



Werkgroep Ergotherapie RVT - WZC

Verslag bijeenkomst 13/12/2016 – Woumen

Werkjaar 2016 – 2017 – Nr. 2

Aanwezig:

Mira Vreven, Cindy Pieters, Cindy Vantomme, Ann Cocquyt, Martine Devisch, Naomi Meyntjens, Katrien Lepeire, Yamina Kahlouche, Friedl Goudsmedt, Marieke Coudenys, Anne Van de Sande, Lien Braekeveldt, Marleen Lambert, Lien De Neve, Veerle Van Coile

Verontschuldigd:

Isabel Claeys, Hilde Vermeersch, Vera Beuselinck, Linda Nuyttens, Sarah Deckers, Leen en Petra van WZC Vincenthove, Ilse Houttequiet, Jade Seynhaeve, Ann-Sophie Van Lancker, Frederik Vlaminck, Meredith Delaere, Sofie Naert, Evelien Gunst, Ann Tyvaert, Saniala Beauprez, Tinneke Hermie, Petra Poissonnier, Hilde Vermùeersch, Isabel Claeys, Veerle Cools, Hilde Bonduelle, Lien Blomme.

1. Thema:

ICF en het gebruik ervan in de ouderenzorg – door Patricia Devriendt

Vooreerst willen we WZC St-Jozef in Woumen, de Directie en Cindy Pieters, ergotherapeut, hartelijk danken voor de gastvrijheid en de ontvangst die onze werkgroep kreeg.

De spreker van deze namiddag was Patricia Devriendt, docente en Master in de ergotherapie aan de AHS Gent en de Vrije Universiteit Brussel. Ze doet aan onderzoekswerk en maakte destijds haar eindwerk over ICF. Ze is dus bijzonder goed geplaatst om ons wegwijs te maken in het gebruik van deze classificatiemethode.

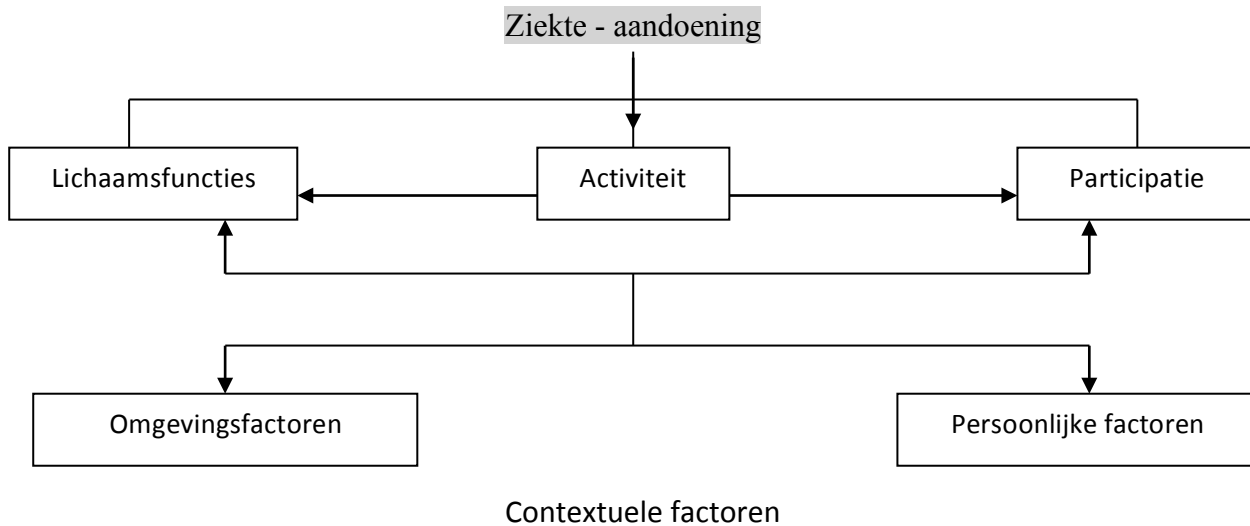
De informatie over ICF, door Patricia met ons gedeeld, staat in bijhorende PPT.

ICF = classificatiesysteem = begrippenkader om het menselijk functioneren te beschrijven. Het is ontwikkeld als een reactie op het medisch model om naast fysieke kenmerken van het functioneren, ook psychische, sociale en omgevingsfactoren te betrekken bij het menselijk functioneren. Daarnaast wordt ook rekening gehouden met de gevolgen van de aandoening => bio-psycho-sociaal model.

Het ICF gebruikt een neutrale taal – het bekijkt mogelijkheden én beperkingen van het functioneren. De terminologie van het ICF is transparant en daardoor kunnen verschillende disciplines die in gelijkaardige termen denken, zicht krijgen op de complexiteit van het functioneren.

Het ICF is geen meetinstrument maar wel een kader waaraan meetinstrumenten kunnen worden opgehangen. Vermits het een denkkader is, biedt het evenmin garantie voor “clientgericht werken”. Het is multidisciplinair, dus zeker geen specifiek ergotherapeutisch model.

Alle elementen in onderstaand kader staan continu in wisselwerking met elkaar – ze hebben een onderlinge invloed. Deze zijn heel belangrijk in de omgang met clienten.



De ICF-classificatie is als volgt opgebouwd:

Er zijn 2 componenten:

- 1) Functies
 - Anatomische functies
 - Activiteit en participatie
 - (binnen ICF is men het niet echt eens over de definitie van "participatie")*
- 2) Externe factoren (bv. natuurlijke omgeving – seizoens- of weersomstandigheden...)
 - Persoonlijke factoren (bv. levensgeschiedenis, waarden en normen, coping strategieën, opvoeding en achtergrond, opleiding...)

Functies:

Bevatten verschillende categorieën:

Zijn telkens tot op 4 niveaus uitgewerkt en gecodeerd

=> elke term wordt ook gedefinieerd => dit zorgt voor een universele taal

Voor de verschillende functies en categorieën is er een specificatie:

= Qualifierscale

(0 = geen probleem – 1 – 2 – 3 tot 4 = groot probleem – 8 = onvold info – 9 = nvt)

⇒ Deze scores worden werkbaarder als er **meetinstrumenten** worden aan gekoppeld.

ICF spreekt over: Capacity (vermogen) vs Performance (uitvoering)

⇒ Dit wordt niet verder uitgewerkt maar kan toch interessant zijn om mee aan de slag te gaan – bijvoorbeeld in functie van "doelstellingen".

Patricia toont ons nog enkele voorbeelden (zie PPT) en praktische mogelijkheden om ICF en meetinstrumenten met elkaar te linken.

Het integreren van ICF in de dagelijkse praktijk binnen ouderenzorg: een praktijkvoorbeeld (Veerle Van Coile)

Sinds enkele jaren wordt steeds meer interdisciplinair gewerkt. Binnen deze context hebben wij in 2014 het ICF proberen te integreren in ons werkdomein. We zagen het ICF als een aanzet tot reflectie over de relatie tussen gezondheid en contextuele factoren.

- Wat speelt zich af in het leven van de oudere

- Welk is het effect van de omstandigheden in het leven van de oudere, op het leven in het WZC
- Er wordt gezocht naar “de context” in het leven van de oudere
- Wat de oudere zelf nog wil, staat centraal

Als ET (zorgmedewerker) nemen we 2 rollen aan:

- 1) Expert: we maken een evaluatie van de mogelijkheden en beperkingen van de oudere:
 - Wat kan hij/zij nog
 - Verzamelen van testgegevens
 - Observatie
 - Valrisico in kaart brengen...
- 2) Insider: we luisteren en stellen ons empathisch op ten opzichte van de ouderen :
 - Wat wil de oudere zelf nog doen

➔ dit resulteert tot het samen met de oudere bepalen van “de uitvoering”

➔ zie stappenplan dat we uitwerkten om ICF te implementeren – in bijlage – waarmee we voornamelijk een aanzet wilden geven om interdisciplinair na te denken over de stappen / doelstellingen die we samen met de oudere kunnen bepalen.

Deze gegevens zouden worden verwerkt in een overzichtsblad (met SMART doelstellingen) dat kon worden meegenomen naar de interdisciplinaire bewonersbesprekingen.

Noot:

Bij dit alles moet worden gezegd dat ons voorstel uiteindelijk niet is weerhouden om in de praktijk te gaan toepassen. Deze beslissing lag bij onze directies die toen meenden dat deze manier van werken te weinig compatibel was met hoe het gebruikte zorgdossier is opgebouwd.

Hun betrachting was er vooral op gericht om zoveel als mogelijk de structuren van Care Solutions – ons digitaal zorgdossier – te blijven volgen zonder extra externe documenten die apart moeten worden gekoppeld.

We werkten dit uit met kine – ergo en animatie, we blijven nog wel geloven in de kracht van contextueel denken zoals het in ICF wordt meegegeven.

2. Varia:

De volgende vergadering is gepland voor **woensdag 8/03/2017 om 20u in WZC Ter Lembeek in Wielsbeke**
 Het thema: **“Evidence Based werken als ET”**

Voor verslag: Veerle Van Coile
 Namens de Werkgroep Ergotherapie RVT-WZC