mailto:dominique.Vandeveldede@arteveldehs.be) (tel: 09/269.91.91)

Alvast bedankt voor de bereidwillige medewerking!

#### **1. Wat is uw geslacht ?**

- <sub>1</sub> Man  
<sub>2</sub> Vrouw

#### **2. In welk jaar bent u geboren?**

..... (jaartal)

#### **3. In welke school bent u afgestudeerd als ergotherapeut?**

.....

**4. In welk jaar bent u afgestudeerd als ergotherapeut?**

..... (jaartal)

**5. Bent u lid van de beroepsvereniging (Vlaams Ergotherapeutenverbond)?**

<sub>1</sub> Ja

<sub>2</sub> Neen

**Samenwerking binnen en buiten de organisatie waarin je bent tewerkgesteld**

**6. Bent u als ergotherapeut actief binnen interne en/of externe overlegplatforms of werkgroepen die specifieke ergotherapeutische thema's behandelen?**

<sub>1</sub> Ja

<sub>2</sub> Neen

**7. Bent u als ergotherapeut actief binnen interne en/of externe overlegplatforms of werkgroepen die thema's uit de gezondheidszorg behandelen die de ergotherapie overstijgen?**

<sub>1</sub> Ja

<sub>2</sub> Neen

**Interne en externe bijscholing in functie van uw werk**

**8. Hoeveel uren interne en/of externe bijscholing in functie van uw werk volgde u de afgelopen 12 maanden?**

..... (noteer het aantal uur)

**9. Voldoet het huidige aanbod aan bijscholingsonderwerpen aan uw behoeften?**

<sub>1</sub> Ja

<sub>2</sub> Neen

**10. Over welke onderwerpen zou u graag meer bijscholingsactiviteiten georganiseerd zien?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**De volgende vragen gaan over uw laatste bijscholingsactiviteit**

**11. Wanneer heeft u uw laatste bijscholingsactiviteit gevolgd?**

..... (noteer de datum)

**12. Hoeveel uur duurde deze bijscholing in totaal?**

..... (noteer het aantal uur)

**13. Wat was het onderwerp van deze laatste bijscholing?**

- <sub>1</sub> Een specifieke ergotherapeutische bijscholing
- <sub>2</sub> Een andere bijscholing die de ergotherapie overstijgt maar die wel in functie is van de beroepsuitoefening

**14. Heeft u voor deze bijscholing van de organisator een certificaat mogen ontvangen?**

- <sub>1</sub> Ja
- <sub>2</sub> Neen

**Praktijkmodellen**

**15. Welke van de volgende praktijkmodellen kent u (meerdere antwoordcategorieën kunnen worden aangeduid)?**

- <sub>1</sub> 'Model of human occupation' van Reed en Sanderson
- <sub>2</sub> 'Model of human occupation' van Kielhofner
- <sub>3</sub> 'Canadian model of occupational performance'

**16. Gebruikt u zelf geheel of gedeeltelijk bepaalde praktijkmodellen?**

- <sub>1</sub> Ja
- <sub>2</sub> Neen ⇒ GA NAAR VRAAG 18

**17. Welke van de volgende praktijkmodellen gebruikt u geheel of gedeeltelijk zelf (meerdere antwoordcategorieën kunnen worden aangeduid)?**

- <sub>1</sub> 'Model of human occupation' van Reed en Sanderson
- <sub>2</sub> 'Model of human occupation' van Kielhofner
- <sub>3</sub> 'Canadian model of occupational performance'
- <sub>4</sub> Andere, ⇒ PRECISEER: .....

**Heel belangrijk: de volgende vragen gaan over uw werksituatie maar zijn alleen van toepassing op de instelling of organisatie waar u deze vragenlijst hebt ontvangen!**

**18. Bent u binnen deze instelling/organisatie fulltime tewerkgesteld of parttime?**

- <sub>1</sub> Fulltime
- <sub>2</sub> Parttime ⇒ NOTEER HOEVEEL %: .....

**19. Bent u binnen deze instelling/organisatie tewerkgesteld als ergotherapeut?**

- <sub>1</sub> Ja
- <sub>2</sub> Neen ⇒ OMSCHRIJF UW FUNCTIE: .....

**20. Bestaat er binnen deze instelling/organisatie een taakomschrijving voor de functie van ergotherapeut?**

- <sub>1</sub> Ja
- <sub>2</sub> Neen
- <sub>3</sub> Weet ik niet

**21. Heeft u binnen deze instelling/organisatie naast uw functie als ergotherapeut ook nog andere functies?**

- <sub>1</sub> Ja ⇒ WELKE: .....
- <sub>2</sub> Neen

**22. Met welke leeftijdsgroep wordt u voornamelijk geconfronteerd binnen deze instelling/organisatie (meerdere antwoordcategorieën kunnen aangeduid worden)?**

- <sub>1</sub> Baby's en peuters (0 – 2,5 jaar)
- <sub>2</sub> Kleuters (2,5 – 6 jaar)
- <sub>3</sub> Lagere school kinderen (6 – 12 jaar)
- <sub>4</sub> Middelbare school kinderen (12 – 18 jaar)
- <sub>5</sub> Jong volwassenen (18 – 30 jaar)
- <sub>6</sub> 30 – 64 jarigen
- <sub>7</sub> Bejaarden (65 jaar en ouder)

**23. Met welke problematiek wordt u voornamelijk geconfronteerd binnen deze instelling/organisatie (meerdere antwoordcategorieën kunnen aangeduid worden)?**

- <sub>1</sub> Sensorische
- <sub>2</sub> Motorische
- <sub>3</sub> Psychische
- <sub>4</sub> Cognitieve
- <sub>5</sub> Sociale

**24. Met welke van de volgende disciplines werkt u in het kader van uw taken samen (meerdere categorieën kunnen aangeduid worden)?**

- <sub>1</sub> Maatschappelijk werk(st)ers
- <sub>2</sub> Huisartsen
- <sub>3</sub> Specialisten
- <sub>4</sub> Kinesitherapeuten
- <sub>5</sub> Verpleegkundigen en verzorgenden
- <sub>6</sub> Psychologen
- <sub>7</sub> (ortho)pedagogen
- <sub>8</sub> Logopedisten
- <sub>9</sub> Diëtisten
- <sub>10</sub> Podologen
- <sub>11</sub> Pedicuren
- <sub>12</sub> Orthoptisten
- <sub>13</sub> Bandagisten
- <sub>14</sub> Rolstoelverstrekkers
- <sub>15</sub> Schoonmaak(st)ers
- <sub>16</sub> Medewerkers van een technische en/of klusjesdienst
- <sub>17</sub> Arbeidsconsulenten
- <sub>18</sub> Leerkrachten
- <sub>19</sub> Pastorale werkers, morele consulenten



### Andere beroepsactiviteiten

**25. Oefent u buiten uw tewerkstelling aan deze instelling/organisatie nog andere beroepsactiviteiten uit?**

- <sub>1</sub> Ja  
<sub>2</sub> Neen ⇒ GA NAAR VRAAG 29

**26. Werkt u in deze andere beroepsactiviteiten als ergotherapeut?**

- <sub>1</sub> Ja  
<sub>2</sub> Neen ⇒ GA NAAR VRAAG 29

**27. Hoeveel uur per week ben u gemiddeld bezig met deze andere beroepsactiviteiten?**

..... (noteer het aantal uur)

**28. Bent u voor deze andere beroepsactiviteiten zelfstandige of bent u verbonden aan een werkgever?**

- <sub>1</sub> Zelfstandige  
<sub>2</sub> Verbonden aan een werkgever ⇒ WELKE: .....

### Ergotherapie in de thuiszorg

**29. Bent u op één of andere manier werkzaam in de thuiszorg?**

- <sub>1</sub> Ja  
<sub>2</sub> Neen ⇒ GA NAAR VRAAG 60

**30. Bent u voor uw activiteiten in de thuiszorg verbonden aan een instelling?**

- <sub>1</sub> Ja  
<sub>2</sub> Neen

**31. Bent u lid van de vzw. EDiTh (Ergotherapie Dienstverlening Thuiszorg)?**

- <sub>1</sub> Ja  
<sub>2</sub> Neen

**32. Met welke van de volgende disciplines werkt u in het kader van uw activiteiten in de thuiszorg samen (meerdere categorieën kunnen aangeduid worden)?**

- <sub>1</sub> Maatschappelijk werk(st)ers
- <sub>2</sub> Huisartsen
- <sub>3</sub> Specialisten
- <sub>4</sub> Kinesitherapeuten
- <sub>5</sub> Verpleegkundigen en verzorgenden
- <sub>6</sub> Psychologen
- <sub>7</sub> (ortho)pedagogen
- <sub>8</sub> Logopedisten
- <sub>9</sub> Diëtisten
- <sub>10</sub> Podologen
- <sub>11</sub> Pedicuren
- <sub>12</sub> Orthoptisten
- <sub>13</sub> Bandagisten
- <sub>14</sub> Rolstoelverstrekkers
- <sub>15</sub> Schoonmaak(st)ers
- <sub>16</sub> Medewerkers van een technische en/of klusjesdienst
- <sub>17</sub> Arbeidsconsulenten
- <sub>18</sub> Leerkrachten
- <sub>19</sub> Pastorale werkers, morele consulenten

**33. Bent u, in het kader van uw activiteiten in de thuiszorg, verbonden aan een overlegplatform?**

- <sub>1</sub> Ja ⇒ WELK: .....
- <sub>2</sub> Neen ⇒ GA NAAR VRAAG 36

**34. Hoe vaak heeft u overleg binnen dergelijke platforms?**

- <sub>1</sub> Elke week
- <sub>2</sub> Minder dan één keer per week, maar minstens één keer per maand
- <sub>3</sub> Minder dan één keer per maand maar minstens één keer per jaar
- <sub>4</sub> Minder dan één keer per jaar

**35. Welke van de volgende taken vervult u binnen dergelijke platforms (meerdere categorieën kunnen aangeduid worden)?**

- <sub>1</sub> Een coördinerende taak
- <sub>2</sub> Een patiënt gerichte taak
- <sub>3</sub> Een taak in het kader van het profileren van het beroep

**36. Hoeveel cliënten heeft u in de thuiszorg de afgelopen 12 maanden geholpen?**

..... (noteer aantal)

**HEEL BELANGRIJK:** de volgende vragen gaan over uw laatste cliënt in de thuiszorg waarvan de behandeling reeds is afgerond. Denk goed na wie dit was!

**37. Hoe oud was de laatste cliënt waarvan de behandeling reeds is afgerond?**

..... (noteer de leeftijd, indien deze niet gekend is vermeld dan de leeftijd bij benadering)

**38. Wat was het geslacht van deze cliënt?**

- <sub>1</sub> Mannelijk
- <sub>2</sub> Vrouwelijk

**39. Wanneer heeft u deze cliënt voor het eerst behandeld?**

..... (noteer de datum, eventueel bij benadering)

**40. Wanneer heeft u deze cliënt voor het laatst behandeld?**

..... (noteer de datum, eventueel bij benadering)

**41. Hoeveel contacten had u in totaal met deze cliënt?**

..... (noteer aantal contacten)

**42. Hoeveel tijd heeft u in totaal besteed aan deze cliënt?**

..... (noteer aantal uur)

**43. Bent u bij deze cliënt minimum éénmaal aan huis geweest?**

- <sub>1</sub> Ja
- <sub>2</sub> Neen

**44. Omschrijf nauwkeurig de diagnose van deze cliënt?**

.....  
.....  
.....

**45. In welke categorie hoort de problematiek van deze cliënt thuis (meerdere categorieën kunnen aangeduid worden)?**

- <sub>1</sub> Sensorische
- <sub>2</sub> Motorische
- <sub>3</sub> Psychische
- <sub>4</sub> Cognitieve
- <sub>5</sub> Sociale

**46. Op welke manier is deze cliënt naar u toegekomen?**

- <sub>1</sub> Op eigen initiatief
- <sub>2</sub> Doorverwezen door de huisarts
- <sub>3</sub> Doorverwezen door een arts-specialist vanuit een ziekenhuis
- <sub>4</sub> Doorverwezen door een arts-specialist vanuit een verzekeringsinstelling
- <sub>5</sub> Doorverwezen door een andere discipline
- <sub>6</sub> Op een andere manier ⇒ PRECISEER: .....

**47. Heeft u een dossier opgemaakt voor deze cliënt?**

- <sub>1</sub> Ja
- <sub>2</sub> Neen

**48. Heeft u een anamnese afgenomen van deze cliënt?**

- <sub>1</sub> Ja
- <sub>2</sub> Neen

**49. Heeft u een status praesens opgemaakt voor deze cliënt?**

- <sub>1</sub> Ja
- <sub>2</sub> Neen

**50. Heeft u één of meerdere meetinstrumenten gebruikt bij deze cliënt?**

- <sub>1</sub> Ja
- <sub>2</sub> Neen ⇒ GA NAAR VRAAG 52

**51. Noteer welke meetinstrumenten u heeft gebruikt bij deze cliënt:**

.....

.....

.....

**52. Heeft u na afloop van de behandeling een evaluatie opgemaakt?**

- <sub>1</sub> Ja
- <sub>2</sub> Neen

**53. Heeft u bestaande standaarden, protocollen en/of methodieken gebruikt bij deze cliënt?**

- <sub>1</sub> Ja
- <sub>2</sub> Neen ⇒ GA NAAR VRAAG 55

**54. Noteer welke standaarden, protocollen en/of methodieken u heeft gebruikt bij deze cliënt:**

.....

.....

.....

.....

**55. Hield de behandeling van deze cliënt onder meer het trainen van functies en vaardigheden in?**

- <sub>1</sub> Neen
- <sub>1</sub> Ja ⇒ PRECISEER WELKE FUNCTIES EN VAARDIGHEDEN:

.....

.....

.....

**56. Hield de behandeling van deze cliënt onder meer adviesverlening in?**

- <sub>1</sub> Neen
- <sub>2</sub> Ja ⇒ PRECISEER WELKE ADVIESVERLENING:

.....

.....

.....

**57. Heeft u deze cliënt behandeld als zelfstandige, in loondienst of als onbezoldigde vrijwilliger?**

- <sub>1</sub> Als zelfstandige
- <sub>2</sub> In loondienst
- <sub>3</sub> Als onbezoldigde vrijwilliger ⇒ GA NAAR VRAAG 59

**58. Wie betaalde de prestaties van de ergotherapeut?**

- <sub>1</sub> De organisatie/instelling waarin je werkzaam bent
- <sub>2</sub> De cliënt zelf
- <sub>3</sub> Een privé-verzekering
- <sub>4</sub> De aanvullende verzekering via de mutualiteit van de cliënt
- <sub>5</sub> De Vlaamse zorgverzekering
- <sub>6</sub> Een vzw.
- <sub>7</sub> Weet ik niet
- <sub>8</sub> Andere ⇒ PRECISEER: .....

**Nog enkele algemene vragen**

**59. Wat is volgens u momenteel het belangrijkste knelpunt bij het behandelen van cliënten in de thuiszorg?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**60. Heeft u nog bedenkingen of suggesties over het thema van dit onderzoek?**

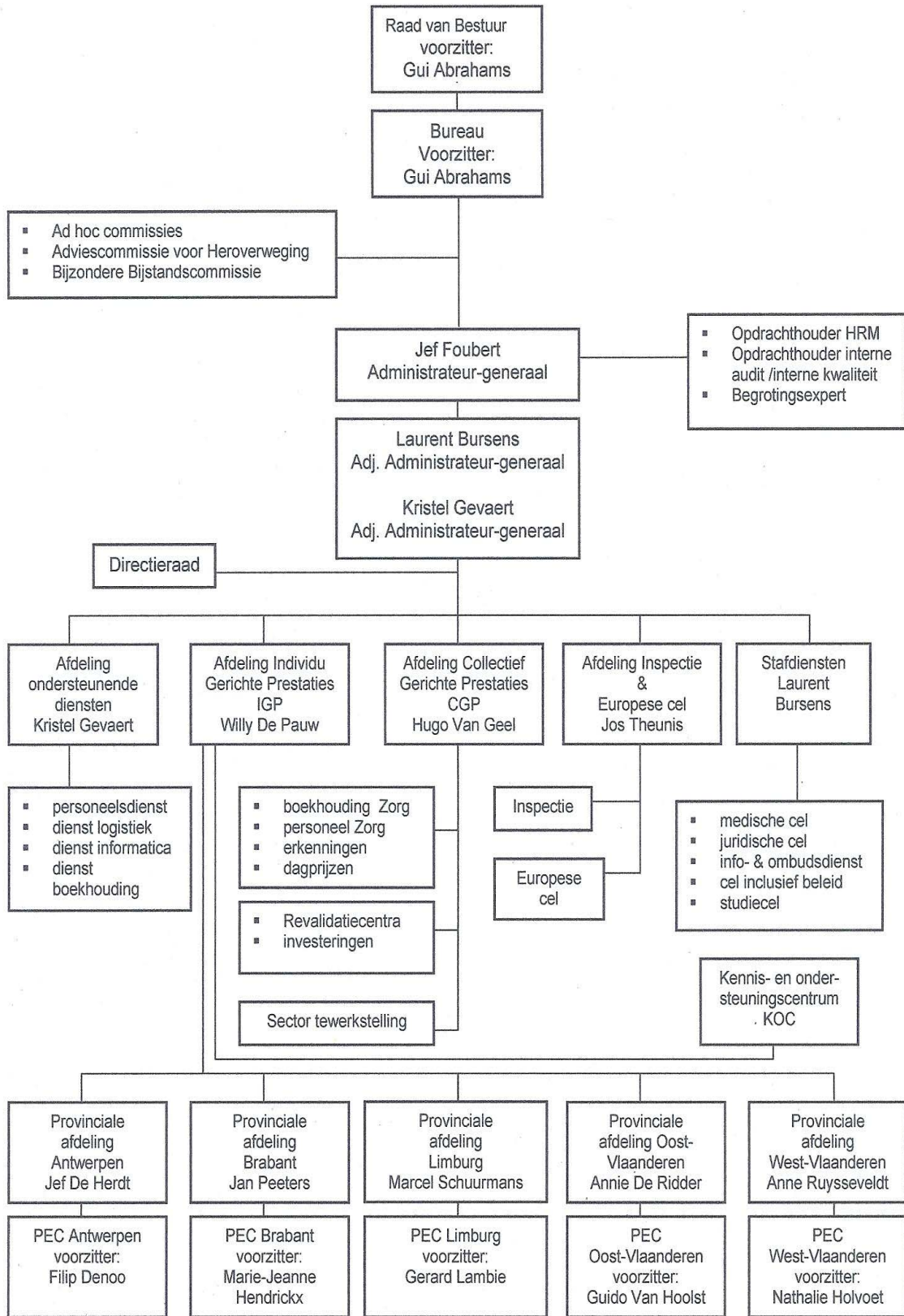
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Bedankt voor uw medewerking aan dit onderzoek!**

**Gelieve deze vragenlijst terug te sturen naar:**  
Arteveldehogeschool - Opleiding Ergotherapie  
T.a.v.: Dominique Van de Velde  
St. Lievenspoortstraat 143  
9000 Gent

## **9.4 Bijlagen hoofdstuk 4**

### 9.4.1 Organogram Vlaams Fonds





### **9.4.2      Standaard tekst telefonisch contact MDT's**

Telefonische standaardtekst voor de gegevensverzameling van alle MST's in Oost-Vlaanderen.

1. Wie is de verantwoordelijke van het MDT?
  - a. Wat is zijn/haar beroepsopleiding?
2. Welke multidisciplinaire samenstelling heeft het MDT?
  - a. Wat zijn de namen van deze personen?
  - b. Wat is de beroepsopleiding van de verschillende leden?
3. Wordt er een ergotherapeut betrokken bij het ompeken van dossiers IMB?

### 9.4.3 Brief aan de MDT's



Gent, 30 april 2004

Geachte heer, mevrouw,  
Geachte coördinator van een multidisciplinair team,

Het provinciebestuur Oost-Vlaanderen heeft aan de Arteveldehogeschool de opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren naar de mogelijke rol van ergotherapeuten in de thuiszorg.

Dit onderzoek is gestart in het voorjaar van 2003 en wordt verder gezet in 2004. Deze opdracht wordt gecoördineerd door het Centrum voor Onderzoek, Maatschappelijke dienstverlening en Professionele ontwikkeling van de Arteveldehogeschool of, afgekort, COMPahs.

Eén van de onderwerpen die de opdrachtgever wenst onderzocht te zien, is de rol van de ergotherapeut bij het advies rond materiële bijstand en woningaanpassing (IMB) met betrekking tot dossiers Vlaams Fonds. Dit onderzoeksluik zal binnenkort concreet uitgevoerd worden.

Uit een vooronderzoek, waartoe tevens informatie is ingewonnen bij de heer De Pauw, hoofd van de afdeling Individu Gerichte Prestaties van het VFSIPH, is gebleken dat het betrekken van de multidisciplinaire teams (MDT's) cruciaal is bij dit onderzoek. Daarom worden via deze brief alle MDT's uit Oost-Vlaanderen aangeschreven vanuit de Arteveldehogeschool, en mede namens het VFSIPH.

Het onderzoeksteam wil bestuderen hoe de samenwerking tussen de verschillende disciplines loopt met betrekking tot de IMB-dossiers en vooral op welke manier en wanneer de ergotherapeut hierbij betrokken wordt. Hierbij zal informatie ingewonnen worden bij personen verbonden aan sommige MDT's.

Mogelijks zal dus met u contact opgenomen worden om te vragen of uzelf of een medewerker uit uw MDT wil meewerken aan :

- een individueel interview
- focusgroepgesprekken, waartoe we groepen willen samenstellen over alle MDT's van Oost-Vlaanderen heen, één vorm bestaande uit alle betrokken disciplines en een andere samengesteld uit ergotherapeuten, betrokken bij de IMB-dienstverlening.

Indien u meer informatie wenst over het onderzoek, aarzel dan niet u te wenden tot mevrouw Patricia De Vriendt ([patricia.devriendt@arteveldehs.be](mailto:patricia.devriendt@arteveldehs.be), tel 09/269 91 91), inhoudelijk coördinator van het onderzoek.

Wij hopen op uw medewerking te kunnen rekenen en danken u reeds bij voorbaat.

Hoogachtend,

Patricia De Vriendt  
Inhoudelijk projectcoördinator  
Prestaties  
Arteveldehogeschool  
St.-Lievenspoortstr 143, 9000 Gent  
Brussel  
Tel 09/269 91 91

Willy De Pauw  
Afdelingshoofd Individu Gerichte  
VFSIPH  
Sterrenkundelaan 30, 1210  
Tel 02/225 84 11

#### 9.4.4 Geïnfomeerde toestemming



##### **Geïnfomeerde toestemming coördinatoren en leden van de MDT's**

Ik, ..... (naam), ben bereid om mijn medewerking te verlenen aan Compash – Arteveldehogeschool Gent door een interview/groepsinterview toe te staan voor het onderzoek over de samenwerking tussen de verschillende betrokken disciplines – en specifiek de samenwerking met de ergotherapeut - van de MDT's van het Vlaams Fonds in het kader van de IMB.

Ik ben ervan op de hoogte dat:

- de gegevens, die ge-audio-taped worden, discreet verwerkt zullen worden en niet aan derden getoond worden;
- de onderzoeksresultaten geen identificatiegegevens zullen bevatten;
- de verkregen informatie enkel gebruikt wordt in functie van het onderzoek;
- ik vooraf door de onderzoeker op de hoogte gebracht ben van de doeleinden van het onderzoek en vragen kan stellen over het onderzoek aan de onderzoeker;
- ik uit vrije wil deelneem aan het onderzoek en ik op elk moment mijn deelname kan stopzetten door dit aan de onderzoeker te melden.

Gelezen en goedgekeurd op ..... (datum),

(handtekening)

## 9.4.5 Interviewgids individuele interviews

### Explicitering van dit onderzoeksluik

De doelstelling van de thuiszorg is individuen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Belangrijke begrippen in dezer zijn autonomie en kwaliteit van leven. De vraagstelling die we in dit onderzoeksluik nemen is de volgende: wat kan de rol zijn van ergotherapeuten bij het bereiken van deze doelstelling.

In dit onderzoeksluik bekijken we de situatie binnen het Vlaams Fonds en meer bepaald: we willen een beschrijving geven van de praktijk van de thuiszorg via de 'Multidisciplinaire teams' (MDT's) met bijzondere aandacht voor de rol die ergotherapeuten kunnen, willen en mogen spelen.

Vanuit de praktijkervaring weten we dat ergotherapeuten een grotere rol kunnen en willen spelen in deze dossiers dan dat ze tot nu toe kunnen en (wettelijk) mogen spelen. Oorzaken van deze discrepantie zijn het wettelijk kader dat geen ergotherapie vermeldt, maar vermoedelijk ook de onbekendheid van ergotherapie bij andere disciplines in de MDT's.

### Focus van dit deelonderzoek

Het deelonderzoek 'Ambulante Ergotherapie en het Vlaams Fonds' betreft daarom (cfr. supra) de samenwerking tussen hulpverleners in het kader van het Vlaams Fonds en meer specifiek hoe de ergotherapeut samenwerkt met de andere hulpverleners in het kader van de 'Individuele materiële bijstand' (vanaf nu in dit rapport IMB genoemd) binnen de MDT's. We zullen onder meer nagaan welke factoren een structurele en systematische samenwerking tussen de hulpverleners bevorderen of belemmeren, specifiek met betrekking tot de ergotherapeut.

### Het is een praktijkgericht onderzoek.

Dit onderzoek is bedoeld om inzicht te krijgen in samenwerkingsprocessen tussen de hulpverleners. Op basis van dit inzicht kunnen we aanbevelingen doen die de samenwerking kunnen verbeteren, zodanig dat dit de kwaliteit van de zorg voor de cliënten van het Vlaams Fonds ten goede komt. De doorstroming van de onderzoeksresultaten naar de praktijk is te verwachten, aangezien het Vlaams Fonds en de provincie Oost-Vlaanderen dit onderzoek ondersteunen. We hopen dat de onderzoeksresultaten door hen zullen aangewend worden bij het implementeren van de voorstellen ter verbetering van de samenwerking.

Uit verkennende gesprekken met ervaringsdeskundigen (bedoeld wordt hier deze ergotherapeuten die ervaring hebben in dit werkveld) veronderstellen we dat volgende factoren de samenwerking (kunnen) beïnvloeden:

- attitide tegenover samenwerking
  - bekendheid met de verschillende disciplines binnen het Vlaams Fonds
  - visie op de rolhoud van iedere discipline
  - vorming met betrekking op de interdisciplinaire samenwerking
- organisatie van de praktijk
  - beschikbare tijd
  - bereikbaarheid van de verschillende disciplines
  - financiële factoren
  - aard van de problematiek van de cliënten
  - type MDT

### Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen betreffen dus:

- (1) De samenwerking tussen de verschillende hulpverleners
  - aanleiding voor samenwerking

- keuze voor de ergotherapeut
  - aard en intensiteit van de samenwerking
  - knelpunten in de samenwerking
- (3) De factoren die die samenwerking beïnvloeden
- visie op ieders rol en taken
  - praktische factoren zoals beschikbare tijd voor samenwerking en bereikbaarheid van ergotherapeuten
  - financiële factoren
  - kenmerken van de basisopleiding en bijkomende vorming van de verschillende disciplines
  - houding van de cliënt en mantelzorger
- (4) Hoe staan de verschillende hulpverleners ten opzichte van het gebruik van richtlijnen (de uniforme methodologie van het KOC)?

### **Opzet**

De verantwoordelijken kregen eerst een brief om het onderzoek voor te stellen; deze brief wordt mede ondertekend door de heer De Pauw (directeur Individueel Gerichte Prestaties – IGP) en Patricia De Vriendt, deze zouden ze in de week van 24/05/04 moeten ontvangen hebben. Vervolgens werd/wordt telefonisch contact opgenomen en een afspraak gemaakt voor een individueel interview met de coördinatoren van het MDT. Deze interviews hebben plaats in de maand mei, juni 2004. Later (juni 2004) volgt nog een focusgroep met verschillende disciplines betrokken bij de MDT's en een focusgroep met ergotherapeuten betrokken bij de MDT's.

### **Introductie**

De interviewer stelt kort zichzelf en het onderzoek voor. Grasduin naar hartelust in bovenstaande tekst.

De interviewer vraagt of het gesprek mag ge-audio-taped worden, benadrukt de anonimiteit van de verwerking van de resultaten en laat de geïnterviewde een formulier 'informed consent' ondertekenen.

### **Inleidende vraag**

Wij willen het in dit interview hebben rond dossiers IMB en de samenwerking daarrond met verschillende disciplines en eventueel de ergotherapeut, maar kunt u misschien eerst iets vertellen wat dit MDT specifiek maakt?

### **Topiclijst**

Deze lijst hoeft niet in deze volgorde gevolgd te worden. Het is immers een semi - gestructureerd interview.

### **Algemeen**

Welke problematieken krijgt men in het MDT? Cfr. ICD-10 codes?

Welke leeftijd hebben de cliënten van het MDT?

Hoeveel dossiers IMB heeft een MDT tijdens een bepaalde tijdsperiode, bv tijdens het voorbije jaar, 2003?

En welk soort dossiers? Welke hulpvragen?

### **Dossiers IMB**

'Als er een vraag van een cliënt binnenkomt mbt IMB, hoe pakt u dit dan aan ...?':

Hoe wordt een dossier opgestart?

Hoeveel tijd wordt aan een dossier besteed?

Hoe wordt een dossier afgewerkt en wanneer is een dossier afgewerkt?

Wordt een dossier geëvalueerd en hoe?

Is er een follow-up voorzien?

**De verschillende disciplines: kort in functie van vorig topic, het proces van de dossiers, komt immers nog terug in de focusgroep!**

Wat is de rol van de arts in het MDT?

Wat is de rol van de maatschappelijk werker/coördinator van het MDT?

Wat is de rol van de andere disciplines?

Wat verwacht men van de verschillende disciplines?

**Doorverwijzing naar ergotherapeut**

Gebeurt er (soms) een doorverwijzing naar een ergotherapeut?

Hoe vindt men dan die ergotherapeut? (cfr. vier manieren)

Wie? Door welke hulpverlener wordt de ergotherapeut ingeroepen?

Hoe verloopt die doorverwijzing?

Wanneer is een doorverwijzing nodig? Zijn er criteria om te beslissen dat er doorverwezen moet worden?

Wat doet de ergotherapeut? Hoeveel tijd heeft die er voor nodig?

Verwijzen sommigen meer door dan andere?

Wat zijn de mogelijkheden van een ergotherapeut? Bependingen?

Zijn er belemmeringen tav de inzet van de ergotherapeut?

**Na de doorverwijzing:**

Wat gebeurt er na de doorverwijzing: feedback aan de ergotherapeut?

Volgt de ergotherapeut het dossier op? Follow-up?

Blijft er verdere samenwerking?

Hoe ziet die samenwerking er dan uit?

Zijn er knelpunten in de samenwerking?

Zijn er negatieve/positieve ervaringen geweest in de samenwerking?

Hoe ziet de ideale samenwerking er uit?

## 9.4.6 Interviewgids focusgroep interviews

Betreffende de rol van de verschillende disciplines:

1. Wat is de rol van de arts in het MDT?
2. Wat is de rol van de maatschappelijk assistent/verantwoordelijke van het MDT?
3. Wat is de rol van de andere disciplines?
4. Zien de hulpverleners met wie wordt samengewerkt (of niet) die rol op dezelfde manier? Zijn er hierrond misvattingen?
5. Wat verwacht men van elkaar?
6. Krijgen de hulpverleners voldoende informatie over de taak van de verschillende disciplines tijdens hun opleiding?

Betreffende de doorverwijzing naar de et:

1. Wat doet de ergotherapeut? Hoeveel tijd heeft die er voor nodig?
2. Verwijzen sommigen meer door dan andere?
3. Wat zijn de mogelijkheden van een ergotherapeut? Beperkingen?
4. Zijn er belemmeringen tav de inzet van de ergotherapeut?
5. Komen cliënten soms zonder doorverwijzing bij de ergotherapeut terecht?

Na de doorverwijzing:

1. Wat gebeurt er na de doorverwijzing: feedback aan de ergotherapeut?
2. Volgt de ergotherapeut het dossier op? Follow-up?
3. Blijft er verdere samenwerking?
4. Hoe ziet die samenwerking er dan uit?
5. Zijn er knelpunten in de samenwerking?
6. Zijn er negatieve/positieve ervaringen geweest in de samenwerking?
7. Hoe ziet de ideale samenwerking er uit?



## 9.4.7 Voorbereiding focusgroep interviews

De mensen krijgen een naamkaartje en worden ontvangen met een drankje en gevraagd plaats te nemen terwijl ze een onkostennota invullen. (verplaatsing en parking)

Vorbereiding:

1. informele verwelkoming (zie hoger)

2. formele verwelkoming:

“ wij zijn blij u te mogen verwelkomen op dit gesprek, dat u voor ons tijd gemaakt hebt om mee te werken aan het onderzoek van de provincie Oost-Vlaanderen en het deel rond de dossiers IMB en de multidisciplinaire teams of MTD's. Aan dit gesprek is reeds een interview voorafgegaan met de coördinatoren van verschillende MDT's uit verschillende sectoren.

Het spreekt vanzelf dat we jullie de resultaten rond dit deel van het onderzoek kunnen aanbieden.”

3. enkele praktische zaken:

onkostenformulieren invullen

dit gesprek zal opgenomen worden en u hebt daarbij uw toestemming gegeven? Via invullen formulier 'informed consent'?

GSM

4. Voorstelling:

Wij hebben er voor gekozen om in dit deel van het onderzoek zelf geen inhoudelijke inbreng te doen: het gaat vooral om jullie mening.

Dominique heeft de rol van technicus op zich genomen zodat we alles van dit gesprek duidelijk kunnen horen

Patricia zal mij ondersteunen indien ik voorbijga aan een thema of een persoon (misschien zie je haar wel iets fluisteren of papiertje geven)

Ikzelf zal proberen het gesprek in goede banen te leiden en proberen dat iedereen voldoende aan bod kan komen.

Van jullie verwacht ik dat je heel kort jezelf voorstelt, je naam kennen we via het bordje, maar wil je ook nog eens jouw functie in het multidisciplinaire team wat betreft dossiers Individuele Materiele bijstand vermelden?

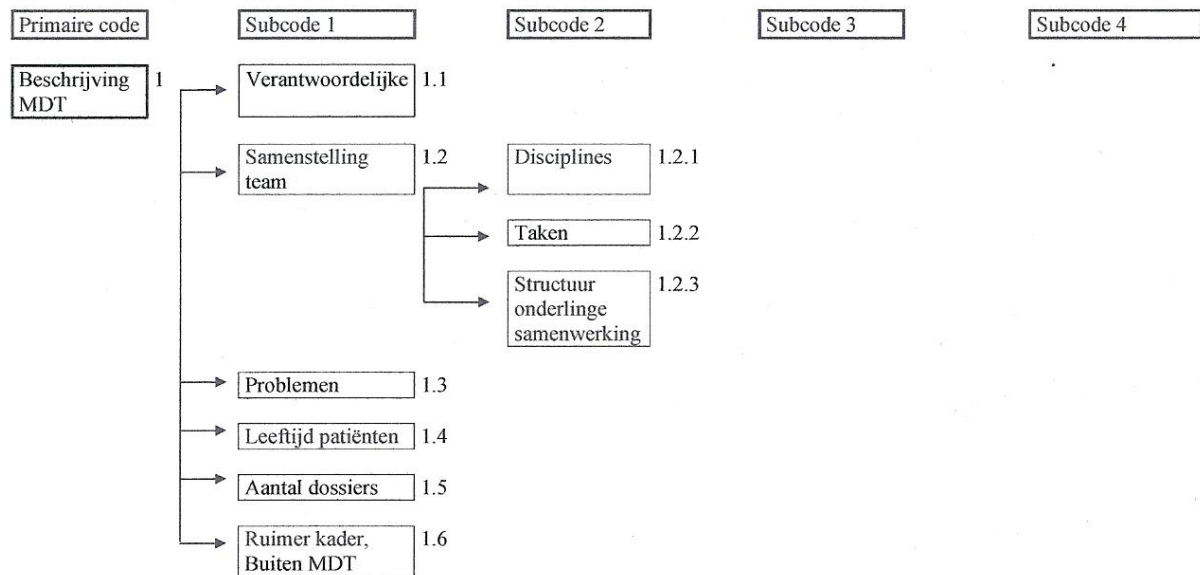
5. Besluit:

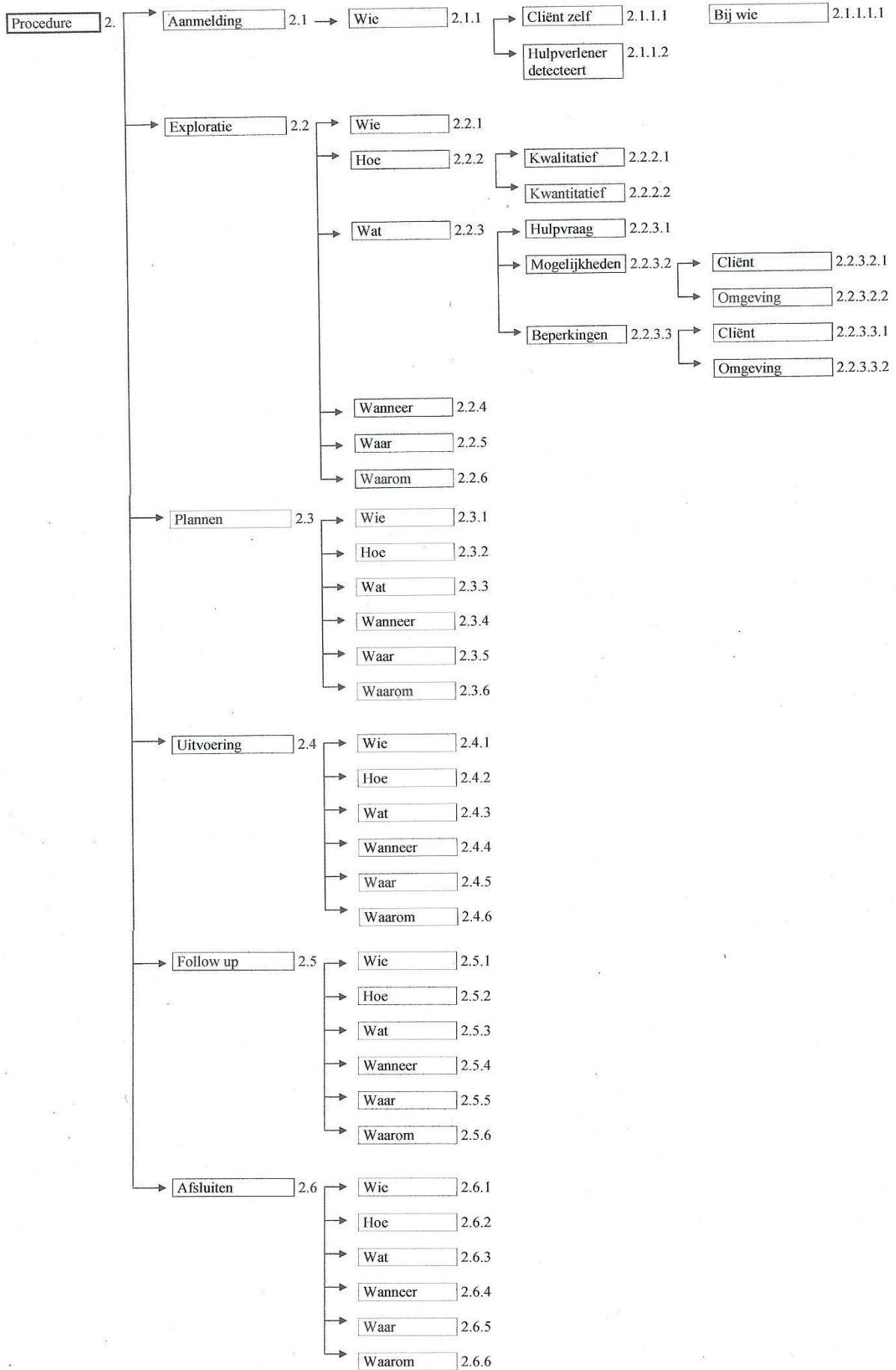
Bedanken voor de inhoudelijke bijdrage aan dit onderzoek

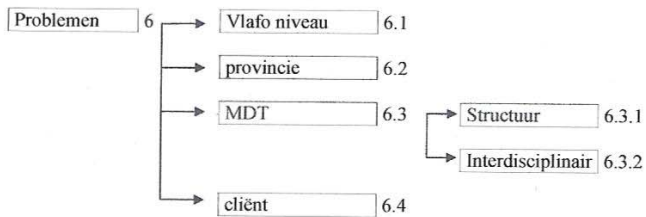
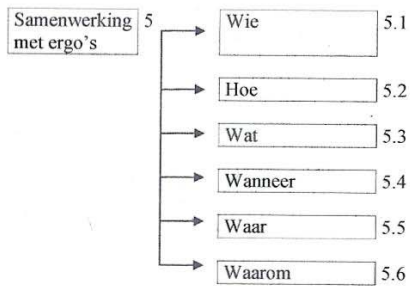
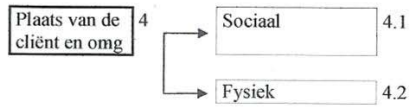
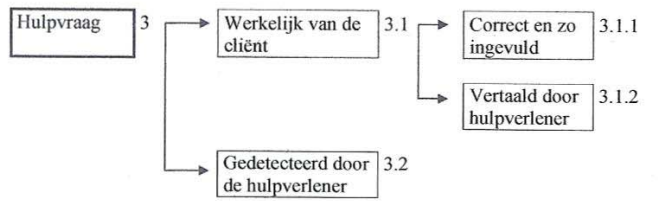
Bedanken voor de moeite om tot hier te komen

Bedanken voor de tijd die werd vrijgemaakt.

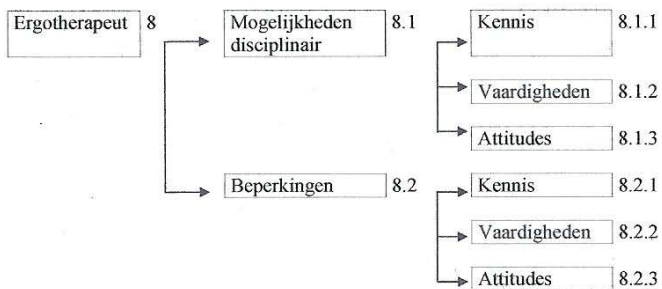
## 9.4.8 Boomstructuur coderingsschema







Gesuggereerde oplossingen 7



## **9.5 Bijlagen hoofdstuk 5**

## 9.5.1 Uitnodiging tot deelname aan het onderzoek

Goeiedag,

U spreekt met ... [naam] van [naam organisatie].

Wij zijn gecontacteerd door mensen van de Arteveldehogeschool. Zij doen momenteel een onderzoek waarbij ze willen nagaan hoe ze de thuisverzorging van oudere mensen kunnen verbeteren.

Voor dit onderzoek zijn ze op zoek naar mensen zoals u. Voor hen is het heel belangrijk dat zoveel mogelijk mensen willen meedoen. Zal ik kort uitleggen wat dit onderzoek precies inhoudt? [Indien Neen, vraag naar de reden van niet deelname en noteer deze!].

Het onderzoek gebeurt in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen. Als u meedoet aan dit onderzoek dan zal er twee keer iemand bij u thuis langskomen om u een aantal vragen te stellen. Dit gesprek zal telkens ongeveer 30 minuten duren. U bepaalt zelf de dag en het uur van deze gesprekken.

Daarnaast is het ook mogelijk dat er een ergotherapeut bij u thuis zal langs komen. Dit is iemand die samen met u zal kijken in welke mate u problemen ondervindt om u in het dagelijks leven zelfstandig te redden... problemen met wassen, aankleden, eten, u verplaatsen in huis, enz. Hierbij zal de ergotherapeut trachten te weten komen wat u graag zelf nog zou doen. Vervolgens zal de ergotherapeut samen met u een oplossing zoeken zodat u die dingen die u graag nog zou willen doen, misschien opnieuw kan uitvoeren.

Belangrijk om weten is ook dat er u niets zal worden opgedrongen! U hebt steeds de vrije keuze om te beslissen wat er zal gebeuren.

We willen wel nog eens benadrukken dat het belangrijk is dat mensen zoals u willen meedoen aan dit onderzoek.

U hoeft nu nog niet te beslissen. U kan daar nog eens goed over nadenken.

Indien u het goedvindt dan sturen wij u wel al een brief op met wat uitleg over dit onderzoek en dan bellen we u over enkele dagen nog eens terug. Zo kan u er nog eens rustig over nadenken.

Is het goed dat wij u meer uitleg opsturen over dit onderzoek?

[Indien ja: sluit af]: U zal onze brief binnenkort ontvangen en we danken u alvast hartelijk voor uw tijd.

[Indien neen]: Wij hebben alle begrip voor uw beslissing. Maar mogen wij toch de reden kennen waarom u liever niet wil meedoen aan dit onderzoek? [Noteer de reden van niet deelname!]

## **9.5.2 Brief aan de client**

Geachte heer/mevrouw,

Momenteel doen wij in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen een onderzoek waarbij we willen te weten komen in welke mate een ergotherapeut er eventueel voor kan zorgen dat ouderen hun activiteiten zonder veel hulp van anderen kunnen blijven uitvoeren. Voor dit onderzoek zouden wij graag een beroep doen op u.

### **Wat gebeurt er als u meedoet aan dit onderzoek?**

Als u meedoet aan dit onderzoek dan zal er twee keer iemand bij u thuis langskomen om u een aantal vragen te stellen. Dit gesprek zal telkens ongeveer 30 minuten duren. U bepaalt zelf de dag en het uur van deze gesprekken.

Daarnaast is het ook mogelijk dat u een ergotherapeutische behandeling zal krijgen. Dit betekent dat er een ergotherapeut bij u thuis zal langs komen. Dit is iemand die samen met u zal kijken in welke mate u problemen ondervindt om u in het dagelijks leven zelfstandig te redden... problemen met wassen, aankleden, eten, u verplaatsen in huis, enz. Hierbij zal de ergotherapeut trachten te weten komen wat u graag zelf nog zou doen. Vervolgens zal de ergotherapeut samen met u een oplossing zoeken zodat u die dingen die u graag nog zou willen doen, misschien opnieuw kan uitvoeren. Belangrijk om weten is ook dat er u niets zal worden opgedrongen! U hebt steeds de vrije keuze om te beslissen wat er zal gebeuren.

### **Ben u verplicht om de hele tijd mee te doen?**

Neen, u kan elk moment uw medewerking stopzetten.

### **Hoe wordt bepaald of er een ergotherapeut bij u zal langskomen?**

Dit wordt volledig door het toeval bepaald. Bij de helft van de deelnemers aan het onderzoek zal een ergotherapeut langskomen, bij de andere helft niet.

### **Door wie worden deze ergotherapeuten gestuurd?**

De ergotherapeuten zijn gestuurd door het onderzoeksteam van de Arteveldehogeschool en zij werken heel nauw samen met hier komt de naam van de organisatie waar de respondent cliënt is.

### **Hoe kan u meedoen aan dit onderzoek?**

Binnenkort wordt u opnieuw gecontacteerd door naam van de organisatie met de vraag of u wil meedoen. Als u beslist mee te doen dan zal één van de medewerkers van het onderzoek telefonisch contact opnemen om een afspraak te maken voor het eerste gesprek. Tijdens dit eerste gesprek kan u dan het toestemmingsformulier overhandigen.

### **Waar kan u terecht als u nog vragen heeft?**

Heeft u nog vragen over het onderzoek dan kan u telefoneren naar Patricia De Vriendt van de Arteveldehogeschool op het nummer xxxx/xxxxxxxxxx of naar de verantwoordelijke van de dienst naam van de organisatie

In bijlage vindt u een brief voor uw huisarts. U kan er eventueel ook met hem over spreken.

Wij hopen dat u wil meedoen aan dit onderzoek!

Hoogachtend,

Patricia De Vriendt, Arteveldehogeschool  
Xx van naam van de organisatie



### 9.5.3 Brief aan de huisarts

Geachte heer/mevrouw,

Betreft: deelname van uw patiënt aan het onderzoek naar het effect van een ergotherapeutische interventie.

Met dit schrijven willen wij u meedelen dat uw patiënt deel uitmaakt van de steekproef van hoger vermelde RCT. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een onderzoeksteam van de Arteveldehogeschool en gebeurt in opdracht van de Provincie Oost-Vlaanderen.

Uw patiënt werd geselecteerd via .... naam organisatie invullen.

Het onderzoek houdt in dat er een voor- en nameting zal gebeuren bij uw patiënt. Deze voor- en nameting bestaat uit een kort mondeling interview van uw patiënt met onder meer vragen over basale ADL.

Indien uw patiënt behoort tot de experimentele groep zal er bij haar/hem ook een ergotherapeutische interventie plaatsvinden.

Heeft u nog vragen dan kan u gerust contact opnemen met: Patricia De Vriendt, inhoudelijk coördinator van het onderzoeksproject Ambulante Ergotherapie, op het nummer xxxx/xxxxxxxxxx.

Hoogachtend,

Patricia De Vriendt

## 9.5.4 Geïnformeerde toestemming

### **COMPahs**

**Onderzoek naar ambulante ergotherapie in de thuiszorg,  
regio Oost-Vlaanderen**

### *Onderzoek naar het effect van ergotherapeutische interventie*

#### **Toestemmingsformulier tot deelname aan het onderzoek**

Ik.....(naam) verklaar hierbij op de hoogte te zijn van de inhoud en de methode van het onderzoek.

Ik zal twee keer de vragen van een interviewer beantwoorden. Indien ik tot de proefgroep behoor zal ik me laten behandelen/adviseren door een ergotherapeut.

Ik ben ervan op de hoogte dat ik geen therapeutisch voordeel zal hebben door deelname aan de studie.

Ik werk volledig vrijwillig mee aan het onderzoek en ik kan elk moment mijn medewerking aan het onderzoek stopzetten.

Handtekening:

Datum:

## 9.5.5      **Standaarddossier ergotherapeutische interventie**



arteveldehogeschool  
CAMPUS SINT LIEVENSPORT  
SINT LIEVENSPORTSTRAAT 143  
9000 GENT  
TEL. : 09 269 91 91

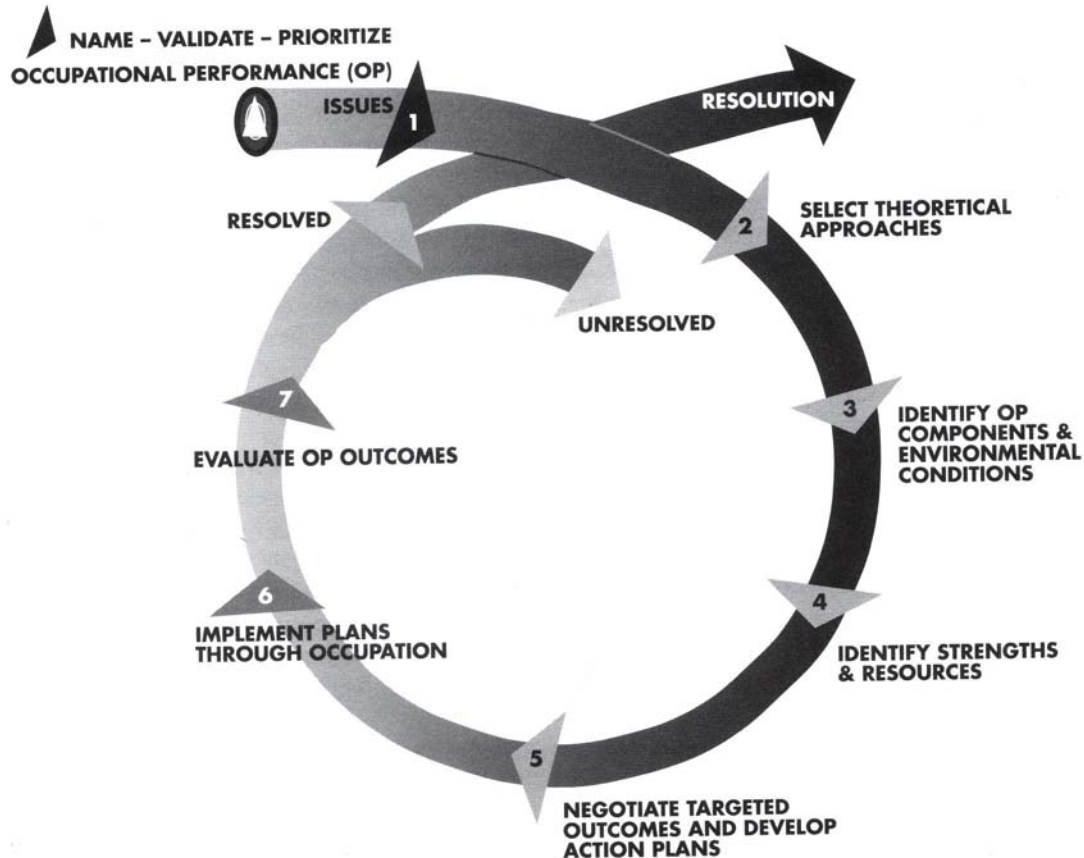
COMPAHS

Centrum voor Onderzoek, Maatschappelijke dienstverlening  
en Professionele ontwikkeling Arteveldehogeschool

[www.arteveldehs.be](http://www.arteveldehs.be)

Dossier: ergotherapie in de thuiszorg.
--

## B. Ergotherapeutisch protocol.



**Vul op de volgende bladzijden bij elke fase de datum in waarop je deze stap hebt uitgevoerd, gevolgd door de geïnvesteerde tijdsduur.**

**Als alle gegevens ingevuld zijn, bezorg je dit document terug aan Patricia De Vriendt in bijgevoegde omslag.**

**Fase 1. benoemen, valideren en profileren van de problemen in het handelen**

Datum :

Duur:

**Interview** betreffende de zelfzorg, met inbegrip van de verschillende items van de BEL-foto.

Ga ter voorbereiding de gegevens van de Belfoto na.

- wassen
- kleden
- verplaatsen
- toiletbezoek
- incontinentie
- eten.

Om de problemen met betrekking tot zelfzorg te identificeren dien je de cliënt te interviewen op een **semi-gestructureerde manier**.

**Stap 1: Probleemidentificatie:** vraag hierbij de cliënt om dagelijkse activiteiten (die problemen opleveren) te identificeren die hij of zij nog wil/moet uitvoeren of verwacht wordt van deze nog uit te voeren. Doe dit op een zeer open manier door de cliënt te laten vertellen over zijn of haar dagverloop. Noteer in kernwoorden de problemen die de cliënt identificeert op onderstaand invulformulier.

---

1. Zelfzorg .....  
(wassen, kleden, toiletbezoek, .....  
eten, incontinentie) .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

2. Functionele mobiliteit .....  
(verplaatsen) .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

**Stap 2: Bepaling van de belangrijkheid:** vraag aan de cliënt welke van deze activiteiten belangrijk zijn, en niet de voldoening geven die hij of zij zou willen. Noteer in de onderstaande vakjes de problemen die de cliënt aangeeft.

**Stap 3: Prioriteitsbepaling:** Bepaal samen met de cliënt aan welke problemen er eerst zal gewerkt worden.  
Let wel: enkel de problemen met betrekking tot zelfzorg en functionele mobiliteit worden in dit onderzoek behandeld, problemen met betrekking tot ander activiteiten worden genoteerd, en eventueel doorverwezen.

	activiteit	prioriteit
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Activiteiten waar in het kader van dit onderzoek niet kan op gewerkt worden: noteer of je al dan niet hebt doorverwezen: naar wie (discipline) of naar wat (instantie) is doorverwezen.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Fase 1 is:*

**Afgewerkt** Datum:

**Niet afgewerkt** Datum:

*Reden:*.....  
.....  
.....  
.....

**Fase 2. Selecteren van theoretische basis.**

Datum :  Duur:

De aangebrachte problemen worden door de ergotherapeut geanalyseerd en een theoretische basis voor de behandeling wordt bepaald.

Het selecteren van een theoretische basis kan berusten op verschillende manieren. We baseren ons voor deze omschrijving van *evidence based practice (EBP)* op de indeling van Kielhofner (2004)

Duid aan in onderstaand lijstje hoe je het theoretisch kader hebt bepaald om de behandeling uit te voeren.

**Via eigen ervaring:** hiermee wordt bedoeld dat je als ergotherapeut een expertise hebt opgebouwd door ervaring met dergelijke problematiek en/of dergelijke theorieën. Je weet ook uit ervaring dat deze aanpak werkt.

**Via expert ervaring:** hiermee wordt bedoeld dat je het theoretisch kader baseert op expertise van anderen, bijvoorbeeld via intercollegiale toetsing, via overleg interdisciplinair, of dat je je baseert op een aantal gangbare theorieën die je aanneemt

als zijnde klinisch bruikbaar, zonder dat je echter weet of deze theorie valide en/of betrouwbaar is.

**Via bewijs op basis van onderzoek:** hiermee wordt bedoeld dat het theoretisch kader dat je gebruikt reeds aan wetenschappelijk onderzoek is onderworpen en hierdoor bewijs van validiteit, betrouwbaarheid en klinische bruikbaarheid heeft.

Verduidelijk eventueel je keuze.

- .....  
.....  
.....
- .....  
.....  
.....
- .....  
.....  
.....

*Fase 2 is:*

- Datum:
- Datum:

*Reden:*.....  
.....  
.....  
.....

**Fase 3: inventariseren van de handelingscomponenten en omgevingsfactoren.  
Fase 4: Inventariseren van sterke punten en hulpbronnen.**

Datum :

Duur:

Neem contact op met de huisarts, stel jezelf voor en vraag naar eventuele contra-indicaties voor de ergotherapeutische behandeling. Neem indien nodig contact op met de andere disciplines voor meer informatie.

Ga in deze fase op zoek naar de handelingscomponenten die bij de cliënt problemen opleveren, ga tevens op zoek naar de sterke punten en de hulpbronnen bij de cliënt die hem of haar mogelijks kunnen helpen tijdens de therapie. Je kan hiervoor gebruik maken van de instrumenten, checklists die je normaal gebruikt.

**A. Lichaamsfuncties en structuren:**

	Beperkingen	Sterke punten
1. Sensorisch:	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
2. Motorisch	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
3. Cognitief	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
4. Affectief - intrapersoonlijk - interpersoonlijk	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
5. Spiritueel	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....

**B. Activiteiten en participatie:**

	Beperkingen	Sterke punten
1. Mobiliteit, met inbegrip van transfers en verplaatsingen	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....



2. Zelfzorg (wassen, kleden, toiletbezoek, incontinentie,eten en drinken )	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--	--	--

**C. Externe factoren:**

	Beperkingen	Sterke punten
1. Produkten en technologie in woning en tuin in functie van zelfzorg.	..... ..... .....	..... ..... .....
2. Relaties en sociale steun	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
3. Diensten en sociale voorzieningen.	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....

Fase 3 en 4 zijn:

Afgewerkt

Datum:

Niet afgewerkt

Datum:

Reden:.....  
.....  
.....  
.....

Fase 5: Onderhandelen over de einddoelen, ontwikkelen van een actieplan.

Datum :

Duur:

Overleg samen met de cliënt de 'te verwachten uitkomst'. Gebruik je kennis, expertise en professionaliteit om de doelstellingen te kunnen realiseren. Maak hiervoor gebruik van onderstaande leidraad:

1. vertrek vanuit de prioriteiten die de cliënt heeft opgesteld (fase 1),
2. koppel je eigen professionele expertise hieraan.
3. maak een balans op van wat kan, wat niet kan, rekening houdend met de verkregen gegevens uit de voorgaande stappen. (zoals de handelingscomponenten, de omgeving van de cliënt,...)
4. Geef in onderstaand schema welke einddoelen je vooropstelt en beschrijf kort wat je precies wil doen. Uiteraard is zowel een combinatie van deze interventies als één enkele interventie mogelijk.

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

Fase 5 is:

Datum:

Datum:

Reden:.....  
.....  
.....  
.....

Fase 6: implementeren van acties volgens het vooropgestelde doel.

Datum :

Duur:

De planning gemaakt in fase 5 wordt effectief uitgevoerd en wordt voortdurend geëvalueerd en bijgesteld. Nieuwe actieplannen kunnen gemaakt worden en de doelen kunnen worden bijgesteld.

Noteer in onderstaande lijst waarop uiteindelijk wordt/werd gewerkt, beschrijf dit in kernwoorden en duidt aan waar eventuele wijzigingen zijn aangebracht.

- .....  
.....  
.....
- .....  
.....  
.....
- .....  
.....  
.....
- .....  
.....  
.....
- .....  
.....  
.....

Fase 6 is:

Datum:

Datum:

Reden:.....  
.....  
.....  
.....

Fase 7: evalueren van het effect van de therapie.

Datum :

Duur:

In deze fase wordt nagegaan of de doelen van de cliënt en de ergotherapeut bereikt werden. Deze evaluatie gebeurt samen met de cliënt in een open gesprek.

Gebruik volgende vragen als leidraad:

1. Zijn de doelen (die in fase 5 samen met de cliënt opgesteld zijn) bereikt?
2. Zo ja, verduidelijk de tevredenheid van de cliënt? Wat maakt de cliënt tevreden?

.....  
.....  
.....

3. Zo neen, probeer in dit gesprek de oorzaak ervan na te gaan.

Check volgende aspecten:

De doelen zijn niet correct geformuleerd en/of bleken niet haalbaar?

.....  
.....  
.....

Het actieplan is niet correct en/of niet haalbaar?

.....  
.....  
.....

De begeleiding en de interactie van de ET tov de cliënt is niet geschikt?

.....  
.....  
.....

De cliënt wilde behandeling/advies niet opvolgen?

.....  
.....  
.....

De omgeving is niet stimulerend.

.....  
.....  
.....

Andere oorzaken?

.....  
.....  
.....

Fase 7 is:

Datum:

Datum:

Reden:.....  
.....  
.....  
.....

Addendum: nazorg

**Verslag aan de huisarts overmaken wordt aanzien als een belangrijke stap in de afsluiting van het dossier.**

Duidt aan op welke manier de huisarts op de hoogte is gebracht:

Datum:

**Contact/overdracht met de andere disciplines die met de cliënt werken en de mantelzorger, zodat therapie en/of het advies opgevolgd kan worden.**

De andere disciplines en de mantelzorgers zijn op de hoogte gebracht op de volgende manier:

Datum:

## 9.5.6 Informatiefiche betreffende de client

Gegevensbeheer.

### 1. Identificatiegegevens therapeut.

Naam:

Voornaam:

Identificatienummer:

### 2. Identificatiegegevens cliënt.

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

Straat, nummer:

Postnr, gemeente:

Telefoonnummer:

Identificatienummer:

### 3. Thuiszorgdienst die naam doorgaf.

Thuiszorgdienst:

### 4. Belfoto scores:

Wassen:

Kleden:

Verplaatsen:

Toiletbezoek:

Incontinentie:

Eten:

## 9.5.7 Vragenlijst voormeting



# Ambulante Ergotherapie

## Tijdstip 1

DOSNR	<b>Betrokken persoon</b> Code van de respondent: .....
-------	---

INT1	<b>Interviewer</b> Naam van de interviewer:
	Code interviewer:

INT2	Datum interview: ...../...../2005
------	-----------------------------------

INT3	Uur aanvang interview: ..... uur ..... min
------	--

☀ => Noteer of de respondent een man of een vrouw is	
ID1	Man 1 ..... Vrouw 2



☀ => *De inleiding dient om de respondent duidelijk te maken wat van haar/hem verwacht wordt en waarom. Lees ze spontaan voor.*

Ikzelf ben verbonden aan de opleiding ergotherapie van de Arteveldehogeschool die het onderzoek uitvoert in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen.

Wij komen aan uw adres via .....

☀ => *vermeld de naam van de organisatie*

Met dit onderzoek willen we te weten komen in welke mate een ergotherapeut er eventueel voor kan zorgen dat mensen hun activiteiten kunnen blijven uitoefenen zonder veel hulp van anderen.

We zullen daarom vandaag, en na 8 weken nog eens, een aantal vragen stellen in verband met uw gezondheid, uw woning en de mensen die u helpen.

Het spreekt vanzelf dat uw antwoorden op deze vragen strikt vertrouwelijk zijn. De verwerking van de vragenlijsten gebeurt naamloos. De antwoorden van alle vragenlijsten worden samen in tabellen verwerkt. Achteraf zal niemand, buiten uzelf, weten wat U heeft geantwoord.

Daarnaast is het ook mogelijk dat er bij u een ergotherapeut zal langskomen. Dit is iemand die samen met u zal kijken in welke mate u problemen ondervindt om u in het dagelijks leven zelfstandig te redden. Hierbij zal de ergotherapeut trachten te weten komen wat u graag zelf nog zou doen. Vervolgens zal deze persoon samen met u een oplossing zoeken zodat u die dingen die u graag nog zou willen doen, misschien opnieuw kan uitvoeren.

Door lottrekking zal bepaald worden of er bij u een ergotherapeut zal langskomen of niet.

Uiteraard hebt u steeds de volledige vrije keuze om te beslissen wat er zal gebeuren. U kan ook steeds u medewerking stopzetten.

Bent u bereid om aan dit onderzoek mee te doen?

=> *indien ja:* Mag ik dan het toestemmingsformulier terug krijgen?

☀ => *Neem het toestemmingsformulier in ontvangst en ga na of het ondertekend is.*

☀ => *Indien het niet aanwezig is of niet ondertekend: overloop een toestemmingsformulier met de respondent en vraag om dit te ondertekenen.*

Dan gaan we nu starten met het stellen van de vragen.

Neem steeds rustig de tijd om na te denken. Als een vraag niet duidelijk is, dan zegt U dit maar, dan lees ik ze nog eens voor.

Eerst willen we een aantal algemene zaken over u weten.

ID2	Wat is uw geboortedatum: ... / ... / ...
ID3	Tot welke leeftijd bent u naar school geweest? Het gaat hier over volledig dagonderwijs. .....
ID4	Heeft u momenteel betaald werk?
	Neen 1 ☀ => <i>ga naar ID6</i>
	Ja 2
☀ => <i>Alleen voor personen die momenteel <u>WEL</u> nog werken:</i>	
ID5	Kunt u mij een zo nauwkeurig mogelijke beschrijving geven van het beroep of werk dat U uitoefent? 9.5.7.1.1.1 ☀ => Noteer het antwoord zo volledig mogelijk. Doorvragen!
☀ => <i>Ga naar AGEZ</i>	

☀ => <i>Alleen voor personen die momenteel <u>NIET</u> werken</i>	
ID6	Heeft u vroeger ooit een betaald beroep of werk uitgeoefend?
	Neen 1 ☀ => <i>ga naar AGEZ</i>
	Ja 2
ID7	Kunt u mij een zo nauwkeurig mogelijke beschrijving geven van het beroep of werk dat U het langst heeft uitgeoefend? ☀ => Noteer het antwoord zo volledig mogelijk. Doorvragen!

	Nu wil ik het hebben over uw gezondheidstoestand. Voor de volgende vraag kan U kaart nr. 1 gebruiken om te antwoorden.				
☀ => Toon kaart nr.1					
AGEZ	Hoe zou u uw algemene gezondheidstoestand omschrijven. Duid het antwoord aan dat het best bij u past. Is uw gezondheidstoestand:				
☀ => lees de antwoordcategorieën voor					
	Zeer goed 1	Goed 2	Gaat wel (redelijk) 3	Slecht 4	Zeer slecht 5
	<p>Nu ga ik vragen stellen over langdurige lichamelijke beperkingen.</p> <p>Sommige vragen zullen in uw ogen misschien wel sterk op elkaar lijken, maar toch is er een verschil.</p> <p>De volgende vragen hebben betrekking op bezigheden die u misschien doet op een doorsnee dag. U kan kaart nr.2 gebruiken om te antwoorden. U kan telkens antwoorden met:</p>				
☀ => Toon kaart nr.2 en lees de verschillende antwoordcategorieën voor					
	Wordt u op dit moment bij de volgende bezigheden beperkt door uw gezondheid en zo ja, in welke mate?				
			ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	neen, helemaal niet beperkt
SF-3a	Forse inspanning, zoals hardlopen, tillen van zware voorwerpen, een veeleisende sport beoefenen		1	2	3
SF-3b	Matige inspanning, zoals een tafel verplaatsen, stofzuigen, zwemmen of fietsen		1	2	3
SF-3c	Boodschappen optillen of dragen		1	2	3
SF-3d	Een paar verdiepingen opgaan		1	2	3
SF-3e	Eén verdieping opgaan		1	2	3
SF-3f	U vooroverbuigen, knielen of hurken		1	2	3
SF-3g	Meer dan één kilometer wandelen		1	2	3
SF-3h	Een paar honderd meter wandelen		1	2	3
SF-3i	Een blokje om wandelen		1	2	3
SF-3j	Een bad of douche nemen of u aankleden		1	2	3

	<i>Voor de volgende vraag kan u kaart nr. 3 gebruiken om te antwoorden.</i>				
☀ => Toon kaart nr.3					
ADL1	Hoe ver kunt u alleen stappen zonder stoppen en zonder dat u daarvan veel last ondervindt? Is dit:				
☀ => lees de antwoordcategorieën voor					
	Slechts een paar stappen				1
	Meer dan een paar stappen, maar minder dan 200 meter				2
	200 meter of meer				3
	☀ Weet het niet				9
Ik wil u over hetzelfde nog enkele vragen stellen. Maar nu kan u kaart nr. 4 gebruiken om te antwoorden. U zal zien dat deze een beetje verschillen van de vorige. U mag nu antwoorden met:					
☀ => Toon kaart nr. 4 en lees de verschillende antwoordcategorieën voor					
		Ja, zonder moeite	Ja, maar met enige moeite	Neen, daarvoor heb ik de hulp van iemand nodig	☀ Weet het niet
ADL2	Kunt u zonder hulp zelf in en uit bed komen?	1	2	3	9
ADL3	Kunt u zonder hulp in een zetel gaan zitten en eruit rechkomen?	1	2	3	9
ADL4	Kunt u zich zonder enige hulp aan en uitkleden?	1	2	3	9
ADL5	Kunt u zonder hulp uw handen en uw gezicht wassen?	1	2	3	9
ADL6	Kunt u zonder hulp eten en zelf uw eten in stukjes snijden?	1	2	3	9
ADL7	Kunt u op eigen krachten naar het toilet gaan?	1	2	3	9

ADL8	Hebt u soms problemen om uw water op te houden?	
	Neen 1	☀ => <i>ga naar SF-4a</i>
	Ja 2	
ADL8b	Hoe vaak hebt u problemen om uw water op te houden? U kan kaart nr. 5 gebruiken op te antwoorden. Is dit	
	☀ => Toon kaart nr.5 en lees de antwoordcategorieën voor	
	Ten minste één keer per week	1
	Minder dan één keer per week, maar ten minste één keer per maand	2
	Minder dan één keer per maand	3
		☀ Weet het niet 9

De volgende vragen gaan over **de afgelopen week**. U kan telkens antwoorden met ja of neen.

		Neen	Ja
SF-4a	Heeft U de afgelopen week ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid minder tijd kunnen besteden aan werk of andere dagelijkse bezigheden?	1	2
SF-4b	Heeft U de afgelopen week ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid minder bereikt dan u zou willen?	1	2
SF-4c	Was U de afgelopen week door uw lichamelijke gezondheid beperkt in het soort werk of het soort bezigheden?	1	2
SF-4d	Had U de afgelopen week door uw lichamelijke gezondheid moeite met het werk of andere dagelijkse bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld een extra inspanning)?	1	2

☀ => Toon kaart nr. 6	
<b>SF-7</b>	<b><i>U kan kaart nr. 6 gebruiken om op de volgende vraag te antwoorden. Hoeveel lichamelijke pijn hebt u de afgelopen week gehad. Was dit:</i></b>
☀ => Lees de verschillende antwoordmogelijkheden voor	
	Geen                      1                      ☀ => <i>ga naar SF-9a</i>
	Heel licht                2
	Licht                      3
	Nogal                     4
	Ernstig                  5
	Heel ernstig            6

☀ => Toon kaart nr. 7	
<b>SF-8</b>	<b><i>Nu kan U kaart nr 7. gebruiken. In welke mate bent u de afgelopen week door pijn gehinderd in uw normale activiteiten? Was dit:</i></b>
☀ => Lees de antwoordmogelijkheden voor	
	Helemaal niet            1
	Een klein beetje        2
	Nogal                     3
	Veel                      4
	Zeer veel                5

De volgende vragen gaan over hoe u zich gevoeld heeft en hoe het met u ging de <b>afgelopen week</b> . U kan kaart nr. 8 gebruiken om te antwoorden. Kies het antwoord dat het beste weergeeft hoe u zich de afgelopen week gevoeld heeft. U kan antwoorden met.							
☀ => <i>Toon kaart nr. 8, en lees de antwoordcategorieën voor:</i>							
		Altijd	Meestal	Dikwijls	Soms	Zelden	Nooit
SF-9a	Hoe vaak voelde u zich levenslustig?	1	2	3	4	5	6
SF-9b	Hoe vaak was u erg zenuwachtig?	1	2	3	4	5	6
SF-9c	Hoe vaak zat u zodanig in de put dat niets u kon opvrolijken?	1	2	3	4	5	6
SF-9d	Hoe vaak voelde u zich rustig en ontspannen?	1	2	3	4	5	6
SF-9e	Hoe vaak had u veel energie?	1	2	3	4	5	6
SF-9f	Hoe vaak voelde u zich somber en neerslachtig?	1	2	3	4	5	6
SF-9g	Hoe vaak voelde u zich uitgeput?	1	2	3	4	5	6
SF-9h	Hoe vaak was u gelukkig?	1	2	3	4	5	6
SF-9i	Hoe vaak voelde u zich moe?	1	2	3	4	5	6

	De volgende vraag gaat over <b>langdurige ziekten of langdurige aandoeningen</b> . Ik zal u een aantal ziekten of aandoeningen opnoemen. Kunt u voor elke ziekte of aandoening aanduiden of u die hebt of in de loop van het laatste jaar gehad heeft.				
☀ => <i>Toon kaart nr. 9, overloop item voor item.</i>					
		Aandoening			
		Neen	Ja	☀ Weet niet	
CHRO1	Astma	1	2	9	
CHRO2	Chronische bronchitis of CARA	1	2	9	
CHRO3	Allergie	1	2	9	
CHRO4	Sinusitis	1	2	9	
CHRO5	Ernstige hartkwaal of hartinfarct	1	2	9	
CHRO6	Hoge bloeddruk	1	2	9	
CHRO7	Ernstige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	1	2	9	
CHRO8	Hepatitis, levercirrose of andere leveraandoening	1	2	9	
CHRO9	Nierstenen	1	2	9	
<b>Kaart omdraaien</b>	CHRO10	Ernstige nierziekte maar niet nierstenen	1	2	9
	CHRO11	Chronische blaasontsteking	1	2	9
	CHRO12	Suikerziekte	1	2	9
	CHRO13	Schildklierafwijking	1	2	9
	CHRO14	Glaucoom (verhoogde oogdruk)	1	2	9
	CHRO15	Cataract (staar)	1	2	9
	CHRO16	Ziekte van Parkinson	1	2	9
	CHRO17	Ernstige somberheid of depressie voor een periode van minstens 2 weken	1	2	9
	CHRO18	Epilepsie (vallende ziekte)	1	2	9
	CHRO19	Duizeligheid met vallen	1	2	9



Kaart omdraaien	CHRO20	Migraine	1	2	9
	CHRO21	Ernstige of chronische huidaandoening	1	2	9

			Neen	Ja	☀ Weet niet	
	CHRO22	Kwaadaardige aandoening of kanker	1	2	9	
	CHRO23	Langdurige vermoeidheid, voor een periode van minstens 3 maanden	1	2	9	
	CHRO24	Rugaandoeningen van hardnekkige aard (langer dan 3 maanden), lumbago, ischias, discushernia	1	2	9	
	CHRO25	Gewrichtsslijtage (artrose) van knieën, heup of handen	1	2	9	
	CHRO26	Gewrichtsontsteking (chronische reuma, reumatoïde artritis) van handen of voeten	1	2	9	
	CHRO27	Andere vormen van chronische reuma, langer dan 3 maanden	1	2	9	
Kaart omdraaien	CHRO28	Beroerte (hersenvloeding) en gevolgen	1	2	9	
	CHRO29	Maagzweer of zweer van de dunne darm	1	2	9	
	CHRO30	Galstenen of galblaasontsteking	1	2	9	
	CHRO31	Osteoporose (ontkalking van het bot)	1	2	9	
	CHRO32	Polsbreuk	1	2	9	
	CHRO33	Gebroken heup	1	2	9	
	CHRO34	Breuk van de wervelkolom	1	2	9	
	CHRO35	Prostaatklachten	☀ => enkel voor mannen	1	2	9
	CHRO36	Verzakking van de baarmoeder	☀ => enkel voor vrouwen	1	2	9
	CHRO37	Andere ziekten .....	☀ => noteer welke	1	2	9
CHRO38	Andere ziekten .....	☀ => noteer welke	1	2	9	

CHRO39	Andere ..... .....	ziekten	☀ => <b>noteer welke</b>	1	2	9
--------	--------------------------	---------	--------------------------	---	---	---

Nu willen we iets dieper ingaan op uw contacten met gezondheidswerkers.

Het gaat over contacten die plaatsvonden **de afgelopen 8 weken**.

Dat is dus sinds ..... (☀ => *vul de datum in*)

Het betreft hier ook alleen contacten **voor uzelf**.

HV1	We beginnen met de huisarts. Hebt u de afgelopen 8 weken, voor uzelf contact gehad met een huisarts?				
	Neen	1	☀ => <i>ga naar HV3</i>		
	Ja	2			
HV2	Hoeveel keer hebt u de afgelopen 8 weken contact gehad met een huisarts? U kan rustig nadenken. .....				

Met welke van de volgende gezondheidswerkers hebt u de afgelopen 8 weken voor uzelf ook nog contact gehad. U kan telkens antwoorden met ja of neen				
☀ => <i>Toon kaart nr. 10 en overloop de verschillende items</i>				
		Neen	Ja	☀ <i>Weet het niet</i>
HV3	Specialist	1	2	9
HV4	Verpleegkundige aan huis	1	2	9
HV5	Kinesitherapeut	1	2	9
HV6	Diëtist(e)	1	2	9
HV7	Logopedist	1	2	9
HV8	Ergotherapeut	1	2	9
HV9	Psycholoog	1	2	9

ID8	Woont U alleen in uw woning?	
	Neen	1      => Wie woont hier nog? : .....
	Ja	2

ID9	Bent u gehuwd of hebt u een vaste partner?	
	Neen	1      ☀ => <i>ga naar ID12</i>
	Ja	2      ☀ => <i>ga naar ID10</i>

=> *Alleen voor de mensen die momenteel gehuwd zijn of een vaste partner hebben*

ID10	Heeft uw echtgeno(o)t(e) of vaste partner ooit een betaald beroep of werk uitgeoefend?	
	Neen	1      ☀ => <i>ga naar ID15</i>
	Ja	2
ID11	Kunt u mij een zo nauwkeurig mogelijke beschrijving geven van het beroep of werk dat uw echtgeno(o)t(e) of vaste partner het langst heeft uitgeoefend? 9.5.7.1.1.2 ☀ => Noteer het antwoord zo volledig mogelijk. Doorvragen!	
	☀ => <i>Ga naar ID15</i>	

=> *Alleen voor de mensen die momenteel NIET gehuwd zijn of GEEN vaste partner hebben*

ID12	Was u vroeger gehuwd of heeft u ooit langdurig samengewoond met een vaste partner?	
	Neen	1      ☀ => <i>ga naar ID15</i>
	Ja	2

ID13	Heeft uw echtgeno(o)t(e) of vaste partner een betaald beroep of werk uitgeoefend?	
	Neen	1 ☀ => <i>ga naar ID15</i>
	Ja	2
ID14	Kunt u mij een zo nauwkeurig mogelijke beschrijving geven van het beroep dat uw echtgeno(o)t(e) of vaste partner het langst heeft uitgeoefend? ☀ => Noteer het antwoord zo volledig mogelijk. Doorvragen!	

=> *Terug voor iedereen*

ID15	Heeft u kinderen?	
	Neen	1 ☀ => <i>ga naar IH1</i>
	Ja	2
ID16	Hoeveel kinderen heeft u? .....	

ID17	Heeft u kleinkinderen?	
	Neen	1 ☀ => <i>ga naar IH1</i>
	Ja	2
ID18	Hoeveel kleinkinderen heeft u? .....	

Met de volgende vragen willen we nagaan of u af en toe hulp krijgt van andere mensen bij uw huishoudelijke taken. Het gaat over de **afgelopen 8 weken**.

IH1	Wanneer u de voorbije 8 weken bekijkt, hoe vaak kreeg u hulp bij uw huishoudelijke taken. Is dit:				
☀ => <i>Toon kaart nr. 11 en lees de verschillende antwoordcategorieën voor:</i>					
	1 Nooit	2 Af en toe	3 Vaak	4 Meestal	5 Altijd
	☀ => <i>ga naar IH5</i>				
IH2	Wie helpt u bij uw huishoudelijke taken? U kan kaart nr. 12 gebruiken om te antwoorden				
☀ => <i>Toon kaart nr. 12 en lees de verschillende antwoordmogelijkheden voor.</i>					
☀ => <i>Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Vraag steeds of er nog een andere persoon is.</i>					
	1 Familieleden en verwanten	2 Buren	3 Vrienden en kennissen	4 Professionele hulpverleners	5 Iemand anders => Wie? ..... ☀ => <i>noteer wie</i>
IH3	☀ => <i>Indien meerdere antwoorden zijn aangeduid</i>				
	Wie van deze personen helpt u het meest? .....				☀ => <i>noteer het nummer</i>
IH4	Krijgt u voldoende hulp bij uw huishoudelijke taken, of zou u meer hulp kunnen gebruiken?				
	Voldoende	1			
	Meer	2			
☀ => <i>Ga naar ST1-a</i>					

☀ => *Indien nooit hulp bij huishoudelijke taken:*

IH5	Zou u hulp kunnen gebruiken bij uw huishoudelijke taken, of is dit niet nodig?				
	Ja, ik kan hulp gebruiken	1			
	Neen, dit is niet nodig	2			

Als u raad nodig heeft, hoe vaak is er dan iemand tot wie u zich kan wenden?				
☀ => Toon kaart nr. 13 en lees de antwoordmogelijkheden voor				
ST1-a	1 zo is er bijna nooit iemand	2 zo is er soms iemand	3 zo is er meestal iemand	4 zo is er altijd iemand
	↓	↓	↓	↓
	<i>ga naar ST2-a</i>	Tot wie kan u zich wenden als u raad nodig heeft?		
		☀ => Toon kaart nr. 14. <u>Meerdere</u> antwoorden zijn mogelijk. Vraag steeds of er nog een <u>andere persoon</u> is.		
ST1-b	1 Familieleden en verwanten	2 Buren	3 Vrienden en kennissen	4 Professionele hulpverleners
				5 Iemand anders => Wie?  ..... ☀ => noteer wie

Als u eens zin heeft om te babbelen, hoe vaak is er dan iemand bij wie u daarvoor terecht kan?				
☀ => Toon kaart nr. 13 en lees de antwoordmogelijkheden voor				
ST2-a	1 zo is er bijna nooit iemand	2 zo is er soms iemand	3 zo is er meestal iemand	4 zo is er altijd iemand
	↓	↓	↓	↓
	<i>ga naar ST3-a</i>	Tot wie kan u zich wenden als u zin heeft op te babbelen?		
		☀ => Toon kaart nr. 14. <u>Meerdere</u> antwoorden zijn mogelijk. Vraag steeds of er nog een <u>andere persoon</u> is.		
ST2-b	1 Familieleden en verwanten	2 Buren	3 Vrienden en kennissen	4 Professionele hulpverleners
				5 Iemand anders => Wie?  ..... ☀ => noteer wie

Als u een probleem heeft, hoe vaak is er dan iemand waarin u uw vertrouwen kan stellen?				
☀ => Toon kaart nr. 13 en lees de antwoordmogelijkheden voor				
ST3-a	1 zo is er bijna nooit iemand	2 zo is er soms iemand	3 zo is er meestal iemand	4 zo is er altijd iemand
	↓	↓	↓	↓
	<b>ga naar WS1</b>	Wie is dat dan?		
		☀ => Toon kaart nr. 14. <u>Meerdere</u> antwoorden zijn mogelijk. Vraag steeds of er nog een <u>andere persoon</u> is.		
ST3-b	1 Familieleden en verwanten	2 Buren	3 Vrienden en kennissen	4 Professionele hulpverleners
				5 Iemand anders => Wie?  ..... ☀ => noteer wie

Nu willen we het even over uw woning hebben.

☀ => Toon kaart nr. 15	
<b>WS1</b>	<i>Voor de volgende vraag kan u kaart nr. 15 gebruiken. Welke omschrijving uit de volgende lijst geeft het best uw woonsituatie weer?</i>
☀ => Lees de verschillende antwoordmogelijkheden voor	
	U huurt uw woning 1
	U bent eigenaar van uw woning 2
	U woont gratis in bij uw kinderen 3
	U woont gratis in bij andere personen 4 => wie? .....

WS2	Heeft u stromend water in de woning	1 - Ja	2 - Neen
WS3	Heeft u warm stromend water in de woning	1 - Ja	2 - Neen
WS4	Bevindt uw toilet zich binnen of buiten de woning	1 - Binnen	2 - Buiten
WS5	Heeft u een bad	1 - Ja	2 - Neen

WS6	Heeft u een douche	1 - Ja	2 - Neen
-----	--------------------	--------	----------

FIN1	De volgende vraag gaat over uw gezondheidskosten. Dat zijn uitgaven die u doet om bijvoorbeeld uw dokter te betalen of om medicijnen te kopen. Vindt u dat het geld dat u zelf moet betalen voor uw gezondheidskosten gemakkelijk in uw budget past, of moeilijk in uw budget past? U kan kaart nr.16 gebruiken om te antwoorden.
------	--

☀ => *Toon kaart nr. 16 en lees de verschillende antwoordmogelijkheden voor*

	Dit past heel gemakkelijk in mijn budget	1
	Dit past eerder gemakkelijk in mijn budget	2
	Dit past eerder moeilijk in mijn budget	3
	Dit past heel moeilijk in mijn budget	4

☀ => *Toon kaart nr. 17*

FIN2	U kan kaart nr 17 gebruiken om op de volgende vraag te antwoorden. Hoe vaak is het voorgekomen dat u het afgelopen jaar, dat is dus sinds .... (☀ => <i>datum invullen</i> ), omwille van financiële redenen minder uitgaven gedaan hebt voor uw gezondheid? Was dit:
------	--

☀ => *Lees de verschillende antwoordmogelijkheden voor*

	Nooit	1
	Eén enkele keer	2
	Meerdere keren	3

FIN3	<i>Nu kan u kaart nr. 18 nemen. Kan uw huishouden met het huidige inkomen gemakkelijk of moeilijk rondkomen? De antwoordmogelijkheden zijn:</i>
------	---

☀ => *Toon kaart nr. 18 en lees de verschillende antwoordmogelijkheden voor*

	Heel gemakkelijk	1
	Eerder gemakkelijk	2
	Niet gemakkelijk, maar ook niet moeilijk	3
	Eerder moeilijk	4
	Heel moeilijk	5



Nu we bijna klaar zijn met het interview wou ik nog graag weten wat u vond van het interview en de vragen.

EV1	Waren er vragen bij die onduidelijk of moeilijk te begrijpen waren?	
	Neen	1 ☀ => <i>ga naar EV2</i>
	Ja	2 => <u>welke?</u>

EV2	Waren er vragen bij die volgens u te persoonlijk waren?	
	Neen	1
	Ja	2 => <u>welke?</u>

Dat was het dan. Ik dank u hartelijk voor uw medewerking!!

INT4	Uur einde interview: ..... uur ..... minuten
------	--

☀ => *In te vullen door de interviewer:*

IWO1	In wat voor soort woning woont de respondent?	
	Open bebouwing	1
	Half open bebouwing	2
	Rijhuis	3
	Appartement of studio	4

		Welke indruk laat het huis op u na?								
IWO2	Het huis is aan de buitenkant in goede staat	1	2	3	4	5	6	7	8	Het huis is aan de buitenkant verwaarloosd
IWO3	Binnen is het huis netjes en proper	1	2	3	4	5	6	7	8	Binnen is het huis vuil en slordig
IWO4	Het huis is aangepast aan de noden van de respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	Het huis is onaangepast aan de noden van de respondent

IS1	Waren er, buiten uzelf en de respondent, tijdens het interview nog andere personen aanwezig die de vragen en antwoorden konden horen?	
	Niemand aanwezig	1      ( <i>=&gt; ga naar IS5</i> )
	Anderen aanwezig	2 => <i>Wie?</i> <i>(Enkel de relatie met de respondent vermelden)</i>

IS2	In welke mate heeft iemand van die aanwezigen zich met het interview bemoeid?	
	Nooit	1      ( <i>=&gt; ga naar IS5</i> )
	Heel zelden	2
	Soms	3
	Voortdurend	4

IS3	Waaruit bestond deze interventie ( <b>meerdere antwoorden zijn mogelijk</b> )?	
	De respondent vroeg soms om hulp aan de andere persoon	1
	De respondent vroeg vaak om hulp aan de andere persoon	2
	De andere persoon gaf soms ongevraagd commentaar op vraag en antwoord	3
	De andere persoon gaf vaak ongevraagd commentaar op vraag en antwoord	4

IS4	In welke mate werden volgens u de antwoorden van de respondent door de interventie beïnvloed?	
	Zeer veel	1
	Veel	2
	Af en toe	3
	Bijna nooit	4
Nooit	5	

IS5	Waren er andere storende factoren tijdens het interview?	
	Neen	1 => <i>ga naar IS7</i>
	Ja	2 => <i>welke?</i>

IS6	In welke mate werden volgens u de antwoorden van de respondent door deze factoren beïnvloed?	
	Zeer veel	1
	Veel	2
	Af en toe	3
	Bijna nooit	4
Nooit	5	

IS7	Hoe was de algemene sfeer van het interview	
	Zeer vriendelijk	1
	Vriendelijk	2
	Zakelijk	3
	Onaangenaam	4
	Vijandig	5

IS8	Hoe frequent heeft de respondent vragen ter verduidelijking gesteld?	
	Zeer veel	1
	Veel	2
	Af en toe	3
	Bijna nooit	4
	Nooit	5

IS9	In welke mate heeft u bij de respondent weerstand ondervonden bij het beantwoorden van sommige vragen?	
	Zeer veel	1
	Veel	2
	Af en toe	3
	Bijna nooit	4
	Nooit	5

IS10	Hoe beoordeelt u de motivatie van de respondent om mee te werken?	
	Zeer gemotiveerd	1
	Tamelijk gemotiveerd	2
	Eerder onverschillig	3
	Terughoudend	4

	Zeer terughoudend	5
--	-------------------	---

IS11	Hoe beoordeelt u over het algemeen genomen de capaciteit van de respondent om de in het interview gestelde vragen te begrijpen en een voor hem/haarzelf zinvol antwoord te geven?	
	Zeer hoog	1
	Hoog	2
	Voldoende	3
	Gering	4
	Zeer gering	5
	Totaal onvoldoende	6

IS12	Welke vragen beoordeelt u als problematisch?
------	--

IS13	Bijzondere opmerkingen bij dit interview:
------	---

## 9.5.8 Vragenlijst nameting



# Ambulante Ergotherapie

## Tijdstip 2

DOSNR	<b>Betrokken persoon</b> Code van de respondent: .....
-------	---

INT1	<b>Interviewer</b> Naam van de interviewer:
	Code interviewer:

INT2	Datum interview: ...../...../2005
INT3	Uur aanvang interview: ..... uur ..... min

☼ => Noteer of de respondent een man of een vrouw is	
	Man      1
	Vrouw    2

☀ => *De inleiding dient om de respondent duidelijk te maken wat van haar/hem verwacht wordt en waarom. Lees ze spontaan voor.*

Zoals u wel weet ben ik verbonden aan de opleiding ergotherapie van de Arteveldehogeschool die het onderzoek uitvoert in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen.

Ongeveer 8 weken terug is er reeds iemand bij u langs geweest om u een aantal vragen te stellen in verband met uw gezondheid, uw woning en de mensen die u helpen. Vandaag willen we opnieuw enkele vragen stellen.

We willen nog eens herhalen dat uw antwoorden op deze vragen strikt vertrouwelijk zijn. De verwerking van de vragenlijsten gebeurt naamloos. De antwoorden van alle vragenlijsten worden samen in tabellen verwerkt. Achteraf zal niemand, buiten uzelf, weten wat U heeft geantwoord.

Neem bij het beantwoorden steeds rustig de tijd om na te denken. Als een vraag niet duidelijk is, dan zegt U dit maar, dan lees ik ze nog eens voor.

ID2	Wat is uw geboortedatum? ... / ... / ...
-----	--

	Nu wil ik het hebben over uw gezondheidstoestand. Voor de volgende vraag kan U kaart nr. 1 gebruiken om te antwoorden.
--	--

☀ => Toon kaart nr.1

AGEZ	Hoe zou u uw algemene gezondheidstoestand omschrijven. Duid het antwoord aan dat het best bij u past. Is uw gezondheidstoestand:
------	--

☀ => *lees de antwoordcategorieën voor*

	Zeer goed 1	Goed 2	Gaat wel (redelijk) 3	Slecht 4	Zeer slecht 5
--	----------------	-----------	--------------------------	-------------	------------------

	<p>Nu ga ik vragen stellen over langdurige lichamelijke beperkingen.</p> <p>Sommige vragen zullen in uw ogen misschien wel sterk op elkaar lijken, maar toch is er een verschil.</p> <p>De volgende vragen hebben betrekking op bezigheden die u misschien doet op een doorsnee dag. U kan kaart nr.2 gebruiken om te antwoorden. U kan telkens antwoorden met:</p>																																												
☀ => <i>Toon kaart nr.2 en lees de verschillende antwoordcategorieën voor</i>																																													
	Wordt u op dit moment bij de volgende bezigheden beperkt door uw gezondheid en zo ja, in welke mate?																																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ja, ernstig beperkt</th> <th>ja, een beetje beperkt</th> <th>neen, helemaal niet beperkt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SF-3a</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SF-3b</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SF-3c</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SF-3d</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SF-3e</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SF-3f</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SF-3g</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SF-3h</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SF-3i</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SF-3j</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	neen, helemaal niet beperkt	SF-3a	1	2	3	SF-3b	1	2	3	SF-3c	1	2	3	SF-3d	1	2	3	SF-3e	1	2	3	SF-3f	1	2	3	SF-3g	1	2	3	SF-3h	1	2	3	SF-3i	1	2	3	SF-3j	1	2	3
	ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	neen, helemaal niet beperkt																																										
SF-3a	1	2	3																																										
SF-3b	1	2	3																																										
SF-3c	1	2	3																																										
SF-3d	1	2	3																																										
SF-3e	1	2	3																																										
SF-3f	1	2	3																																										
SF-3g	1	2	3																																										
SF-3h	1	2	3																																										
SF-3i	1	2	3																																										
SF-3j	1	2	3																																										
SF-3a	Forse inspanning, zoals hardlopen, tillen van zware voorwerpen, een veeleisende sport beoefenen	1	2	3																																									
SF-3b	Matige inspanning, zoals een tafel verplaatsen, stofzuigen, zwemmen of fietsen	1	2	3																																									
SF-3c	Boodschappen optillen of dragen	1	2	3																																									
SF-3d	Een paar verdiepingen opgaan	1	2	3																																									
SF-3e	Eén verdieping opgaan	1	2	3																																									
SF-3f	U vooroverbuigen, knielen of hurken	1	2	3																																									
SF-3g	Meer dan één kilometer wandelen	1	2	3																																									
SF-3h	Een paar honderd meter wandelen	1	2	3																																									
SF-3i	Een blokje om wandelen	1	2	3																																									
SF-3j	Een bad of douche nemen of u aankleden	1	2	3																																									



Voor de volgende vraag kan u kaart nr. 3 gebruiken om te antwoorden.	
☀ => Toon kaart nr.3	
ADL1	Hoe ver kunt u alleen stappen zonder stoppen en zonder dat u daarvan veel last ondervindt? Is dit:
☀ => lees de antwoordcategorieën voor	
	Slechts een paar stappen 1
	Meer dan een paar stappen, maar minder dan 200 meter 2
	200 meter of meer 3
	☀ Weet het niet 9

Ik wil u over hetzelfde nog enkele vragen stellen. Maar nu kan u kaart nr. 4 gebruiken om te antwoorden. U zal zien dat deze een beetje verschillen van de vorige. U mag nu antwoorden met:					
☀ => Toon kaart nr. 4 en lees de verschillende antwoordcategorieën voor					
		Ja, zonder moeite	Ja, maar met enige moeite	Neen, daarvoor heb ik de hulp van iemand nodig	☀ Weet het niet
ADL2	Kunt u zonder hulp zelf in en uit bed komen?	1	2	3	9
ADL3	Kunt u zonder hulp in een zetel gaan zitten en eruit rechkomen?	1	2	3	9
ADL4	Kunt u zich zonder enige hulp aan en uitkleden?	1	2	3	9
ADL5	Kunt u zonder hulp uw handen en uw gezicht wassen?	1	2	3	9
ADL6	Kunt u zonder hulp eten en zelf uw eten in stukjes snijden?	1	2	3	9
ADL7	Kunt u op eigen krachten naar het toilet gaan?	1	2	3	9

ADL8	Hebt u soms problemen om uw water op te houden?	
	Neen 1	☀ => <i>ga naar SF-4a</i>
	Ja 2	
ADL8b	Hoe vaak hebt u problemen om uw water op te houden? U kan kaart nr. 5 gebruiken op te antwoorden. Is dit	
☀ => Toon kaart nr.5 en lees de antwoordcategorieën voor		
	Ten minste één keer per week	1
	Minder dan één keer per week, maar ten minste één keer per maand	2
	Minder dan één keer per maand	3
		☀ Weet het niet 9

De volgende vragen gaan over **de afgelopen week**. U kan telkens antwoorden met ja of neen.

		Neen	Ja
SF-4a	Heeft U de afgelopen week ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid minder tijd kunnen besteden aan werk of andere dagelijkse bezigheden?	1	2
SF-4b	Heeft U de afgelopen week ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid minder bereikt dan u zou willen?	1	2
SF-4c	Was U de afgelopen week door uw lichamelijke gezondheid beperkt in het soort werk of het soort bezigheden?	1	2
SF-4d	Had U de afgelopen week door uw lichamelijke gezondheid moeite met het werk of andere dagelijkse bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld een extra inspanning)?	1	2

☀ => Toon kaart nr. 6		
SF-7	U kan kaart nr. 6 gebruiken om op de volgende vraag te antwoorden. Hoeveel lichamelijke pijn hebt u de afgelopen week gehad. Was dit:	
☀ => Lees de verschillende antwoordmogelijkheden voor		
	Geen	1 ☀ => <i>ga naar SF-9a</i>
	Heel licht	2
	Licht	3
	Nogal	4
	Ernstig	5
	Heel ernstig	6

☀ => Toon kaart nr. 7		
SF-8	Nu kan U kaart nr 7. gebruiken. In welke mate bent u de afgelopen week door pijn gehinderd in uw normale activiteiten? Was dit:	
☀ => Lees de antwoordmogelijkheden voor		
	Helemaal niet	1
	Een klein beetje	2
	Nogal	3
	Veel	4
	Zeer veel	5

	De volgende vragen gaan over hoe u zich gevoeld heeft en hoe het met u ging de <b>afgelopen week</b> . U kan kaart nr. 8 gebruiken om te antwoorden. Kies het antwoord dat het beste weergeeft hoe u zich de afgelopen week gevoeld heeft. U kan antwoorden met.						
☀ => <i>Toon kaart nr. 8, en lees de antwoordcategorieën voor:</i>							
		Altijd	Meestal	Dikwijls	Soms	Zelden	Nooit
SF-9a	Hoe vaak voelde u zich levenslustig?	1	2	3	4	5	6
SF-9b	Hoe vaak was u erg zenuwachtig?	1	2	3	4	5	6
SF-9c	Hoe vaak zat u zodanig in de put dat niets u kon opvrolijken?	1	2	3	4	5	6
SF-9d	Hoe vaak voelde u zich rustig en ontspannen?	1	2	3	4	5	6
SF-9e	Hoe vaak had u veel energie?	1	2	3	4	5	6
SF-9f	Hoe vaak voelde u zich somber en neerslachtig?	1	2	3	4	5	6
SF-9g	Hoe vaak voelde u zich uitgeput?	1	2	3	4	5	6
SF-9h	Hoe vaak was u gelukkig?	1	2	3	4	5	6
SF-9i	Hoe vaak voelde u zich moe?	1	2	3	4	5	6

Nu willen we iets dieper ingaan op uw contacten met gezondheidswerkers.

Het gaat over contacten die plaatsvonden **de afgelopen 8 weken**. Dat is dus sinds er de vorige keer een interview van u werd afgenomen.

Het betreft hier ook alleen contacten **voor uzelf**.

HV1	We beginnen met de huisarts. Hebt u de afgelopen 8 weken, dus sinds er de vorige keer een interview van u werd afgenomen, voor uzelf contact gehad met een huisarts?						
	Neen	1	☀ => <i>ga naar HV3</i>				
	Ja	2					

HV2	Hoeveel keer hebt u de afgelopen 8 weken contact gehad met een huisarts? U kan rustig nadenken. .....
-----	--

	Met welke van de volgende gezondheidswerkers hebt u de afgelopen 8 weken voor uzelf ook nog contact gehad. U kan telkens antwoorden met ja of neen
--	--

☀ => *Toon kaart nr. 9 en overloop de verschillende items*

		Neen	Ja	☀ <i>Weet het niet</i>
HV3	Specialist	1	2	9
HV4	Verpleegkundige aan huis	1	2	9
HV5	Kinesitherapeut	1	2	9
HV6	Diëtist(e)	1	2	9
HV7	Logopedist	1	2	9
HV8	Ergotherapeut	1	2	9
HV9	Psycholoog	1	2	9

ONG1	De volgende vraag gaat ook over <b>de afgelopen 8 weken</b> , dus sinds het vorige interview. Heeft u tijdens deze periode een ongeval gehad? ..... Neen    1       ☀ => <i>ga naar HOS1</i> ..... Ja        2
ONG2	Wat is er gebeurd?
ONG3	Welke gevolgen had dit voor u?

HOS1	Werd u de afgelopen 8 weken opgenomen in een ziekenhuis of kliniek?
	Neen 1 ☀ => <i>ga naar IH1</i>
	Ja 2
HOS2	Hoeveel nachten hebt u daar moeten blijven?

Met de volgende vragen willen we nagaan of u af en toe hulp krijgt van andere mensen bij uw huishoudelijke taken. Het gaat over de **afgelopen 8 weken**, dus sinds het vorige interview.

IH1	Wanneer u de voorbije 8 weken bekijkt, hoe vaak kreeg u hulp bij uw huishoudelijke taken. Is dit:				
☀ => <i>Toon kaart nr. 10 en lees de verschillende antwoordcategorieën voor:</i>					
	1 Nooit ☀ => <i>ga naar IH5</i>	2 Af en toe	3 Vaak	4 Meestal	5 Altijd
IH2	Wie helpt u bij uw huishoudelijke taken? U kan kaart nr. 11 gebruiken om te antwoorden				
☀ => <i>Toon kaart nr. 11 en lees de verschillende antwoordmogelijkheden voor.</i>					
☀ => <i>Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Vraag steeds of er nog een andere persoon is.</i>					
	1 Familieleden en verwanten	2 Buren	3 Vrienden en kennissen	4 Professionele hulpverleners	5 Iemand anders => Wie? ..... ☀ => <i>noteer wie</i>
IH3	☀ => <i>Indien meerdere antwoorden zijn aangeduid</i>				
	Wie van deze personen helpt u het meest? .....				☀ => <i>noteer het nummer</i>
IH4	Krijgt u voldoende hulp bij uw huishoudelijke taken, of zou u meer hulp kunnen gebruiken?				
	Voldoende 1				
	Meer 2				
☀ => <i>Ga naar ST1-a</i>					

☀ => <b>Indien nooit hulp bij huishoudelijke taken:</b>	
IH5	Zou u hulp kunnen gebruiken bij uw huishoudelijke taken, of is dit niet nodig?
	-----
	Ja, ik kan hulp gebruiken      1
	-----
	Neen, dit is niet nodig      2

Als u raad nodig heeft, hoe vaak is er dan iemand tot wie u zich kan wenden?				
☀ => Toon kaart nr. 12 en lees de antwoordmogelijkheden voor				
ST1-a	1 zo is er bijna nooit iemand	2 zo is er soms iemand	3 zo is er meestal iemand	4 zo is er altijd iemand
	↓	↓	↓	↓
	<b>ga naar ST2-a</b>	Tot wie kan u zich wenden als u raad nodig heeft?		
☀ => <b>Toon kaart nr. 13. <u>Meerdere</u> antwoorden zijn mogelijk. Vraag steeds of er nog een <u>andere persoon</u> is.</b>				
ST1-b	1 Familieleden en verwanten	2 Buren	3 Vrienden en kennissen	4 Professionele hulpverleners
				5 Iemand anders => Wie?  ..... ☀ => <b>noteer wie</b>

Als u eens zin heeft om te babbelen, hoe vaak is er dan iemand bij wie u daarvoor terecht kan?				
☀ => Toon kaart nr. 14 en lees de antwoordmogelijkheden voor				
ST2-a	1 zo is er bijna nooit iemand	2 zo is er soms iemand	3 zo is er meestal iemand	4 zo is er altijd iemand
	↓	↓	↓	↓
	<b>ga naar ST3-a</b>	Tot wie kan u zich wenden als u zin heeft op te babbelen?		

	☀ => <i>Toon kaart nr. 15. <u>Meerdere</u> antwoorden zijn mogelijk. Vraag steeds of er nog een <u>andere persoon</u> is.</i>				
ST2-b	1 Familieleden en verwanten	2 Buren	3 Vrienden en kennissen	4 Professionele hulpverleners	5 Iemand anders => Wie?  ..... ☀ => <i>noteer wie</i>

Als u een probleem heeft, hoe vaak is er dan iemand waarin u uw vertrouwen kan stellen?				
☀ => Toon kaart nr. 16 en lees de antwoordmogelijkheden voor				
ST3-a	1 zo is er bijna nooit iemand	2 zo is er soms iemand	3 zo is er meestal iemand	4 zo is er altijd iemand
	↓	↓	↓	↓
	<i>ga naar AFSLUITEN</i>	Wie is dat dan?		
	☀ => <i>Toon kaart nr. 17. <u>Meerdere</u> antwoorden zijn mogelijk. Vraag steeds of er nog een <u>andere persoon</u> is.</i>			
ST3-b	1 Familieleden en verwanten	2 Buren	3 Vrienden en kennissen	4 Professionele hulpverleners
				5 Iemand anders => Wie?  ..... ☀ => <i>noteer wie</i>

Dat was het dan. Ik dank u hartelijk voor uw medewerking!!

INT4	Uur einde interview: ..... uur ..... minuten
------	--



☀ =&gt; In te vullen door de interviewer:

IWO1	In wat voor soort woning woont de respondent?	
	Open bebouwing	1
	Half open bebouwing	2
	Rijhuis	3
	Appartement of studio	4

	Welke indruk laat het huis op u na?									
IWO2	Het huis is aan de buitenkant in goede staat	1	2	3	4	5	6	7	8	Het huis is aan de buitenkant verwaarloosd
IWO3	Binnen is het huis netjes en proper	1	2	3	4	5	6	7	8	Binnen is het huis vuil en slordig
IWO4	Het huis is aangepast aan de noden van de respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	Het huis is onaangepast aan de noden van de respondent

IS1	Waren er, buiten uzelf en de respondent, tijdens het interview nog andere personen aanwezig die de vragen en antwoorden konden horen?	
	Niemand aanwezig	1      => ga naar IS5
	Anderen aanwezig	2 => Wie? (Enkel de relatie met de respondent vermelden)

IS2	In welke mate heeft iemand van die aanwezigen zich met het interview bemoeid?	
	Nooit	1      => ga naar IS5
	Heel zelden	2
	Soms	3
	Voortdurend	4

IS3	Waaruit bestond deze interventie <b>(meerdere antwoorden zijn mogelijk)</b> ?	
	De respondent vroeg soms om hulp aan de andere persoon	1
	De respondent vroeg vaak om hulp aan de andere persoon	2
	De andere persoon gaf soms ongevraagd commentaar op vraag en antwoord	3
	De andere persoon gaf vaak ongevraagd commentaar op vraag en antwoord	4
IS4	In welke mate werden volgens u de antwoorden van de respondent door de interventie beïnvloed?	
	Zeer veel	1
	Veel	2
	Af en toe	3
	Bijna nooit	4
	Nooit	5
IS5	Waren er andere storende factoren tijdens het interview?	
	Neen	1 => <i>ga naar IS7</i>
	Ja	2 => <i>welke?</i>
IS6	In welke mate werden volgens u de antwoorden van de respondent door deze factoren beïnvloed?	
	Zeer veel	1
	Veel	2
	Af en toe	3
	Bijna nooit	4
	Nooit	5

IS7	Hoe was de algemene sfeer van het interview	
	Zeer vriendelijk	1
	Vriendelijk	2
	Zakelijk	3
	Onaangenaam	4
	Vijandig	5

IS8	Hoe frequent heeft de respondent vragen ter verduidelijking gesteld?	
	Zeer veel	1
	Veel	2
	Af en toe	3
	Bijna nooit	4
	Nooit	5

IS9	In welke mate heeft u bij de respondent weerstand ondervonden bij het beantwoorden van sommige vragen?	
	Zeer veel	1
	Veel	2
	Af en toe	3
	Bijna nooit	4
	Nooit	5

IS10	Hoe beoordeelt u de motivatie van de respondent om mee te werken?	
	Zeer gemotiveerd	1
	Tamelijk gemotiveerd	2
	Eerder onverschillig	3
	Terughoudend	4

	Zeer terughoudend	5
--	-------------------	---

IS11	Hoe beoordeelt u over het algemeen genomen de capaciteit van de respondent om de in het interview gestelde vragen te begrijpen en een voor hem/haarzelf zinvol antwoord te geven?	
	Zeer hoog	1
	Hoog	2
	Voldoende	3
	Gering	4
	Zeer gering	5
	Totaal onvoldoende	6

IS12	Welke vragen beoordeelt u als problematisch?
------	--

IS13	Bijzondere opmerkingen bij dit interview:
------	---