

**TOOLBOX ALS AUTONOMIEVERHOGENDE MIDDEL BIJ
THUISWONENDE PERSONEN MET DEMENTIE**
Ontwikkeling praktisch beroepsproduct

Promotor: mevrouw
Meredith Delaere

Academiejaar: 2016 – 2017

Bachelorproef voorgedragen door:
Isabel VERMAETE
tot het bekomen van
de graad van Bachelor in de ergotherapie

**TOOLBOX ALS AUTONOMIEVERHOGENDE MIDDEL BIJ
THUISWONENDE PERSONEN MET DEMENTIE
Ontwikkeling praktisch beroepsproduct**

Promotor: mevrouw
Meredith Delaere

Academiejaar: 2016 – 2017

Bachelorproef voorgedragen door:
Isabel VERMAETE
tot het bekomen van
de graad van Bachelor in de ergotherapie

ABSTRACT

Toolbox als autonomieverhogend middel bij thuiswonende personen met dementie: ontwikkeling praktisch beroepsproduct	
Promotiejaar:	2017
Student:	Isabel Vermaete
Promotor:	Mevr. Meredith Delaere
Trefwoorden:	Autonomie, dementie, toolbox
<p>Door de vergrijzing blijft de doelgroep personen met dementie stijgen. Hierdoor neemt de vraag naar hulp voor thuiswonende personen met dementie toe. Het is belangrijk dat deze doelgroep zo lang mogelijk thuis kan wonen in hun vertrouwde omgeving.</p> <p>Om de autonomie van thuiswonende personen met dementie te bevorderen, is een toolbox ontwikkeld met methodeveranderingen en hulpmiddelen. Hiermee wil de ergotherapeut de kloof tussen de moeilijkheden tijdens de activiteiten van het dagelijks leven door dementie, het groot aanbod aan geheugenhulpmiddelen en de effectieve implementatie bij personen met dementie verkleinen. De kennis van ergotherapeuten is hierover nog vrij beperkt doordat ergotherapie aan huis bij personen met dementie nog maar vrij recent is ingevoerd.</p> <p>Door gebruik te maken van een praktisch hanteerbare tool waarin alle informatie gebundeld is, kan de ergotherapeut op een meer efficiënte manier de thuiswonende persoon met dementie begeleiden en stimuleren in het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten.</p>	

INHOUDSOPGAVE

1	Introductie	9
1.1	Inleiding	9
1.2	Doelgroep	10
1.3	Wat is dementie?	10
1.3.1	Dementie in beeld	10
1.3.1.1	Criteria diagnose dementie	11
1.3.1.2	Secundaire problemen.....	11
1.3.2	Vormen van dementie.....	12
1.3.3	Milde cognitieve achteruitgang of MCI.....	12
1.3.4	Fasen van dementie	13
1.3.4.1	Het bedreigde ik.....	13
1.4	Mantelzorgers	14
1.4.1	Wat betekent mantelzorg?	14
1.4.2	Mantelzorg bij thuiswonende personen met dementie	15
1.5	Methodeveranderingen en hulpmiddelen	15
1.5.1	Begripsomschrijving	15
1.5.2	Belang van methodeveranderingen en geheugenhulpmiddelen.....	16
1.6	Tools	17
1.6.1	Lerend vermogen bij dementie	17
1.6.1.1	Foutloos leren	18
1.6.1.2	Emotieleren.....	18
1.6.1.3	Associatieleren.....	18
1.6.1.4	Operant leren.....	19
1.6.2	Strategieënlijst.....	19
1.6.3	VOTO-dem-score	20
1.6.4	Zicht op mantelzorg.....	20
1.7	Moelijkheden bij het implementeren in de thuissituatie	20
1.8	Link met ergotherapie	21
1.8.1	Wat kan een ergotherapeut betekenen voor personen met dementie?	21
1.8.2	Begeleiding door de ergotherapeut	21
1.8.3	Dimensies en ergotherapie	22
1.8.4	Ergotherapeutische kennis over methodeveranderingen en hulpmiddelen.....	22
1.9	Probleemstelling.....	23
2	Methode, plan van aanpak.....	25
2.1	Kennismaking met het onderwerp.....	26
2.1.1	Doelgroep beroepsproduct	26
2.1.2	Kennismaking onderwerp	26
2.1.3	Literatuurstudie.....	26

2.2	Beroepsproduct in kaart brengen	27
2.2.1	Verwachtingen inschalen beroepsproduct	27
2.2.2	Minimale kwaliteitseisen.....	28
2.3	Verzamelen van gegevens.....	28
2.3.1	Verzamelen geschikte informatie	28
2.3.2	Ervaring werkveld en doelgroep	28
2.4	Tijdsplanning	29
2.4.1	Tijdsplanning beroepsproduct	29
2.4.2	Tijdsplanning bachelorproef.....	31
3	Resultaten	32
3.1	Ontwerpfase (plan)	32
3.1.1	Voorontwerp beroepsproduct	32
3.2	Uitvoeringsfase (do)	33
3.2.1	Praktische uitwerking toolbox.....	33
3.2.1.1	Naamgeving beroepsproduct	33
3.2.1.2	Voorblad toolbox	34
3.2.1.3	Weergave winkels.....	35
3.2.1.4	Inhoudstafel.....	36
3.2.1.5	Rubrieken.....	37
3.2.1.6	Structureren van methodeveranderingen of hulpmiddelen	37
3.2.1.7	Omschrijving per methodeverandering of hulpmiddel	38
3.2.1.8	Icoon getest	38
3.2.1.9	Verwijzingen	39
3.2.1.10	Bijlagengids	39
3.2.1.11	Beeldmateriaal verzamelen	40
3.3	Controlefase (Check)	40
3.3.1	Bevraging standpunten voorlopige toolbox bij ergotherapeuten aan huis.....	40
3.4	Bijstellingsfase (Act)	40
3.5	Eindproduct	41
3.5.1	Bundelen papieren versie.....	41
3.5.2	Toolbox in PDF op CD	41
3.5.3	Digitale versie.....	41
4	Discussie	42
4.1	Evaluatie proces	42
4.1.1	Bevorderende factoren	42
4.1.2	Belemmerende factoren	42
4.2	Evaluatie product	43
4.2.1	Sterktes.....	43
4.2.2	Zwaktes of beperkingen	44

4.2.3	Kansen, aanbevelingen of suggesties.....	45
4.2.4	Bedreigingen of valkuilen.....	46
4.3	Reflectie.....	46
4.4	Link met ergotherapie.....	47
5	Conclusie.....	48
	BIJLAGENLIJST	53
	Bijlage A: Strategieënlijst.....	54
	Bijlage B: VOTO-dem-score	55
	Bijlage C: Zicht op mantelzorg.....	63
	Bijlage D: Literatuurstudie.....	66

FIGURENLIJST

Figuur 1: Methode ontwikkeling beroepsproduct volgens PDCA-model (gebaseerd op Passionned Group, 2017)	25
Figuur 2: Voorontwerp opbouw toolbox	32
Figuur 3: Cover toolbox	34
Figuur 4: Lijst winkels	35
Figuur 5: Inhoudstafel	36
Figuur 6: Foto voorblad rubriek 2	37
Figuur 7: Foto voorblad rubriek 5	37
Figuur 8: Foto voorblad rubriek 6	37
Figuur 9: Voorbeeld opdeling per middel	38
Figuur 10: Icoon getest	39
Figuur 11: Voorbeeld verwijzing	39
Figuur 12: Voorbeeldfiche	39
Figuur 13: Gebundeld eindproduct papieren versie	41

TABELLENLIJST

Tabel 1: Werkplan uitwerking beroepsproduct	29
Tabel 2: Werkplan uitwerking bachelorproef	31

WOORD VOORAF

Ik wil graag alle mensen bedanken die mij hebben gesteund tijdens dit proces en die hebben bijgedragen tot de verwezenlijking van deze bachelorproef.

Vooraleerst wil ik speciale dank richten naar mijn promotor mevrouw Meredith Delaere die mij de kans geboden heeft om dit beroepsproduct te ontwikkelen. Ook wil ik haar bedanken voor de begeleiding, feedback, tips en bijsturingen tijdens de ontwikkeling van deze bachelorproef. Daarnaast wil ik het woonzorgcentrum Sint Vincentius te Meulebeke danken voor de bachelorproefgebonden stage.

Mijn dank gaat verder naar mevrouw Vanhoyweghen, docent van de Arteveldehogeschool, om mij te begeleiden, te ondersteunen en het proces op te volgen tijdens de ontwikkeling van mijn bachelorproef.

Als laatste wil ik ook mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun tijdens het volledig proces van de ontwikkeling van de bachelorproef en het beroepsproduct.

“Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd”.

Gent, mei 2017

1 INTRODUCTIE

1.1 Inleiding

Deze bachelorproef is een uitwerking over methodeveranderingen en geheugenhulpmiddelen die de autonomie van thuiswonende personen met dementie bevorderen. De setting waarin dit uitgewerkt wordt, is het woonzorgcentrum (WZC) Sint Vincentius te Meulebeke. Specifiek binnen het infopunt dementie in Meulebeke, waar thuiswonende personen met dementie worden begeleid. De belangrijkste uitdaging hiervan is om hen zo lang mogelijk thuis te laten wonen in hun vertrouwde omgeving. Dit wordt enerzijds bereikt door mantelzorgers te begeleiden. Anderzijds kan het dagelijks handelen gemakkelijker gemaakt worden door methodeveranderingen en hulpmiddelen aan te reiken.

Deze bachelorproef is voornamelijk gericht op het ontwikkelen van een beroepsproduct. Hiermee wil de ergotherapeut de kloof tussen het groot aanbod aan geheugenhulpmiddelen en de effectieve implementatie bij personen met dementie verkleinen. Het is van groot belang om mantelzorgers erbij te betrekken en personen met dementie op een efficiënte manier op de hoogte te brengen.

Waarom is deze bachelorproef nu noodzakelijk? Het aanbod van winkels waar hulpmiddelen met betrekking tot het geheugen verkocht worden, is ten opzichte van hulpmiddelen omtrent mobiliteit, eerder beperkt (Geenen, 2015). Neem daarbij het feit dat er geen duidelijk overzicht is van waar welke hulpmiddelen terug te vinden zijn, wat mee zorgt voor de noodzaak van deze bachelorproef.

Als ergotherapeut is het belangrijk om op de hoogte te zijn van wat er allemaal bestaat. Voor velen is dit nog een onvoldoende gekende materie. Ergotherapeuten en andere zorgverleners hebben slechts een beperkte kennis over de verschillende methodeveranderingen en hulpmiddelen die specifiek gericht zijn op personen met dementie (Geenen, 2015). Daarom biedt deze bachelorproef een meerwaarde binnen het beroep ergotherapie.

Het gebruik kunnen maken van een praktisch hanteerbare tool waarin alle informatie gebundeld is, helpt de ergotherapeut op een meer efficiënte manier de thuiswonende persoon met dementie te begeleiden en te stimuleren in het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten. Niet alleen door de omgeving aan te passen, maar ook door het geheugenverlies te leren compenseren aan de hand van methodeveranderingen en geheugenhulpmiddelen (Nederlands huisartsen genootschap, 2016).

1.2 Doelgroep

Deze bachelorproef richt zich voornamelijk naar thuiswonende personen met een beginnende fase van dementie en hun mantelzorgers. De vergrijzing zorgt ervoor dat de doelgroep personen met dementie almaar stijgt. Hierdoor neemt de vraag naar hulp voor thuiswonende personen met dementie toe. Binnen de doelgroep is er een grote diversiteit waarbij elke vorm van dementie haar eigen kenmerken heeft. Rekening houdend met het feit dat elke persoon uniek is, is het van groot belang een hulpmiddel te kiezen op maat van de cliënt, aangepast aan zijn behoeften en wensen (Meeuws & Steyaert, 2015).

1.3 Wat is dementie?

1.3.1 Dementie in beeld

Dementie is een syndroom, het is geen ziekte maar wel het gevolg ervan (Verhaest, 2008; Dirkse, Hoogeveen, Kessels, & van Dixhoorn, 2011). Het betreft geen normaal verouderingsverschijnsel, een hoge leeftijd is wel de grootste risicofactor (Ando, Sakamoto, & Tsutou, 2013). Dementie wordt veroorzaakt door een hersenaandoening (Dirkse, Hoogeveen, Kessels, & van Dixhoorn, 2011). Het gaat onder meer gepaard met geheugenverlies, toch zijn er heel wat individuele verschillen. De vorm is afhankelijk van persoon tot persoon (Caffo, Groenendaal, Hoogeveen, & Perilli, 2014). Het is een progressief proces. Naarmate de tijd verstreekt, nemen de symptomen toe. Het tempo van achteruitgang is afhankelijk van de vorm van dementie en van de persoon (Dirkse & Petit, 2009).

Wat is dementie nu precies? De internationale classificatie van ziekten van de Wereldgezondheidsorganisatie (ICD) omschrijft dementie als volgt:

Dementie is een syndroom ten gevolge van een hersenaandoening, meestal chronisch of progressief van aard, waarbij er een verstoring is van meerdere corticale hersenfuncties, zoals geheugen, denken, oriëntatie, begripsvermogen, rekenen, taal en beoordelingsvermogen. Er is geen verminderde bewustzijnstoestand. Verlies van deze verstandelijke functies gaat meestal gepaard met, of in mindere mate voorafgegaan door, een deterioratie van emotionele controle, sociaal gedrag en motivatie (ICD, 2006).

Begin 2017 telt België zo'n 202 000 personen met dementie. Door de vergrijzing wordt er verwacht dat het aantal personen met dementie zal verdubbeld zijn tegen 2060. Het gevolg hiervan is dat de vraag naar zorg zal blijven toenemen. In Vlaanderen wordt het aantal personen met dementie geraamd op 122 000, waarvan ongeveer 70 procent nog thuis woont (Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw, z.j.). Hiervoor zijn er enerzijds specifieke hulpmiddelen en een woningaanpassing vereist (Meeuws & Steyaert, 2015). Anderzijds is en blijft een goede ondersteuning van familieleden

en mantelzorgers een noodzaak. Dankzij hun vrijwillige zorg is het mogelijk om personen met dementie zo lang mogelijk thuis te laten wonen (Graff, Thijssen, van Melic, Verstraten, & Zajec, 2010). Uit onderzoek (Smetcoren et al., 2014; Koning Boudewijnstichting, 2016) blijkt dat dit één van de grootste wensen is van veel ouderen.

1.3.1.1 *Criteria diagnose dementie*

Volgens de DSM-IV moeten de vier onderstaande criteria aanwezig zijn om van de diagnose dementie te kunnen spreken (Nederlands huisartsen genootschap, 2016):

- Een geheugenstoornis;
- En één of meerdere cognitieve stoornis(sen) in:
 - o Taal (afasie);
 - o Gericht handelen (apraxie);
 - o Herkenning (agnosie);
 - o Uitvoerende functies zoals plannen, organiseren, etc.;
- En stoornissen die een significante beperking geven in het sociaal of beroepsmatig functioneren ten opzichte van het vroegere niveau van functioneren;
- En er geen delier is (Nederlands huisartsen genootschap, 2016).

In 2013 is de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) bijgewerkt tot DSM-V. Er zijn enkele wijzigingen gebeurd rond het begrip dementie. In de DSM-V wordt dementie nu geplaatst onder de benaming van een uitgebreide neurocognitieve stoornis. Hierin wordt ook aangetoond dat de uitval van cognitieve functies het gevolg zijn van een bepaalde hersenaandoening (American Psychiatric Association, 2013).

1.3.1.2 *Secundaire problemen*

De primaire symptomen uit de DSM-IV die hierboven omschreven worden, leiden vaak tot secundaire problemen. De persoon met dementie ervaart geleidelijk aan problemen in het dagelijks leven (Nederlands huisartsen genootschap, 2016). Enkele problemen die vaak kunnen voorkomen in de eerste fase van het dementieproces worden hieronder kort opgesomd.

De meest voorkomende zijn onder meer de geheugenproblemen. De persoon vergeet recente gebeurtenissen (Dirkse & Petit, 2009). Enerzijds kan er desoriëntatie in tijd en ruimte ontstaan waardoor de persoon belangrijke afspraken vergeet of niet meer weet welke dag het is. Ook spullen kwijtraken hoort hierbij. Anderzijds, is het mogelijk dat er een desoriëntatie in persoon ontstaat waarbij de persoon met dementie voor hem belangrijke personen niet meer herkent. De persoon

met dementie kan vaak complexe handelingen niet meer correct uitvoeren of haalt de verschillende deelhandelingen door elkaar (Buijssen, 2010; Verhaest, 2008).

Een ander vaak voorkomend probleem in de thuissituatie is BPSD of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, dit is in het Nederlands gekend onder de term neuropsychiatrische syndromen. Kenmerkend hiervoor zijn gedragsstoornissen zoals agitatie of rusteloosheid, agressie, herhaaldelijk roepen of rondlopen. Psychologische symptomen zoals depressie, wanen¹, hallucinaties², angst of apathie³ horen hier ook bij. De meeste personen met dementie hebben ooit tijdens het dementieproces te maken met kenmerken van BPSD (Charlesworth, Feast, Melunsky, Moniz-Cook, & Orrell, 2016). Uit onderzoek van Lautenschlager (2016) blijkt dat bovenstaande kenmerken een grote invloed hebben op de kwaliteit van leven van zowel de mantelzorgers als van de persoon met dementie zelf. Het kan zorgen voor een hoge overbelasting bij de mantelzorgers. De houding van de mantelzorgers beïnvloedt het gedrag van de persoon met dementie. Het is belangrijk om de symptomen vroegtijdig te herkennen en te identificeren. Zo kunnen er specifieke interventies gericht worden op het beheersen van het probleemgedrag en kunnen er adviezen gegeven worden aan mantelzorgers om er op een goede manier mee om te gaan.

1.3.2 Vormen van dementie

Er bestaan verschillende vormen van dementie namelijk Alzheimer dementie, Lewy Body, frontotemporale dementie, vasculaire dementie, jongdementie, syndroom van Korsakov, etc. (Dirkse & Petit, 2009). De gevolgen hiervan kunnen heel uiteenlopend zijn. Het meest voorkomende bij zowat alle vormen is de achteruitgang van de cognitieve vaardigheden (Meeuws & Steyaert, 2015). Om de focus van de bachelorproef te behouden, wordt er niet verder ingegaan op de verschillende vormen van dementie.

1.3.3 Milde cognitieve achteruitgang of MCI

Voorafgaand aan dementie, is er vaak sprake van milde cognitieve stoornissen. Het begrip dat hieraan gegeven wordt, is MCI of mild cognitive impairment. Hierbij lukt het dagelijks handelen nog goed. Toch zijn er klachten omtrent het geheugen en het denken, ook zijn er problemen met taal en het lezen en schrijven wordt vaak moeilijker. Nieuwe complexe handelingen aanleren is niet meer vanzelfsprekend in deze periode. Wanneer de persoon met MCI het moeilijk heeft met het antwoorden op een complexe vraag, verzint deze vaak een smoes. Personen met MCI hebben een groter risico om dementie te ontwikkelen (Verhaest, 2008).

¹ Zich bepaalde zaken inbeelden die niet waar zijn en niet kloppen met de realiteit.

² iets zien, horen, ruiken, voelen of proeven zonder dat er een zintuigelijke prikkel is.

³ Gebrek aan emotie of motivatie (Encyclo destkop, 2017).

1.3.4 Fasen van dementie

Binnen de setting Sint Vincentius wordt er gewerkt op basis van de drie fasen van dementie volgens Rien Verdult. Deze zijn het bedreigde ik, het verdwaalde ik en het verzonken ik. Deze bachelorproef zal zich vooral richten op personen met beginnende dementie, de fase van het bedreigde ik, doordat deze personen nog vaak thuis wonen en eveneens nog bepaalde zaken kunnen aanleren. De fasen worden in theorie duidelijk van elkaar onderscheiden. In realiteit of praktijk overlappen de fasen elkaar en er zijn geen strikte grenzen. Het doorlopen van elke fase is voor elke oudere anders, het verschilt van persoon tot persoon (Verdult, 2003).

1.3.4.1 *Het bedreigde ik*

De fase van het bedreigde ik staat gelijk aan beginnende dementie. Om gericht advies te kunnen geven als ergotherapeut aan personen met beginnende dementie is het belangrijk om kennis te hebben over wat kenmerkend is voor deze fase. Er kunnen stoornissen optreden in het geheugen, in de taalfuncties, in de tijd- en ruimteoriëntatie of in de executieve functies. De fase van het bedreigde ik wordt hieronder verder toegelicht.

Kenmerkend binnen deze fase is een beginnende achteruitgang van het geheugen en een verlies van cognitieve functies. Onzekerheid over de toekomst en angst voor controleverlies, treden op de voorgrond. Personen met dementie kunnen zaken heel snel vergeten en het wordt steeds moeilijker om nieuwe informatie op te slaan. Ook de oriëntatie in tijd en ruimte neemt af. Het is van belang dat de dag voorspelbaar gemaakt wordt (Meeuws & Steyaert, 2015; Verdult, 2003). Structuur helpt hen om beter te functioneren (Dirkse, Hoogeveen, Kessels, & van Dixhoorn, 2011). Personen met dementie raken soms gedesoriënteerd in hun eigen huis. Daarom is het maken van aanduidingen in het huis van die persoon een belangrijk onderdeel om structuur aan te brengen (Dirkse & Petit, 2009). Daarnaast speelt communicatie ook een belangrijke rol, het is een eerste levensbehoefte. Personen met dementie ondervinden hierbij vaak beperkingen. Het spreken verloopt moeilijker. De voornaamste redenen hiervoor zijn het veranderende taalbegrip, het niet meer herkennen van voorwerpen en de geheugenproblematiek (Dirkse & Vermeer, 2013).

De persoon met dementie heeft steeds meer moeite om complexe handelingen uit te voeren. Gesprekken of programma's volgen op tv verloopt moeizamer (Verhaest, 2008). De persoon met dementie verbergt vaak de eerste symptomen voor zijn omgeving. Het falen wordt gecamoufleerd door smoesjes, uitvluchten, etc. Er worden bijvoorbeeld feiten verzonnen om gaten in het geheugen op te vullen, confabuleren genoemd. Daarnaast doorstaat de persoon heel wat verlieservaringen op lichamelijk, sociaal en persoonlijk vlak (Verdult, 2003). Emotionele steun is een noodzaak (Verhaest, 2008). Zo heeft de persoon met dementie de kans om zijn gevoelens zoals verdriet en twijfel te uiten (Verdult, 2003).

Dementie heeft een grote impact op de activiteiten van het dagelijks leven, het vraagt veel meer energie. Door de cognitieve problemen, wordt het zelfstandig functioneren moeilijker. De doelgroep heeft meer nood aan onder meer visuele ondersteuning en een vaste structuur (Verdult, z.j.). De mogelijke problemen die zich kunnen voordoen in het dagelijks leven, variëren van persoon tot persoon. De oudere wordt steeds afhankelijker van anderen, wat zich voornamelijk uit op het gebied van wonen, zelfzorg en ontspanning. Om zelfstandig thuis te blijven wonen, zijn er verschillende aanpassingen nodig (Dirkse, Hoogeveen, Kessels, & van Dixhoorn, 2011).

Daarom is het belangrijk om als ergotherapeut methodeveranderingen of hulpmiddelen aan te reiken om te streven naar een zo zelfstandig mogelijk en kwaliteitsvol leven voor thuiswonende personen met dementie (Fritschy, Kessels, & Postma, 2004). Dit wordt verder nog toegelicht (zie 1.8 Link met ergotherapie).

1.4 Mantelzorgers

1.4.1 Wat betekent mantelzorg?

Het expertisecentrum mantelzorg omschrijft het als volgt:

Mantelzorg is de zorg die mensen vrijwillig en onbetaald verlenen, aan mensen met fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen, in hun familie, huishouden of sociale netwerk. Het gaat om zorg die meer is dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is (Expertisecentrum Mantelzorg, z.j.).

Een bevraagde mantelzorger omschrijft het zorgen voor een persoon met dementie als volgt:

Zorgen voor een persoon met dementie is lastig en niet lastig. Wanneer ze thuis is, begint ze te brokkelen. Je kan geen serieus gesprek meer voeren met je partner. Je moet meepraten, anders ontstaat er ruzie. Bij alles wat ze doet, moet ik een controle uitvoeren zoals bij het wassen, kleden, eten bereiden, etc. Op de duur durf je niets meer te vragen. Wanneer ze helpt, loopt er heel veel fout. Het dagelijks leven wordt moeilijker, alles brokkelt af (Persoonlijke communicatie mantelzorger, 2016).

De mantelzorgers zijn meestal de partner of kinderen van de persoon. Bij 60 procent is de mantelzorger niet-inwonend (Koning Boudewijnstichting, 2016). Zorg dragen voor een persoon met dementie vraagt heel wat tijd en energie, zowel fysiek als mentaal. Het is belangrijk om als mantelzorger de eigen mogelijkheden niet te overschatten. De mantelzorger maakt deel uit van het cliëntsysteem, een reden te meer om als ergotherapeut veel belang te hechten aan de mantelzorger.

1.4.2 Mantelzorg bij thuiswonende personen met dementie

Door de vergrijzing blijft de grootste groep van personen met dementie thuis wonen (Meeuws & Steyaert, 2015). Om dit te kunnen handhaven, is hulp van familie of andere naastbetrokkenen noodzakelijk. Uit onderzoek van de Koning Boudewijnstichting (2016) blijkt dat mantelzorgers cruciaal zijn voor thuiswonende ouderen. Mantelzorgers zijn onmisbaar in onze huidige zorg. Het is noodzakelijk dat professionelen hen ondersteuning aanbieden in de thuiszorg, één van hun taken is dan ook het opmerken van de alarmsignalen van de mantelzorgers (Koning Boudewijnstichting, 2016). Alle mantelzorgers ervaren zorg op een andere manier, het is individueel verschillend. Mantelzorgers ervaren zowel positieve als negatieve zaken tijdens het zorgen voor een persoon met dementie. Positieve ervaringen zijn bijvoorbeeld het gevoel van voldoening, het vergroten van het zelfvertrouwen bij de mantelzorger, etc. (Van Handenhoven & Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw, 2014). Negatieve ervaringen kunnen bijvoorbeeld de beperking in de eigen activiteiten zijn, verhoogde stress, de kans op overbelasting, etc. Inwonende mantelzorgers ervaren meer zorgbelasting, er is een groter risico op gezondheidsproblemen en sociaal isolement (Koning Boudewijnstichting, 2016; De Koker, 2010). Als ergotherapeut is het belangrijk om bewust te zijn van een mogelijke overbelasting en deze in kaart te brengen (Graff, Thijssen, van Melic, Verstraten, & Zajec, 2010). 'Zicht op mantelzorg' kan hierbij een goede leidraad zijn (De Koker & De Vos, 2014). Dit instrument wordt later in deze bachelorproef verder besproken onder het deel tools (zie 1.6).

Bij het implementeren van methodeveranderingen en geheugenhulpmiddelen in de thuissituatie van personen met dementie spelen mantelzorgers en andere naastbetrokkenen een belangrijke rol. Zonder hun steun wordt het implementeren bemoeilijkt. Ook in het proces van het lerend vermogen spelen mantelzorgers een belangrijke rol, actieve betrokkenheid is noodzakelijk. De ergotherapeut toont en leert de mantelzorger het aanleren van zaken bij personen met dementie en biedt hen ondersteuning doorheen het volledig proces (Meeuws & Steyaert, 2015).

1.5 Methodeveranderingen en hulpmiddelen

1.5.1 Begripsomschrijving

De outcome van deze bachelorproef is een beroepsproduct waarin allerlei methodeveranderingen en hulpmiddelen worden samengebundeld die gebruikt kunnen worden bij personen met dementie thuis. Een methodeverandering heeft als doel een activiteit of handeling aan te passen zodat deze op een andere, gemakkelijkere, snellere en veiligere manier kan worden uitgevoerd. De gewoonlijke manier van uitvoeren wordt veranderd. Een hulpmiddel is een voorwerp dat gebruikt wordt om een activiteit of handeling gemakkelijker te kunnen uitvoeren. Het hulpmiddel moet aangepast worden aan de cliënt en mantelzorger zodat het handelen terug mogelijk wordt. Hulpmiddelen kunnen worden aangekocht, of kunnen zelf gemaakt worden. Soms bestaat er een huurmogelijkheid

(Geenen, 2015). Het is belangrijk dat hulpmiddelen aangepast worden aan de unieke cliënt. Uit onderzoek van Greenhalgh et al. (2013) blijkt dat maatwerk van een bepaalde methodeverandering of hulpmiddel één van de belangrijkste factoren is voor succes in het gebruik ervan.

1.5.2 Belang van methodeveranderingen en geheugenhulpmiddelen

Momenteel bestaan er reeds heel wat hulpmiddelen. Een deel van deze hulpmiddelen heeft steeds meer te maken met technologie. De rol van technologie zal in de toekomst blijven toenemen (Bengtsson et al., 2012). Streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en zelfredzaamheid bij deze doelgroep is een must. Daarom wordt gericht gezocht naar methodeveranderingen en hulpmiddelen die de autonomie bevorderen bij thuiswonende personen met dementie (Dirkse & Vermeer, 2013). Het is van belang dat methodeveranderingen en hulpmiddelen het geheugenverlies compenseren. Het middel moet voldoen aan de individuele behoeften van de cliënt (Fritschy, Kessels, & Postma, 2004).

Eerst en vooral is het belangrijk om te weten dat de houding en motivatie van personen met dementie en hun sociale netwerk een belangrijke rol spelen bij de opname van methodeveranderingen en hulpmiddelen in hun dagelijkse routines (Paavilainen, Rijkonen, & Salo, 2013). De sfeer moet liefdevol, motiverend en vertrouwd zijn om te kunnen leren (Dirkse & Petit, 2009). Het is van belang dat het kiezen van geschikte hulpmiddelen gebeurt in samenspraak met de persoon met dementie en hun mantelzorgers (J.M. Wouters & van Hoof, 2012). Betrokkenheid van alle partijen is noodzakelijk voor een succesvolle integratie van technologische hulpmiddelen in de thuissituatie (Kerkhof, Rabiee, & Willems, 2015). Technologie maakt het leven gemakkelijker, mantelzorgers hoeven niet continu alert te zijn en personen met dementie kunnen weer zelfstandiger aan de slag (Dohmen, Nijhof, Seydel, & van Gemert-Pijnen, 2009). Mantelzorgers ervaren het over het algemeen positief, vooral wanneer de autonomie en onafhankelijkheid bij personen met dementie gefaciliteerd wordt. Dankzij bepaalde hulpmiddelen kunnen personen met dementie langer thuis wonen. Deze bieden eveneens ondersteuning voor mantelzorgers (Brittain, Dickinson, Gibson, & Robinson, 2015).

Het uitvoeren van dagelijkse activiteiten kan ondersteund worden door verschillende hulpmiddelen. Deze variëren van eenvoudige hulpmiddelen zoals post-its tot complexe zoals een geautomatiseerde pillendoos en zijn vooral gericht op het bevorderen van de onafhankelijkheid van de doelgroep en aldus de kwaliteit van leven zo optimaal mogelijk te houden (Boger, Dunal, Quraishi, & Turcotte, 2014). Belangrijk hierbij is, dat deze enkel gebruikt worden wanneer het echt noodzakelijk is en dat de middelen gepersonaliseerd worden aan elke cliënt (Meeuws & Steyaert, 2015).

Om de autonomie bij thuiswonende personen met dementie te bevorderen, kan gewerkt worden met methodeveranderingen of hulpmiddelen (Dirkse & Petit, 2009). Het kan handig zijn om deze zelf te maken. Uit onderzoek van Bengtsson et al. (2012) blijkt dat compensaties voor het geheugen als nuttig worden gezien vooral door mensen met milde dementie.

1.6 Tools

1.6.1 Lerend vermogen bij dementie

Om methodeveranderingen en hulpmiddelen te kunnen gebruiken, moet de doelgroep nog bepaalde dingen kunnen aanleren. Het bewust geheugen werkt slechts nog beperkt of valt volledig weg. Kenmerkend hiervoor is dat herinneringen en feiten verloren gaan (Dirkse, Hoogeveen, Kessels, & van Dixhoorn, 2011). Toch is er een bepaald deel in het geheugen dat nauwelijks wordt aangetast bij personen met dementie, namelijk het onbewust geheugen (Meeuws & Steyaert, 2015). Het automatisch of onbewust leren blijft meestal intact. Vormen van onbewust leren zijn: foutloos leren, emotieleren, associatieleren en operant leren (Dirkse & Petit, 2009). Uit recent onderzoek van Caffo, Damen, Groenendaal, Hoogeveen, & Perilli (2014) blijkt dat wanneer het geheugen en het lerend vermogen worden aangesproken van mensen met dementie, de levenskwaliteit toeneemt. Als dit optimaal gebeurt, zou de doelgroep langer zelfstandig moeten kunnen functioneren. Dit onderzoek toont aan dat twee types van het geheugen langer intact blijven, namelijk het onbewuste geheugen en het emotiegeheugen. Daardoor is het belangrijk bij het proces van het leren dat er aandachtig gekeken wordt naar de emoties van de persoon met dementie en van de mantelzorger (Meeuws & Steyaert, 2015). Volgens Dirkse, Hoogeveen, Kessels & van Dixhoorn (2011) zijn er een aantal belangrijke aspecten waar rekening mee gehouden moet worden wanneer het lerend vermogen wordt toegepast. Deze aspecten omvatten onder andere het consequent handelen, het niet dwingen en het niet laten falen van de persoon met dementie. De verschillende vormen van onbewust leren kunnen gecombineerd toegepast worden. Zo is er sneller sprake van resultaat (Meeuws & Steyaert, 2015). Het lerend vermogen wordt dus vooral toegepast om nieuwe zaken aan te leren of om reeds verworven zaken die niet meer lukken opnieuw aan te leren. Bij alle vormen van lerend vermogen is er goede bijsturing van buitenaf noodzakelijk (Dirkse, Hoogeveen, Kessels, & van Dixhoorn, 2011).

Via een bepaald type van onbewust leren, kan een persoon met dementie nieuwe vaardigheden aanleren. Dit is uiterst belangrijk om methodeveranderingen of nieuwe hulpmiddelen te implementeren in het dagelijks leven (Meeuws & Steyaert, 2015). In deze bachelorproef zijn de vormen van onbewust leren toepasselijk. Deze worden kort besproken.

1.6.1.1 *Foutloos leren*

Volgens het principe van foutloos leren, kunnen personen met dementie nieuwe vaardigheden aanleren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van impliciet leren, handelingen worden ingeslepen door middel van herhaling en oefeningen in kleine stappen. Foutloos leren wordt vooral gebruikt wanneer er een handeling wordt aangeleerd met verschillende deelhandelingen. De handeling wordt stap voor stap aangeleerd door middel van sturing door de ergotherapeut of de mantelzorger. Pas wanneer de persoon met dementie de eerste stap volledig kan uitvoeren, wordt overgegaan naar de volgende stap (Meeuws & Steyaert, 2015). Het maken van fouten wordt vermeden. Op het moment dat de cliënt een bepaalde taak onder de knie heeft, is het belangrijk om langzaam af te bouwen. Veel herhalen en gokken vermijden, is een must binnen dit principe (De Werd, Boelen, & Kessels, 2013).

Foutloos leren kan bijvoorbeeld toegepast worden bij het opnieuw leren gebruiken van het koffiezetapparaat. Personen met dementie kennen de verschillende deelhandelingen wel, maar koppelen deze niet meer aan elkaar. Door gebruik te maken van een stappenplan kan de persoon met dementie opnieuw zelfstandig koffie zetten (Dirkse, Hoogeveen, Kessels, & van Dixhoorn, 2011).

1.6.1.2 *Emotieleren*

Bij emotieleren wordt beroep gedaan op het emotiegeheugen. Dit wil zeggen dat positieve of negatieve gebeurtenissen beter onthouden worden. Positieve emoties zijn het belangrijkste om het gebruik van hulpmiddelen aan te leren. Hoe intenser de emoties beleefd worden, hoe gemakkelijker de informatie zal onthouden worden (Meeuws & Steyaert, 2015; Dirkse, Hoogeveen, Kessels, & van Dixhoorn, 2011). Ook dit kan in de praktijk gebruikt worden.

Een voorbeeld hiervan is wanneer de persoon met dementie lacht met het geluidssignaal van een microgolfoven, kan de mantelzorger meelachen. Zo kan er een link gelegd worden met een positieve emotie namelijk het lachen, het signaal van de microgolfoven en het eten dat opgewarmd is (Meeuws & Steyaert, 2015).

1.6.1.3 *Associatieleren*

Met associatieleren wordt bedoeld dat er op zoek gegaan wordt naar gekende associaties voor de persoon met dementie. Deze associaties worden gebruikt om bepaalde hulpmiddelen te leren gebruiken. Hierbij wordt beroep gedaan op de verschillende zintuigen. Handelingen worden aan elkaar gekoppeld waardoor deze vlotter zullen verlopen. Hierbij is het belangrijk om rekening te

houden met de persoonlijke ervaringen uit het verleden van de persoon met dementie (Meeuws & Steyaert, 2015; Dirkse, Hoogeveen, Kessels, & van Dixhoorn, 2011).

Associatieleren kan bijvoorbeeld gebruikt worden wanneer de persoon met dementie een bepaalde ruimte niet meer terugvindt. De mantelzorger of hulpverlener kan ervoor zorgen dat de persoon een bepaalde ruimte, zoals bijvoorbeeld het toilet, terug op een zintuiglijke manier ervaart zoals vroeger door een bepaalde geur van een luchtverfrisser, een pictogram van het toilet op de deur, etc. De persoon gaat dit onbewust aan elkaar gaan linken. Een ander voorbeeld is het drinken stimuleren door het woord *santé* te zeggen (Meeuws & Steyaert, 2015; Dirkse, Hoogeveen, Kessels, & van Dixhoorn, 2011).

1.6.1.4 *Operant leren*

Bij het operant leren wordt gewerkt met beloning of versterking van het gedrag. Uiteraard worden personen met dementie niet gestraft. Enkele voorbeelden van belonen zijn onder andere complimenten geven, schouderklopjes, etc. Het is afhankelijk van de unieke persoon met dementie wat voor hem of haar versterkend zal werken (Meeuws & Steyaert, 2015).

Operant leren kan bijvoorbeeld gebruikt worden bij het opnieuw leren werken met de telefoon. De persoon die opneemt aan de andere kant van de lijn, kan de persoon met dementie onmiddellijk een compliment geven als beloning (Meeuws & Steyaert, 2015).

1.6.2 *Strategieënlijst*

De strategieënlijst is een observatie-instrument dat gehanteerd wordt door ergotherapeuten bij personen met dementie en hun mantelzorgers in de thuisomgeving. De strategieënlijst helpt bij het compenseren van geheugenproblemen. De ergotherapeut gebruikt strategieën die de persoon met dementie reeds gewoon is om te gebruiken. De persoon met beginnende dementie leert deze strategieën bewust te gebruiken bij activiteiten die voor hem of haar belangrijk zijn. De strategieën worden dan ook afgestemd op de individuele mogelijkheden en behoeften van de persoon met dementie en zijn mantelzorger. De ergotherapeut oefent deze vorm van bewust leren samen met hen. De strategieënlijst wordt toegelicht in het boek van het EDOMAH-programma (Graff, Thijssen, van Melic, Verstraten, & Zajec, 2010) en wordt weergegeven in bijlage A.

1.6.3 VOTO-dem-score

VOTO-dem-score of Veiligheid Opsporen in de Thuisituatie van Ouderen – dementie is een scoreformulier. Aan de hand van dit scoreformulier kan de ergotherapeut samen met de oudere en/of zijn omgeving de mogelijke problemen in de thuisituatie opsporen. Een handige tool die gebruikt kan worden door de ergotherapeut bij het eerste huisbezoek bij de thuiswonende persoon met dementie. Per ruimte in het huis wordt gekeken welke risico's er zijn. Zo wordt elke ruimte overlopen en worden er geen belangrijke zaken vergeten (De Roover & Van der Jeugd, 2016). De VOTO-dem-score wordt weergegeven in bijlage B.

1.6.4 Zicht op mantelzorg

Zicht op mantelzorg is een instrument waarin richtvragen staan om als ergotherapeut een gesprek aan te knopen met de mantelzorger. Zo komt er duidelijkheid in de situatie, belasting en de noden van de betrokken mantelzorger. Zicht op mantelzorg kan gebruikt worden tijdens het eerste gesprek of huisbezoek. Als ergotherapeut is het noodzakelijk om voldoende aandacht te hebben voor de mantelzorger (De Koker & De Vos, 2014). In bijlage C wordt dit instrument weergegeven.

1.7 Moeilijkheden bij het implementeren in de thuisituatie

Ergotherapeuten en andere zorgverleners hebben slechts een beperkte kennis over de verschillende methodeveranderingen en hulpmiddelen die specifiek gericht zijn op personen met dementie. Dit komt doordat het aanbod van winkels waar hulpmiddelen met betrekking tot het geheugen verkocht worden eerder beperkt is ten opzichte van hulpmiddelen omtrent mobiliteit (Geenen, 2015).

Inzet van hulpmiddelen alleen is niet effectief. De betrokkenheid van mantelzorgers speelt ook een belangrijke rol bij de integratie (Brittain, Dickinson, Gibson, & Robinson, 2015). Beperkingen voor een succesvolle implementatie, zoals fouten bij het installeren van het hulpmiddel of een gebrek aan kennis over de functie of het gebruik ervan, komen vaak voor (Kerkhof, Rabiee, & Willems, 2015). Het grote probleem is dat er nog een te groot gebrek aan implementatie is van de verschillende hulpmiddelen bij thuiswonende personen met dementie (J.M. Wouters & van Hoof, 2012). In 2013 zijn mantelzorgers bevraagd over de kennis en het gebruik van hulpmiddelen voor personen met dementie. Hieruit blijkt dat er een hoge motivatie is tot gebruik van deze hulpmiddelen maar door de lage kennis blijft het een struikelblok (Kramer, 2013). Het doelpubliek is wel bereid om ondersteunende technologieën te accepteren en te gebruiken (Bengtsson et al., 2012).

1.8 Link met ergotherapie

1.8.1 Wat kan een ergotherapeut betekenen voor personen met dementie?

Het Vlaams Ergotherapeutenverbond (2016) omschrijft de visie van ergotherapie als volgt:

Een ergotherapeut begeleidt mensen uit alle levensfasen in het terugwinnen, verbeteren en in stand houden van hun functioneren in hun leer-, leef-, werk- en ontspanningssituaties. De middelen van de ergotherapeut zijn alle activiteiten en handelingen die de mensen in die situaties kunnen uitvoeren.

Het hoofddoel van de ergotherapeut bij deze doelgroep is om de autonomie te bevorderen en te zorgen voor een goede kwaliteit van leven. Het beroepsproduct van deze bachelorproef biedt hierbij een grote hulp.

Ergotherapeuten richten zich op mensen die problemen ervaren bij het uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten (Geenen, 2015). De ergotherapeut kijkt op een holistische manier naar de unieke cliënt tijdens het huisbezoek. Niet enkel de beperkingen worden in kaart gebracht, maar ook de mogelijkheden (Meeuws & Steyaert, 2015).

De ergotherapeut bekijkt de verschillende handelingsproblemen die de persoon ervaart in het dagelijks leven. Wat wil zeggen dat de ergotherapeut een belangrijke rol speelt bij het in stand houden van het functioneren in het dagelijks leven bij personen met dementie. Dit uit zich vooral op het gebied van wonen, zelfzorg en ontspanning.

1.8.2 Begeleiding door de ergotherapeut

Ergotherapie is van groot belang bij thuiswonende personen met dementie. Het heeft als doel hun kwaliteit van leven te verbeteren, hen te begeleiden en te helpen om zo zelfstandig mogelijk betekenisvolle activiteiten uit te voeren (Graff, Thijssen, van Melic, Verstraten, & Zajec, 2010). Een ergotherapeut begeleidt en stimuleert thuiswonende personen met dementie in het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten door hun omgeving aan te passen en door hun geheugenverlies te leren compenseren, onder andere door methodeveranderingen en geheugenhulpmiddelen (Nederlands huisartsen genootschap, 2016). De ergotherapeut speelt een belangrijke rol in het terug mogelijk maken van het handelen in de thuisomgeving en zorgt ervoor dat de aanpassingen gebeuren op maat van de cliënt. De behoeften van zowel de mantelzorgers en de persoon met dementie staan centraal (Meeuws & Steyaert, 2015). Het is noodzakelijk om een goede vertrouwensband op te bouwen met de persoon met dementie en zijn mantelzorgers.

Ook bij het proces van het lerend vermogen worden zowel de mantelzorgers als persoon met dementie begeleid door de ergotherapeut (Meeuws & Steyaert, 2015).

1.8.3 Dimensies en ergotherapie

De ergotherapeut kan verschillende functies aannemen. Na contact met P. Seeuws, voorzitter van het Vlaams Ergotherapeutenverbond (2017), is tot uiting gekomen dat de beroepsrollen vervangen worden door dimensies. De keuze voor het begrip dimensies heeft te maken met het dynamische en de openheid van het concept. De verschillende dimensies binnen het beroep ergotherapie zijn: diagnose, advies, begeleiding, behandeling, management, onderzoek, innovatie, communicatie en zorg voor kwaliteit.

De functie als adviesverlener of adviseur komt hier sterk op de voorgrond. De ergotherapeut geeft advies over individuele methodeveranderingen of aanpassingen in de woning met als doel de persoon met dementie zo lang, zo comfortabel en zo zelfstandig mogelijk thuis te laten wonen (Kinébanian, le Granse, & van Hartingsveldt, 2012). Het is de taak van de ergotherapeut om de methodeverandering of het hulpmiddel te personaliseren aan de specifieke noden en wensen van de persoon met dementie en zijn mantelzorger (Geenen, 2015). De ergotherapeut geeft instructies aan de persoon met dementie maar ook aan de betrokken mantelzorger omtrent het gebruik van de methodeveranderingen of hulpmiddelen. Het is belangrijk dat een hulpmiddel op de juiste manier gebruikt wordt. Zo kunnen de handelingen en activiteiten gemakkelijker en veiliger verlopen (De Coninck, 2013). Hierbij komen de dimensies communicatie en zorg voor kwaliteit sterk aan bod. Ook de functies diagnosticeren, behandelen en begeleiden zijn belangrijke taken van de ergotherapeut aan huis. Als diagnosticus gebruikt de ergotherapeut assessments zoals de VOTO-dem-score, zicht op mantelzorg, etc. Tijdens het huisbezoek waarbij de methodeveranderingen en hulpmiddelen aangereikt worden, is het belangrijk om de personen met dementie en hun mantelzorgers te begeleiden.

Eén van de belangrijkste taken van de ergotherapeut is om te streven naar een optimale levenskwaliteit van thuiswonende personen met dementie door het bevorderen, onderhouden en het ondersteunen van betekenisvolle activiteiten van het dagelijks leven. Dit wijst eveneens op het bevorderen van de autonomie (Geenen, 2015).

1.8.4 Ergotherapeutische kennis over methodeveranderingen en hulpmiddelen

Het is een must om als ergotherapeut op de hoogte zijn van alle soorten methodeveranderingen en hulpmiddelen die bestaan. Zo kan gericht advies gegeven worden tijdens het huisbezoek voor een specifiek probleem dat de persoon met dementie ervaart. Het is belangrijk dat de persoon met dementie en de mantelzorger het hulpmiddel kunnen uitproberen terwijl de ergotherapeut

aanwezig is. Zo kunnen concrete instructies gegeven worden over het gebruik ervan (Geenen, 2015). Uit onderzoek van Bessio & Andrich (2002) blijkt dat instructies bij een hulpmiddel een positieve invloed hebben op het uitvoeren van activiteiten door gebruik te maken van dat hulpmiddel. Het is de taak van de ergotherapeut om een specifieke methodeverandering of hulpmiddel te integreren in het dagelijks leven van de persoon met dementie en de betrokken mantelzorger (Geenen, 2015). Momenteel beschikken veel ergotherapeuten over te weinig kennis van methodeveranderingen en hulpmiddelen die gericht zijn op het geheugen van personen met dementie (Meeuws & Steyaert, 2015). Daar biedt deze bachelorproef deels een oplossing voor.

1.9 Probleemstelling

De opzet van deze bachelorproef is om een gebundeld overzicht te geven van de verschillende methodeveranderingen en geheugenhulpmiddelen die reeds bestaan voor personen met dementie. De outcome dient als een praktische manier voor ergotherapeuten om methodeveranderingen en hulpmiddelen te gaan implementeren bij de thuiswonende personen met dementie.

Uit de literatuur blijkt dat door de vergrijzing het aantal personen met dementie stijgt (Meeuws & Steyaert, 2015). Daarom is er een hoge nood aan methodeveranderingen en hulpmiddelen om de autonomie voor thuiswonende personen met dementie te bevorderen. Het is belangrijk dat mensen zo lang en comfortabel mogelijk in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen en dat er gestreefd wordt naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Dit kan door het implementeren van aanpassingen en hulpmiddelen. Deze bachelorproef richt zich vooral op personen met een beginnende fase van dementie en hun mantelzorgers die door de ergotherapeut aan huis begeleid worden.

Via literatuuronderzoek is er gezocht naar een antwoord op de onderzoeksvraag, namelijk welke methodeveranderingen en geheugenhulpmiddelen bestaan om de autonomie te bevorderen van thuiswonende personen met dementie en wat het belang ervan is. Hieruit blijkt dat er al heel wat hulpmiddelen zijn. De reeds bestaande hulpmiddelen worden nog te weinig geïmplementeerd in de thuissituatie door mantelzorgers en de thuiswonende personen met dementie (J.M. Wouters & van Hoof, 2012). Naar aanleiding van een gebrek aan implementatie is de vraag naar een beroepsproduct over dit onderwerp ontstaan vanuit het infopunt dementie, waarbij thuiswonende personen met dementie worden begeleid.

De effectieve doelstelling van het eindproduct van deze bachelorproef is om de kloof te verkleinen tussen het aanbod van methodeveranderingen en geheugenhulpmiddelen en de effectieve implementatie bij thuiswonende personen met dementie en hun mantelzorgers. Het beroepsproduct van deze bachelorproef heeft als doel de implementatie te verbeteren. Zo kan er

gestreefd worden naar een zo groot mogelijke zelfstandigheid die het zo lang mogelijk thuis wonen mogelijk maakt en een naar optimale kwaliteit van leven.

Het beroepsproduct geeft een overzicht van de verschillende methodeveranderingen en hulpmiddelen die er zijn. Het is de bedoeling dat de ergotherapeut, de thuiswonende personen met dementie en hun mantelzorgers inlicht over datgene dat bestaat, maar ook tips meegeeft over hoe deze geïmplementeerd kunnen worden. Het is belangrijk dat mantelzorgers overtuigd worden tot het gebruiken van methodeveranderingen en hulpmiddelen in de thuissituatie voor personen met dementie. Zo kan de autonomie en het langer zelfstandig thuis wonen bevorderd worden. Vandaar dat dit beroepsproduct van belang is voor de ergotherapeut.

2 METHODE, PLAN VAN AANPAK

In deze bachelorproef wordt een beroepsproduct ontwikkeld. De ontwikkeling van het beroepsproduct, de toolbox, verloopt in verschillende fasen. Om deze fasen op een gestructureerde manier te omschrijven, is er gekozen om te werken met het PDCA-model van Deming. Bij het gebruik van dit model worden vier verschillende stappen doorlopen. De eerste stap is de ontwerpfase (plan), de tweede stap is de uitvoeringsfase (do), daarop volgt de controlefase (check) en als laatste stap is er de bijstellingsfase (act). Doordat de verschillende fasen in verbinding staan met elkaar, is er sprake van een constante wisselwerking tussen de vier fasen (Passionned Group, 2017). De vier stappen worden in volgend schema kort toegelicht.

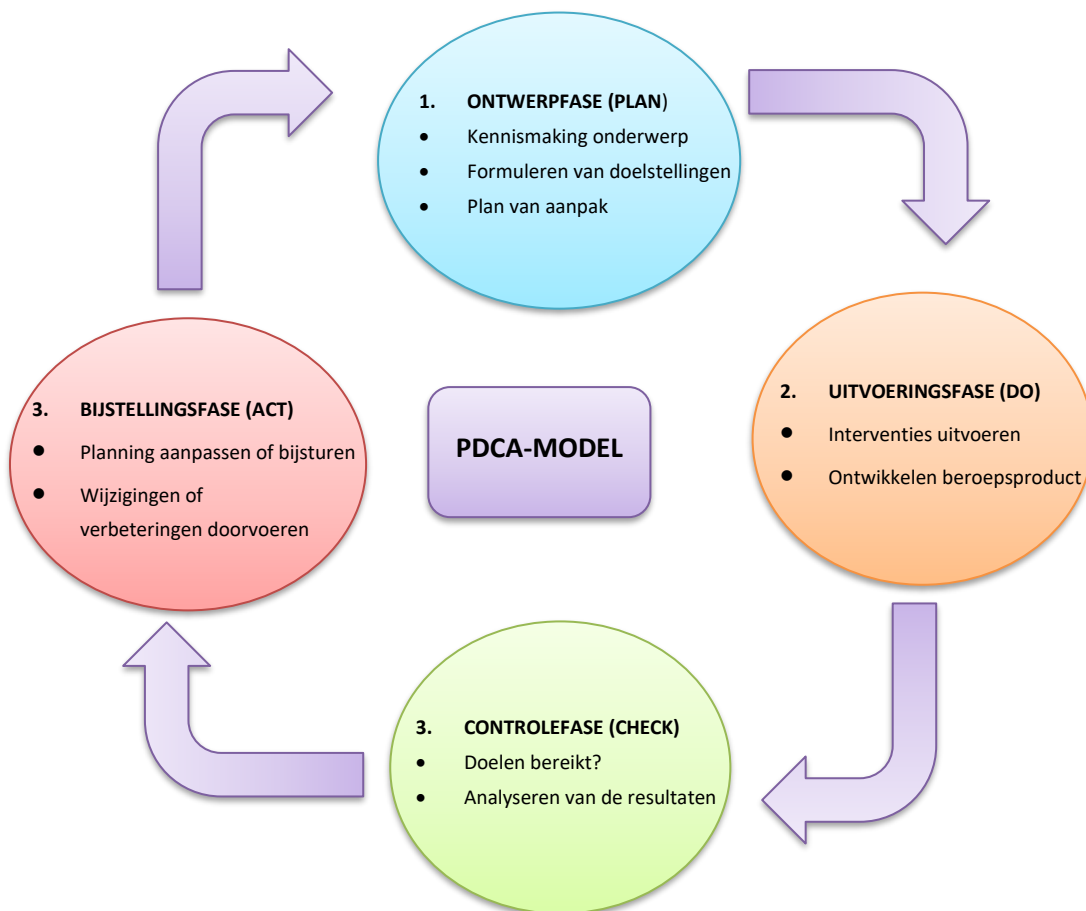


Fig. 1 – Methode ontwikkeling beroepsproduct volgens PDCA-model (gebaseerd op Passionned Group, 2017)

2.1 Kennismaking met het onderwerp

2.1.1 Doelgroep beroepsproduct

De methodeveranderingen en hulpmiddelen die in het beroepsproduct beschreven worden, bieden een meerwaarde voor thuiswonende personen met beginnende dementie en hun mantelzorgers. Het wordt een praktisch bruikbaar instrument voor ergotherapeuten die aan huis gaan bij deze doelgroep.

2.1.2 Kennismaking onderwerp

Een eerste kennismaking met het onderwerp heeft plaatsgevonden in de periode februari tot mei 2016 tijdens het schrijven van de bachelorproef voorbereiding (BaVo). De gevonden informatie en de verkregen feedback van de BaVo is verwerkt binnen deze bachelorproef.

2.1.3 Literatuurstudie

Aan de start van het zoekproces is een onderzoeksvraag opgesteld, gevolgd door een grondig literatuuronderzoek in februari 2016. De onderzoeksvraag is opgemaakt aan de hand van de PICO. De letters PICO vormen een acroniem waarbij de 'P' staat voor patiënt, populatie of probleem. De letter 'I' staat voor interventie. De 'C' staat voor co-interventie en de letter 'O' staat voor outcome (The Board of Trustees of the University of Illinois, 2016). Tijdens het proces wordt gericht gezocht naar allerlei methodeveranderingen en geheugenhulpmiddelen die reeds bestaan om de autonomie te bevorderen van thuiswonende personen met dementie en het belang ervan. Deze wetenschappelijke literatuur over methodeveranderingen en hulpmiddelen is opgezocht via volgende wetenschappelijke databanken: Cinahl (Ebsco), Medline (Pubmed), Springer en Google Scholar. De informatie is eveneens opgezocht in wetenschappelijke Nederlandstalige vaktijdschriften zoals het tijdschrift voor Geriatrie en Gerontologie. Daarnaast zijn een aantal belangrijke boeken bekeken waar heel wat informatie in te vinden is rond het onderwerp. Deze zijn beschikbaar in de mediatheek in de Arteveldehogeschool campus Kantienberg en in de bibliotheek van het infopunt dementie in het Sint Vincentius te Meulebeke. Als laatste zijn er internetbronnen geraadpleegd via het webadres.

Bij het zoeken naar geschikte literatuur is rekening gehouden met volgende in- en exclusiecriteria.

Inclusiecriteria

- Thuiswonende personen met dementie;
- Geheugentraining, geheugenhulpmiddelen, methodeveranderingen, assistive technology;
- Boeken met als onderwerp thuiswonende personen met dementie;
- Internetbronnen over thuiswonende personen met dementie en hulpmiddelen;
- Wetenschappelijke artikels gepubliceerd tussen 2000 en 2017.

Exclusiecriteria

- Personen zonder dementie;
- Personen in een WZC.

In bijlage D worden de weerhouden artikels weergegeven doormiddel van een overzichtelijke tabel.

2.2 Beroepsproduct in kaart brengen

2.2.1 Verwachtingen inschalen beroepsproduct

In maart 2016 is er een interview afgenomen met Meredith Delaere en is de website van het WZC grondig bekeken. Door deze zaken is een duidelijk beeld ontstaan over het onderwerp van deze bachelorproef. Mevrouw Delaere is de externe promotor van deze bachelorproef en werkt als ergotherapeut in het woonzorgcentrum Sint Vincentius te Meulebeke. Daarnaast worden thuiswonende personen met dementie door haar begeleidt vanuit het infopunt dementie Meulebeke.

Eind juni 2016 is een contactmoment gepland geweest met de externe promotor van het WZC Sint Vincentius om de verwachtingen rond het beroepsproduct van deze bachelorproef in kaart te brengen.

De volgende doelstelling is hier gevormd: ontwikkelen van een gids met methodeveranderingen en hulpmiddelen, waardoor de autonomie van personen met dementie wordt bevorderd en deze personen op die manier langer en comfortabeler kunnen thuis wonen.

2.2.2 Minimale kwaliteitseisen

Het eindresultaat van deze bachelorproef moet aan bepaalde minimale kwaliteitseisen voldoen. Deze zijn bepaald in samenspraak met de externe promotor. Op vlak van vormgeving, dient het eindresultaat een aantrekkelijk en verzorgd afgewerkt eindproduct te zijn, bruikbaar voor ergotherapeuten in het werkveld. Wat de inhoud betreft, dient het beroepsproduct een meerwaarde te bieden. Het moet een geheel vormen en aangepast zijn op maat van de doelgroep. Verdere eisen zijn niet meegedeeld. Op die manier wordt er vrijheid gecreëerd om als ontwerper een beroepsproduct te ontwikkelen met een eigen creatieve inbreng.

2.3 Verzamelen van gegevens

Na het in kaart brengen van de opbouw van het beroepsproduct en het maken van een voorontwerp, is het ontwikkelingsproces van start gegaan om tot het beroepsproduct te komen. De ontwikkeling is in verschillende stappen gebeurd. Hieronder wordt het volledige ontwikkelingsproces beschreven.

Eerst en vooral is op zoek gegaan naar geschikte informatie. De informatie is op verschillende manieren gezocht en bekomen. De verschillende stappen bij het verzamelen van gegevens worden hieronder weergegeven. Tijdens het ontwikkelingsproces is vaak naar bijkomende informatie gezocht.

2.3.1 Verzamelen geschikte informatie

Tijdens het proces is gezocht naar allerlei verschillende methodeveranderingen en hulpmiddelen voor thuiswonende personen met dementie die reeds bestaan en het belang ervan. Enkele komen uit de literatuursearch die hierboven beschreven is. Daarnaast is er op het internet gezocht naar allerlei informatie omtrent de verschillende gekende middelen die reeds bestaan. In maart 2016 heeft de ergotherapeut uit het infopunt dementie tijdens het interview heel wat tips meegegeven rond het onderwerp.

2.3.2 Ervaring werkveld en doelgroep

Naast de wetenschappelijke of evidence-based bronnen, wordt de informatie aangevuld met eigen ervaringen vanop stage en vanuit de eigen leefwereld. Enkele mantelzorgers van thuiswonende personen met dementie hebben hun kennis gedeeld over bepaalde methodeveranderingen en hulpmiddelen die ze reeds implementeren. Ook ergotherapeuten en andere zorgverleners zoals

thuisverpleegkundigen, tewerkgesteld bij deze doelgroep, hebben hun ervaringen en informatie omschreven en meegedeeld. Hierdoor is de kennis over het onderwerp en de doelgroep alleen maar verrijkt.

2.4 Tijdsplanning

2.4.1 Tijdsplanning beroepsproduct

Vanaf juli 2016 tot en met maart 2017 is de toolbox ontwikkeld tot een mooi geheel. Om dit te verwezenlijken zijn er heel wat stappen ondernomen. Deze verschillende stappen worden hieronder schematisch weergegeven. Alle geschikte informatie die tijdens deze maanden verzameld is, is verwerkt en opgenomen in het beroepsproduct tijdens het ontwikkelingsproces. Het beeldmateriaal, dat te vinden is in het eindproduct, is verzameld doorheen de ontwikkelingsperiode.

Tabel 1 – Werkplan uitwerking beroepsproduct

WANNEER	WIE / WAAR	WAT
Juli 2016	Regionaal expertisecentrum brOes	Overzichtsbrochure hulpmiddelen ontvangen
	Promotor, procesbegeleidster/ WZC Sint Vincentius	Brainstorm beroepsproduct
September 2016		Opstart ontwikkeling beroepsproduct
Oktober 2016	Thuiszorgwinkel Tielt en Roeselare	Bevraging omtrent de verschillende hulpmiddelen uit het thuiszorgwinkelassortiment
	Meulebeke (Koffietafel dementie)	Sessie rond hulpmiddelen door een ergotherapeut van de dienst Thuis Blijven Wonen van de CM
November 2016	Blue assist	Contact organisatie blue assist Informatie ontvangen over de blue assist kaartjes, en over de app die door hen ontwikkeld is om de autonomie bij thuiswonende personen met dementie te bevorderen
	GVO/ WZC Sint Vincentius	Beroepsproduct toegelicht in het directiecomité van GVO, Gast Vrij Omgeven (de bedoeling hiervan is om het beroepsproduct later uit te brengen zodat andere ergotherapeuten er gebruik van kunnen maken)
	Arteveldehogeschool Gent	Vorming gevolgd: ergotherapie bij thuiswonende personen met dementie

December 2016	Optelec	Contact met Optelec (bedrijf dat hulpmiddelen verkoopt)
	Meulebeke/Gent	Tussentijdse evaluatie beroepsproduct
	Meulebeke	Feedback ontvangen over toolbox en aanpassingen aangebracht
	Optelec Brugge	Optelec bezocht, informatie gekregen en demomateriaal meegekregen om uit te testen (vereenvoudigd TV bakje)
Januari 2017	Roeselare	Beroepsproduct voorstellen overlegplatform dementie (OPD RIT = Regio Roeselare – Izegem – Tielt)
	Arteveldehogeschool Gent	Bijscholing ergotherapie bij thuiswonende personen met dementie: proefversies van de toolbox verspreid en bevindingen bevraagd
	Thuiszorgwinkel Gentbrugge	Afspraak met ergotherapeut, informatie over het aanbod van de thuiszorgwinkel omtrent de specifieke hulpmiddelen voor dementie
Februari 2017	Meulebeke	Overleggen toolbox, ontvangen van feedback en tips Aanpassen toolbox
Maart 2017	Meulebeke	Contact P. Seeuws (VE) Indienen toolbox voor tussentijdse evaluatie Feedback externe promotor via Skype Ontwikkelen cover Laatste aanpassingen toolbox
April 2017	Tielt	Inbundelen toolbox
Mei 2017	Gent	Indienen toolbox op CD
Juni 2017	Gent	Voorstellen van toolbox aan de hand van een presentatie

Doorheen het ontwikkelingsproces hebben verschillende overlegmomenten plaatsgevonden met Meredith Delaere. Tijdens deze contactmomenten is telkens feedback gegeven op de reeds gemaakte delen.

Na het verzamelen en selecteren van informatie over het aanbod aan methodeveranderingen en hulpmiddelen is van start gegaan met de effectieve uitwerking van de toolbox. De praktische uitwerking van de toolbox en het eindresultaat wordt weergegeven onder resultaten.

2.4.2 Tijdsplanning bachelorproef

Het uitschrijven van de bachelorproef is verspreid over enkele maanden. Het stappenplan wordt hieronder beschreven in een tabel. De verkregen feedback en tips zijn verwerkt doorheen de ontwikkeling van de bachelorproef.

Tabel 2 – Werkplan uitwerking bachelorproef

WANNEER	WAT
Februari – mei 2016	Bachelorproef voorbereiding (BaVo) geschreven aan de hand van een literatuursearch
Juli 2016	Brainstormen bachelorproef met externe promotor en procesbegeleidster
September 2016	Literatuursearch Schrijven van de introductie
Oktober/ november 2016	Verder werken aan de introductie Uitschrijven probleemstelling Indienen bachelorproef voor tussentijdse evaluatie
December 2016/ januari 2017	Methode uitschrijven
Februari/maart/ april 2017	Herwerken methode Resultaten uitschrijven en herwerken Indienen bachelorproef voor tussentijdse evaluatie
April 2017	Discussie uitschrijven Nadenken over titel en uitschrijven Uitschrijven voorlopige versie abstract
Mei 2017	Uitschrijven conclusie en voorwoord Aanpassen abstract Printen en indienen bachelorproef
Juni 2017	Voorstelling bachelorproef aan de hand van een presentatie

3 RESULTATEN

Uit de resultaten van het literatuuronderzoek blijkt dat er nood is aan een gestructureerd overzicht van methodeveranderingen en hulpmiddelen om personen met dementie langer zelfstandig thuis te laten wonen. De huidige ergotherapeuten beschikken over te weinig kennis over het uitgebreid aanbod.

Het beroepsproduct van deze bachelorproef is een toolbox die een gestructureerde weergave geeft van heel wat methodeveranderingen en hulpmiddelen die de autonomie van thuiswonende personen met dementie kunnen bevorderen. Het eindresultaat wordt binnen dit hoofdstuk weergegeven. Er wordt beschreven hoe de toolbox is opgebouwd, wat erin te vinden is en hoe het eindresultaat er uit ziet.

De uitwerking van de toolbox wordt binnen dit hoofdstuk weergegeven volgens de vier fasen van het PDCA-model, wat is toegelicht onder het hoofdstuk methode.

3.1 Ontwerpfase (plan)

3.1.1 Voorontwerp beroepsproduct

Begin juli 2016 is er door overleg een voorontwerp opgemaakt om een duidelijk beeld te krijgen over de ontwikkeling en de opbouw van het beroepsproduct. Aan de hand hiervan is een duidelijk beeld van de opbouw ontstaan om te starten met de ontwikkeling van het beroepsproduct.

Bij de opbouw van het beroepsproduct is het voorlopige plan bijgestuurd. Het voorontwerp (zie fig. 2) is aangepast tijdens de beginfase van het ontwikkelingsproces.

BENAMING MIDDEL

❖ *Probleem*

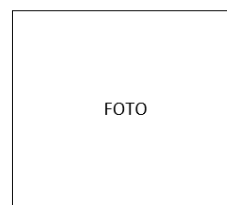
METHODEVERANDERING

(Naam middel)

❖ *Werking*

❖ *Aandachtspunten en opmerkingen*

❖ *Prijsindicatie en verkrijgbaarheid*



HULPMIDDEL

(Naam middel)

❖ *Werking*

❖ *Aandachtspunten en opmerkingen*

❖ *Prijsindicatie en verkrijgbaarheid*

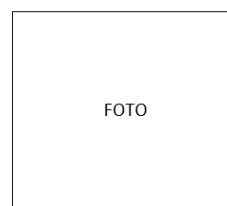


Fig. 2 – Voorontwerp opbouw toolbox

3.2 Uitvoeringsfase (do)

3.2.1 Praktische uitwerking toolbox

Het beroepsproduct is een gebruiksvriendelijke toolbox. De toolbox hoort bij deze bachelorproef als tweede deel.

3.2.1.1 Naamgeving beroepsproduct

Tijdens de eerste fases in de ontwikkeling is de naam ‘hulpmiddelengids’ gebruikt. Bij nader inzien is ‘hulpmiddelengids’ geen geschikte benaming voor dit beroepsproduct. Het eindproduct van deze bachelorproef omvat veel meer dan enkel een beschrijving van hulpmiddelen. Het bestaat onder andere uit een beschrijving van methodeveranderingen en hulpmiddelen. Daaraan wordt telkens de werking, aandachtspunten, opmerkingen, prijsindicatie en verkrijgbaarheid van dat specifieke middel, gekoppeld. Om deze reden is er onderzoek gedaan naar een nieuwe naam voor het beroepsproduct. In overleg met de externe promotor en de procesbegeleidster is er gekozen om het beroepsproduct de benaming ‘toolbox’ te geven.

3.2.1.2 Voorblad toolbox

Er is gekozen om een aantrekkelijk voorblad te maken aan de hand van een beeldende foto (zie fig. 3). Voor de foto op het voorblad van de toolbox is een oudere vrouw gefotografeerd die in de spiegel kijkt. Bij het grootste deel van de foto zijn grijstinten te zien. Het spiegelbeeld van de persoon wordt in kleur getoond. De keuze van het gebruik van deze kleuren heeft een symbolische waarde. Personen met dementie worden vaak bestempeld door de buitenwereld of de omgeving als ééntonig of grijs doordat ze niet veel meer zelfstandig kunnen en heel wat zaken vergeten. Het gekleurde spiegelbeeld staat symbool voor het feit dat personen met dementie hun wereld zien op hun eigen manier, een andere manier dan hoe de buitenwereld dit aanziet. De dame, te zien op het voorblad, gaat ermee akkoord dat de foto verspreid wordt en is heel blij om een deel te kunnen uitmaken van de toolbox.



Fig. 3 – Cover toolbox

3.2.1.3 Weergave winkels

In het begin van het ontwikkelingsproces is een lijst opgemaakt met alle winkels in de buurt van Meulebeke waar zaken die te maken hebben met een methodeverandering of hulpmiddel, aangekocht kunnen worden. In de eerste fase is het adres bij elke winkel genoteerd. Er is toen vertrokken vanuit het idee om de toolbox vooral bruikbaar te maken in de regio Meulebeke.

Tijdens een overleg met het GVO (woonzorggroep Gast Vrij Omgeven) is duidelijk geworden dat het beter is om in het beroepsproduct geen reclame te maken voor bepaalde winkels. De keuze is gemaakt om een overzicht te geven van de soorten winkels die bestaan, zonder reclame te maken voor een specifieke winkel. Zo kan de toolbox overal gebruikt worden en is deze niet meer gelinkt aan een bepaalde regio of aan streekgebonden winkels. Zo kan een breder publiek van ergotherapeuten het beroepsproduct hanteren in hun eigen regio.

Vooraan in de toolbox wordt een korte lijst weergegeven met de soorten winkels waarin de verschillende materialen voor methodeveranderingen en de hulpmiddelen terug te vinden zijn (zie fig. 4). Zo kan er gericht op zoek gegaan worden naar een specifieke winkel in de buurt van de persoon met dementie.

Lijst met winkels

WINKELS VAN DE MUTUALITEIT	DOE-HET-ZELF WINKELS
WARENHUIZEN	ELEKTROWINKELS
BOEKHANDELS & KOPIECENTERS	DROGISTERIJ
KLEINHANDELSZAKEN	WOONWARENHUIZEN
RETAIL WINKELS	ONLINESHOPS

Fig. 4 – Lijst winkels

3.2.1.4 Inhoudstafel

De inhoudstafel bevat een gestructureerde weergave en een duidelijk en kort overzicht van de inhoud van de toolbox.

In de inhoudstafel worden verschillende ADL-problemen (Activiteiten Dagelijks Leven) weergegeven die personen met dementie kunnen ervaren binnen een bepaalde ruimte. Zo is het onmiddellijk duidelijk waar juist in de toolbox er een oplossing voor dat probleem wordt beschreven.

De inhoudstafel (zie fig. 5) is opgebouwd uit verschillende kaders. Per hoofdstuk of rubriek is een nieuw kader opgemaakt met een eigen bepaalde kleur. Deze kleuren komen terug op het voorblad van elke rubriek. Dit zorgt ervoor dat het beroepsproduct een praktisch bruikbaar instrument wordt. Dit vergemakkelijkt het terugvinden van een bepaalde rubriek en een bepaalde methodeverandering of hulpmiddel in de toolbox. Zo is het toegankelijk voor alle ergotherapeuten en eventuele andere disciplines.

Inhoudstafel

RUIMTE OVERSTIJGENDE METHODEVERANDERINGEN EN HULPMIDDELEN	8	KEUKEN	51	GARAGE, BERGING & WASPLAATS	102
VISUELE CUES TER HERINNERING	9	EETLUST EN MAALTIJDEN BENUTTEN	52	STRIJKEN	103
STAPPENPLAN	9	KOOKPLAATBEDIENING	55	WASMACHINE EN DROOGKAST	104
POST-ITS	9	MICROGOLFOVENBEDIENING	58	AUTORIJDEN	105
PLAATSAANDUIDINGEN	10	OVEN- OF KOELKASTBEVEILIGING	59		
BLAD TER HERINNERING	10	VOEDINGSMIDDELEN BEWAREN	60	BUITENSHUIS	107
PICTOGRAMMEN, AFBEELDINGEN EN FOTO'S	11	DRINKEN	60	DWAALGEDRAG	108
GEHEUGENKAARTEN	11	KOFFIE MAKEN	62		
BLUE ASSIST	12	SPULLEN TERUGVINDEN IN KASTEN	64	ZINVOLLE DAGBESTEDING	111
KAART ALZHEIMERLIGA	12	AFWASSEN EN AFDROGEN	65	HOBBY'S	112
AUDITIEVE CUES TER HERINNERING	13	POETSEN	67	ACTIVITEITEN COGNITIEF VEREENVOUDIGEN	115
PRAATKNOP	13	BOODSCHAPPEN REGELEN	68	TUIN, WANDELEN, etc.	115
PRATEND FOTOALBUM	13	BADKAMER & TOILET	71	PRATEND FOTOALBUM	116
MEDICATIE INNEMEN	14	WASSEN VAN HET LICHAAM	72	PERSOONLIJKE VERZORGING	116
BEVEILIGING OP KASTEN	18	WASSEN VAN HET HAAR	76	HUISHOUDELIJKE TAKEN	117
ANGST VOORKOMEN	18	AAN- EN UITKLEDEN	78	DIEREN	117
GEZINSHULP/HULP IN HUIS	19	TOILET	80	MOTORISCHE ONRUST	118
				DAG INVULLING: DIENSTENCENTRUM OF DAGCENTRUM	118
				ROKEN	119
				APPS	120
				CLOUDINA	121
				Z'APP	121
WOONKAMER	20	SLAAPKAMER	84	BIJLAGENGIDS	122
TELEFOON	21	ONDSCHIED DAG- EN NACHTRITME	85		
TUJDSPANNING (kalender, afspraken, etc.)	26	NACHTELIJKE ONRUST	87	AANVULBLADEN	157
TUJDSPANNING (uurwerken en klokken)	34	KLEERKAST EN KLEDING	88		
FAMILIE HERKENNEN	37	VALRISICO VERMINDEREN	91		
AFSTANDSBEDIENING TV EN RADIO	38	HULP OM UIT BED TE KOMEN	92		
TERUGVINDEN VAN MATERIAAL	41	BESCHERMMAATRIJAL BED	92		
DEURBELVERSTERKER	42	GANG & TRAPPEN	93		
PAS OF PERSOONLIJK ALARMSYSTEEM	43	SLEUTELS	94		
DOMOTICA	44	SLOTEN	97		
DE POST	45	JAS NIET VERGETEN BIJ HET BUITENGAAN	98		
FINANCIËLE ITEMS	46	DWAALGEDRAG IN HUIS	99		
VALRISICO VERMINDEREN	48	VEILIGHEID BIJ HET NAAR BOVEN GAAN VIA DE TRAP	99		
ANGST VERMINDEREN	48	AUTOMATISCHE VERLICHTING	100		
VEILIGHEID	50	BEWEGINGSENSOR MET GESPROKEN TEKST	101		
TEMPERATUURREGELING EN KACHELS	50				

Fig. 5 – Inhoudstafel

3.2.1.5 Rubrieken

Tijdens het begin van de ontwikkeling is gebrainstormd over de opbouw van de toolbox met de externe promotor. De structuur is bekomen door de toolbox op te splitsen in categorieën of rubrieken. Deze worden opgedeeld volgens de ruimtes in een huis. Elke ruimte in het huis is een apart en nieuw hoofdstuk. De opbouw per rubriek is telkens gelijk. Indien niet onmiddellijk duidelijk is in welke ruimte bepaalde zaken terug te vinden zijn, is de inhoudstafel heel handig om te gebruiken.

Het eerste hoofdstuk omvat de ruimte overstijgende methodeveranderingen en hulpmiddelen. De hoofdstukken die daarop volgen zijn: woonkamer, keuken, badkamer en toilet, slaapkamer, gang en trappen, garage, berging en wasplaats. Op het einde zijn nog enkele hoofdstukken toegevoegd zoals het hoofdstuk buitenshuis, een hoofdstuk met als thema zinvolle dagbesteding bij personen met dementie en een hoofdstuk waarin apps beschreven worden die een hulp kunnen bieden bij het zelfstandig uitvoeren van activiteiten. De laatste twee rubrieken bestaan uit de bijlagengids en de aanvulbladen. Deze verschillende laatste hoofdstukken zijn niet meer benoemd naar de ruimtes in het huis, maar worden wel als noodzakelijk gezien binnen de toolbox.

Elk(e) hoofdstuk of rubriek heeft een eigen kleur waardoor er een link is met de inhoudstafel. Deze kleuren spelen een belangrijke rol bij de praktische bruikbaarheid van de toolbox. Dit creëert gebruiksgemak voor de ergotherapeuten die het beroepsproduct willen implementeren tijdens een huisbezoek.

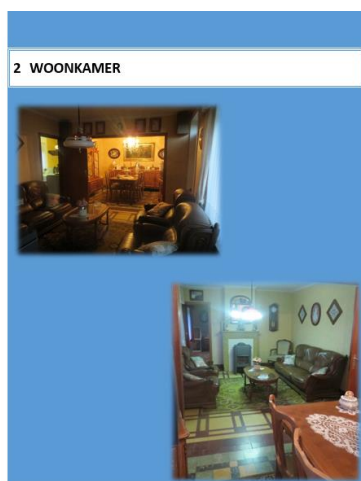


Fig. 6 – Foto voorblad rubriek 2

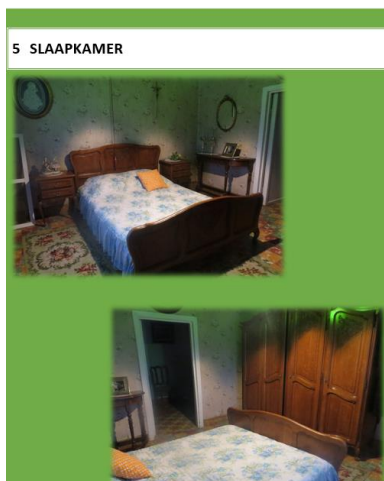


Fig. 7 – Foto voorblad rubriek 5

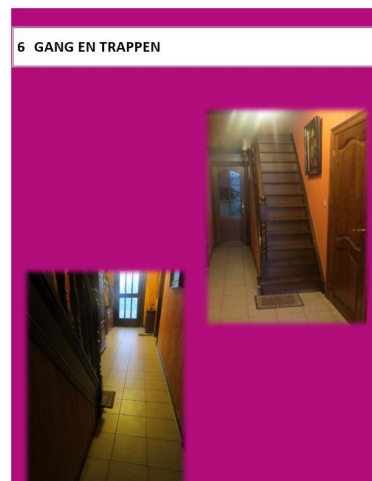


Fig. 8 – Foto voorblad rubriek 6

3.2.1.6 Structureren van methodeveranderingen of hulpmiddelen

Bij elk middel of probleem wordt een onderscheid gemaakt tussen de methodeveranderingen en de hulpmiddelen, dit wordt duidelijk weergegeven in de toolbox met een paars en groot lettertype.

3.2.1.7 Omschrijving per methodeverandering of hulpmiddel

Uit de verschillende bronnen die gevonden zijn tijdens de literatuursearch, zijn de meest geschikte methodeveranderingen en hulpmiddelen geselecteerd om te beschrijven in de toolbox.

Per methodeverandering of hulpmiddel wordt telkens de werking, aandachtspunten en opmerkingen, prijsindicatie en verkrijgbaarheid beschreven.

De werking omvat een beschrijving van hoe het middel gebruikt kan worden. Bij de aandachtspunten en opmerkingen worden belangrijke tips weergegeven waarmee de mantelzorger of ergotherapeut rekening moet houden tijdens de implementatie. De prijsindicatie geeft een richtprijs weer, de prijs kan variëren afhankelijk van de winkel of webshop waarop het aangekocht kan worden. Bij de verkrijgbaarheid worden mogelijke aankoopplaatsen weergegeven, er kunnen verschillende winkels of webshops zijn waarop het hulpmiddel verkregen kan worden.

2.6 Afstandsbediening tv en radio

❖ **Probleem**

Wanneer de persoon met dementie moeite heeft om met de afstandsbediening te werken van de tv of radio kunnen hiervoor oplossingen geboden worden.

Methodeveranderingen

2.6.1 Afplakken van onnodige functies

❖ **Werking**

De knoppen die niet gebruikt moeten worden, kunnen worden afgeplakt met plakband of stickers.



❖ **Aandachtspunten en opmerkingen**

- Zorg ervoor dat enkel de niet gebruikte toetsen worden afgeplakt;
- Wijs de persoon met dementie erop dat hij of zij deze toetsen niet nodig heeft en de plakband best laat hangen;
- Oefen samen.

❖ **Prijsindicatie en verkrijgbaarheid**

Enkel plakband moet hierbij aangekocht worden. Het is de bedoeling om zelf te kijken welke functies onnodig zijn en deze af te plakken.

Fig. 9 – Voorbeeld opdeling per middel

3.2.1.8 Icoon getest

De hulpmiddelenmarkt staat niet stil. Daardoor is het niet mogelijk om binnen de termijn van deze bachelorproef alle methodeveranderingen en hulpmiddelen uit te testen. Om een duidelijk beeld te krijgen van enkele methodeveranderingen en hulpmiddelen zijn bepaalde ervan toch uitgetest bij thuiswonende personen met dementie in de periode van oktober tot december 2016.

Onderstaand zelfontworpen logo geeft in de toolbox aan welke middelen in de praktijk effectief uitgetest zijn. Daarnaast zijn er naar aanleiding van deze testfase praktische tips voor de implementatie terug te vinden in het beroepsproduct.



Fig. 10 – Icoon getest

3.2.1.9 Verwijzingen

Bepaalde methodeveranderingen of hulpmiddelen kunnen gebruikt worden binnen verschillende ruimtes. De beschrijving wordt slechts éénmaal uitgeschreven. Doorheen het beroepsproduct wordt telkens verwezen naar het gelijkaardige middel, aangetoond aan de hand van een balk in dezelfde kleur als de rubriek waarnaar verwezen wordt (zie fig. 11).

Zie > 1.1.1 Stappenplan

Fig. 11 – Voorbeeld verwijzing

3.2.1.10 Bijlagengids

De bijlagengids bevindt zich achteraan de toolbox. Hierin zijn enkele methodeveranderingen of hulpmiddelen opgenomen onder de vorm van fiches of schema's. Dit kan een handig hulpmiddel zijn wanneer documenten dienen gekopieerd te worden. De zelfgemaakte documenten zijn voorgelegd, besproken en eventueel aangepast. Hieronder wordt een zelfgemaakte voorbeeldfiche weergegeven (zie fig. 12).

Druk op afstandsbediening	Tv-post
1	
2	
3	
4	
5	

Fig. 12 – Voorbeeldfiche

3.2.1.11 *Beeldmateriaal verzamelen*

Het beeldmateriaal dat bij enkele middelen wordt weergegeven, bestaande uit een foto of afbeelding, creëert een duidelijk beeld van het bepaalde middel.

Gedurende het ontwikkelingsproces is gericht onderzoek gedaan naar de verschillende methodeveranderingen en hulpmiddelen om foto's van te maken. De meeste foto's zijn zelf genomen, de andere zijn gevonden op het internet. Bij het beeldmateriaal dat gevonden is op het internet is telkens gerefereerd naar de auteur of website.

3.3 Controlefase (Check)

3.3.1 Bevraging standpunten voorlopige toolbox bij ergotherapeuten aan huis

Tijdens de bijscholing, ergotherapie bij thuiswonende personen met dementie, eind januari 2017 in de Arteveldehogeschool te Gent zijn voorlopige toolboxes verspreid. De aanwezige ergotherapeuten hebben de kans gekregen om deze te bekijken en hun feedback hierover te geven. De aanwezigen hebben aangegeven dat er nood is aan zo'n beroepsproduct en dat het een goed initiatief is om dit te ontwikkelen. De indeling volgens de ruimtes in het huis is ook positief becommentarieerd. Het wordt aangegeven als handig in gebruik bij het opzoeken van een specifieke methodeverandering of hulpmiddel.

Eén van de ergotherapeuten heeft aangegeven dat het handig kan zijn om deze toolbox ook online te plaatsen. Veel ergotherapeuten nemen de dag van vandaag hun laptop mee op huisbezoek. Wanneer de toolbox online te raadplegen is, kan deze in enkele seconden geopend en gebruikt worden. Ook de documenten zoals de fiches zouden dan online kunnen gedownload en aangepast worden specifiek aan de cliënt. Naar aanleiding van deze feedback is het idee ontstaan om een inblikvoorbeeld van de toolbox online te plaatsen op de website van het WZC Sint Vincentius zelf. Dit is tijdens het maken van de bachelorproef nog in ontwikkeling.

3.4 Bijstellingsfase (Act)

Doorheen het ontwikkelingsproces zijn enkele herwerkingen doorgevoerd. Deze worden hierboven beschreven bij de uitvoeringsfase.

3.5 Eindproduct

3.5.1 Bundelen papieren versie

Op het einde van het ontwikkelingsproces zijn in april 2017 enkele kopiecentrums bevraagd over het bundelen van het beroepsproduct. Het is belangrijk dat het beroepsproduct praktisch hanteerbaar blijft. Daarom is er gekozen om de toolbox te bundelen met metalen ringen, dit wordt hieronder weergegeven (zie fig. 13).

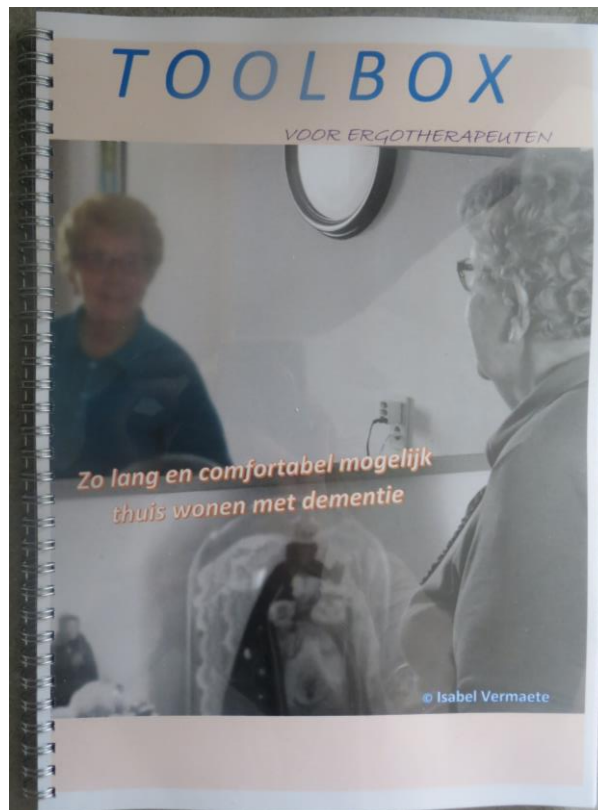


Fig. 13 – Gebundeld eindproduct papieren versie

3.5.2 Toolbox in PDF op CD

Om de financiële kant te beperken, is er gekozen om de toolbox mee te geven binnen deze bachelorproef op een CD in PDF-versie. Deze is achteraan de bachelorproef terug te vinden.

3.5.3 Digitale versie

Op de website van het WZC Sint Vincentius wordt een inblikexemplaar van de toolbox opengesteld. Dit is tijdens het uitwerken van de bachelorproef nog in ontwikkeling. Vandaar dat er op de PDF-versie op de CD in de bachelorproef, een label van copyright is toegevoegd.

4 DISCUSSIE

De discussie omvat een evaluatie van het proces en het product van deze bachelorproef.

4.1 Evaluatie proces

Het ontwikkelingsproces van deze bachelorproef kent zowel bevorderende als belemmerende factoren.

4.1.1 Bevorderende factoren

Doordat de bachelorproef door één student wordt geschreven, moet er geen rekening gehouden worden met andere groepsleden. Telkens wordt dezelfde schrijfstijl gehanteerd en moet er geen taakverdeling worden opgesteld. Daarnaast is de uitvoerder van deze bachelorproef tijdig begonnen met de uitwerking ervan. Deze factor heeft ervoor gezorgd dat het beroepsproduct meermaals geëvalueerd en aangepast kon worden.

Er zijn in het begin van het ontwikkelingsproces weinig beperkingen of eisen opgelegd door de promotor waardoor de uitvoerder van deze bachelorproef, het beroepsproduct een eigen creatieve inbreng heeft kunnen geven. Naast de bijsturingen op vlak van inhoud door de externe promotor is er sprake van een grote vrijheid tijdens de uitwerking van deze bachelorproef en toolbox. Dit omvat een positief aspect.

Wat nog als positief omschreven kan worden, is de goede samenwerking met de promotor en procesbegeleidster. Er is op een goede manier gecommuniceerd en de student heeft telkens de verantwoordelijkheid opgenomen om het contact te onderhouden met beide personen. Doordat de integratiestage heeft plaatsgevonden binnen het WZC Sint Vincentius, zijn er in de eerste helft van het ontwikkelingsproces meer overlegmomenten ingepland. De feedback en tips zijn telkens verwerkt in de bachelorproef.

4.1.2 Belemmerende factoren

Het zoeken naar literatuur met betrekking tot het onderwerp van deze bachelorproef is in het begin van het ontwikkelingsproces niet altijd even vlot verlopen. Aan de hand van enkele tips door de promotor is dit verbeterd.

Het schrijven van de bachelorproef door één student kan deels als een obstakel worden omschreven. Er wordt gekeken vanuit één perspectief en de taken kunnen niet verdeeld worden. Al het werk valt op de schouders van één student. Aangezien het gaat om een beroepsproduct is er veel werk vereist. Het is belangrijk om een goed evenwicht te vinden tussen het schrijven van de bachelorproef, de vele andere taken en de drukke stageperiodes. Al bij al is dit meegevallen omdat reeds in september begonnen is met het ontwikkelen van het beroepsproduct.

Ondanks enkele belemmerende factoren kan gezegd worden dat het proces vlot is verlopen. De vooropgestelde planning is goed gevolgd waardoor alles tijdig is geprint en ingediend.

4.2 Evaluatie product

Het beroepsproduct van deze bachelorproef, de toolbox, is een gestructureerde weergave van methodeveranderingen en hulpmiddelen voor thuiswonende personen met dementie. Het beroepsproduct kent enkele sterke punten, maar het heeft ook een aantal beperkingen. Op het einde van de discussie worden nog enkele aanbevelingen of suggesties meegegeven die kunnen gehanteerd worden tijdens een eventuele vernieuwende ontwikkeling van het beroepsproduct.

Al deze factoren worden hieronder beschreven aan de hand van een SWOT-analyse. Dit bestaat uit vier verschillende onderdelen namelijk Strengths of sterktes, Weakness of zwaktes, Opportunities of kansen en Threats, wat staat voor bedreigingen (Nieuwenhuis, 2010). Binnen deze bachelorproef wordt de analyse gebruikt om het beroepsproduct, de toolbox, te evalueren.

4.2.1 Sterktes

Het beroepsproduct is een praktisch bruikbaar instrument dat de ergotherapeut overal mee naar toe kan nemen. Het is handig te raadplegen doordat de rubrieken opgedeeld zijn volgens de ruimtes in het huis en gekoppeld zijn aan een vaste kleur. De inhoudstafel zorgt ervoor dat bepaalde middelen snel kunnen terug gevonden worden aan de hand van de ADL-problemen die de persoon met dementie ervaart. De ergotherapeut kan het gebruiken tijdens het huisbezoek bij thuiswonende personen met dementie en om mantelzorgers te informeren. Doordat dit beroepsproduct de autonomie van personen met dementie kan verhogen, biedt het een vermindering aan de belasting van de mantelzorgers.

De toolbox bevat een gestructureerde weergave van methodeveranderingen en hulpmiddelen om de autonomie van thuiswonende personen met dementie te bevorderen. Dit beroepsproduct kan de kennis van heel wat ergotherapeuten hieromtrent verruimen. Momenteel beschikken veel ergotherapeuten over te weinig kennis van methodeveranderingen en hulpmiddelen die gericht zijn

op het geheugen van personen met dementie. De toolbox draagt dan ook bij tot het efficiënter laten verlopen van een huisbezoek. Het beroepsproduct zorgt ervoor dat ergotherapeuten ondersteuning kunnen bieden in het bevorderen van de autonomie van thuiswonende personen met dementie. Op die manier kan bijgedragen worden aan het verhogen van de kwaliteit van leven van thuiswonende personen met dementie en hun omgeving. Hieruit kan besloten worden dat het beroepsproduct voldoet aan de vooropgestelde doelstellingen.

Ondanks dat de toolbox niet getest is in praktijksituaties, biedt het een verzameling van waardevolle informatie die voorheen te weinig is geïmplementeerd. De toolbox biedt een meerwaarde, dit is ook gebleken na rondvraag aan ergotherapeuten die vaak op huisbezoek gaan bij personen met dementie.

Een andere sterkte is dat enkele methodeveranderingen en hulpmiddelen effectief uitgetest zijn bij thuiswonende personen met dementie. Dit wordt in de toolbox aangegeven met het gekende icoon. Het beeldmateriaal dat opgenomen is in de toolbox, zorgt voor verduidelijking van bepaalde methodeveranderingen en hulpmiddelen. De opgemaakte fiches zijn achteraan in de bijlagengids, terug te vinden. Ergotherapeuten kunnen deze gebruiken in het werkveld.

De toolbox wordt opengesteld voor aanvullingen. Wanneer ergotherapeuten ontdekken dat er belangrijke zaken niet vermeld worden, kunnen deze gemeld worden per mail aan de externe promotor van deze bachelorproef.

Een ander positief aspect is het inblikvoorbeeld van de toolbox dat zal opengesteld worden op de website van het WZC Sint Vincentius. Zo kunnen ergotherapeuten bepaalde zaken online raadplegen. Dit is op het moment van indienen van de bachelorproef nog in ontwikkeling.

Doordat tijdig is begonnen met het ontwikkelen van de toolbox is er voldoende tijd geweest om hierover te overleggen en bij te sturen volgens de verkregen feedback. Zo kan de toolbox afgeleverd worden met voldoende kwaliteit.

4.2.2 Zwaktes of beperkingen

Een zwakte van het beroepsproduct is dat het nooit volledig kan zijn. De markt met methodeveranderingen en hulpmiddelen staat niet stil. Er verdwijnen zaken, maar er worden ook telkens nieuwe ontwikkeld. Het is onmogelijk om al deze zaken op te nemen in het beroepsproduct.

Binnen de toolbox is gekozen om te werken volgens de ruimtes van het huis. Bij bepaalde methodeveranderingen en hulpmiddelen is het niet eenvoudig om deze te plaatsen binnen één bepaalde ruimte. Daardoor is beslist om bepaalde middelen te plaatsen naar eigen inzien onder de meest geschikte ruimte of deze toe te voegen aan het ruimte overstijgend hoofdstuk.

Een andere beperking bij het beroepsproduct is dat de toolbox niet uitgetest is in het werkveld. De promotor is halverwege de ontwikkeling van de bachelorproef in zwangerschapsverlof gegaan. De keuze om dit door andere ergotherapeuten aan huis te laten uittesten is bewust niet gemaakt. De kans bestaat dat in een later stadium, de toolbox een verdere ontwikkeling kan ondergaan. De woonzorggroep GVO kan dit eventueel, samen met hun eigen meetinstrumenten, uitgeven zodat het een groot aantal ergotherapeuten kan bereiken.

De toolbox richt zich voornamelijk naar personen met beginnende dementie, wat als beperking kan omschreven worden. Personen die zich in een beginnende fase van dementie bevinden, zijn in staat om nog enkele zaken aan te leren. Bij personen in een gevorderd stadium van dementie lukt dit vaak niet meer.

Wat ook als een beperking gezien kan worden, is dat elke ergotherapeut afhankelijk is van het eigen therapeutisch aanpassingsvermogen. Elke persoon met dementie (en zijn omgeving) is anders. De effectieve implementatie van de toolbox hangt heel sterk samen met het inschatten van de draagkracht en draaglast van de thuissituatie door de ergotherapeut. Niet alles is bij iedereen toepasbaar, het moet kritisch bekeken worden.

4.2.3 Kansen, aanbevelingen of suggesties

Het beroepsproduct van deze bachelorproef biedt een meerwaarde bij het bevorderen van de autonomie van thuiswonende personen met dementie. Deze toolbox is aan te bevelen voor alle ergotherapeuten die aan huis gaan bij personen met dementie. Het biedt een verruiming aan kennis van alle ergotherapeuten. Er bestaat een markt voor dit product, daarom kan het een kans zijn om dit beroepsproduct in de toekomst te commercialiseren. Het product vult een tekort op in de bestaande markt aan methodeveranderingen en hulpmiddelen. Ook zijn er suggesties welkom om het beroepsproduct aan te vullen.

Tegenwoordig kent technologie een grote evolutie. Er zijn steeds nieuwe technologische hulpmiddelen ter beschikking die de autonomie van thuiswonende personen met dementie verhogen. Deze kunnen opgenomen worden in het beroepsproduct.

Een andere aanbeveling is om de digitale versie op punt te stellen. Tegenwoordig wordt voornamelijk gebruik gemaakt van multimedia en technologie waardoor een digitale versie een meerwaarde kan bieden. Vooral jonge ergotherapeuten zullen dit een meerwaarde vinden binnen het gebruik ervan. Het inblikexemplaar is op het moment van het indienen van de bachelorproef nog in ontwikkeling.

4.2.4 Bedreigingen of valkuilen

Een bedreiging voor het beroepsproduct is dat de kans bestaat dat na het indienen er verder niets meer mee gedaan wordt. Organisaties en ergotherapeuten zullen moeten openstaan voor het gebruik van de toolbox. Om een groot doelpubliek te bereiken zal er een bekendmaking nodig zijn, anders zal het weinig effect hebben.

De toolbox is nog niet uitgetest in het werkveld. Door het te laten uittesten kan er op een objectieve manier bekeken worden of het effectief nuttig is en of het praktisch hanteerbaar gezien wordt door anderen. Dit biedt effectief een meerwaarde.

Het is belangrijk dat ergotherapeuten op een creatieve manier blijven nadenken over oplossingen voor problemen bij thuiswonende personen met dementie. De bedreiging hierbij is dat ergotherapeuten zich enkel nog gaan richten op wat in de toolbox beschreven staat. Het is van groot belang dat er kritisch nagedacht wordt over het aankopen of implementeren van bepaalde methodeveranderingen en hulpmiddelen. Niet alles is bij iedereen toepasbaar, het is belangrijk dat alles op maat van de unieke persoon gebeurt.

4.3 Reflectie

De doelstelling binnen de probleemstelling is omschreven als het geven van een gebundeld overzicht van de verschillende methodeveranderingen en geheugenhulpmiddelen die reeds bestaan voor personen met dementie. Er kan gesteld worden dat deze doelstelling behaald is. De toolbox omvat een gestructureerde weergave van de verschillende middelen die bestaan zodat ergotherapeuten aan de slag kunnen om deze te implementeren bij thuiswonende personen met dementie.

Het beroepsproduct van deze bachelorproef, de toolbox, heeft als doel de implementatie te verbeteren. Zo kan er gestreefd worden naar een zo groot mogelijke zelfstandigheid die het zo lang mogelijk thuis wonen mogelijk maakt en naar een optimale kwaliteit van leven.

Tijdens een bijscholing voor ergotherapeuten aan huis is de toolbox als positief en handig becommentarieerd. Deze personen hebben aangegeven dat hier een echte nood aan is en dat deze toolbox een meerwaarde kan bieden tijdens het huisbezoek. Of dit ook effectief gebruikt zal worden om de implementatie te verbeteren of de kloof te verkleinen, moet nog verder onderzocht worden. Het beroepsproduct is momenteel nog niet uitgetest in het werkveld, dit is een eerstvolgende stap voor de externe promotor na haar zwangerschapsverlof.

4.4 Link met ergotherapie

Het beroepsproduct is een werkbaar en praktisch instrument voor ergotherapeuten aan huis, waarin de link met ergotherapie duidelijk is. Aan de hand van dit beroepsproduct kan de ergotherapeut zijn kennis, wat betreft methodeveranderingen en hulpmiddelen om de autonomie te bevorderen bij thuiswonende personen met dementie, verrijken.

Het beroepsproduct geeft ergotherapeuten de kans om het huisbezoek efficiënter te laten verlopen. Ergotherapeuten kunnen zich profileren aan de hand van dit beroepsproduct aangezien het experts zijn op vlak van aanpassingen van het dagelijks leven en van het dagelijks handelen. Aan de hand van de toolbox kan de ergotherapeut advies geven op maat van de thuiswonende persoon met dementie en zijn eventuele mantelzorgers, waardoor het leven als comfortabeler aanschouwd wordt. Zo krijgt de persoon met dementie de kans om langer thuis te wonen mits implementatie van enkele methodeveranderingen en hulpmiddelen.

Ergotherapie aan huis kent nog maar een beginfase tijdens de uitwerking van deze bachelorproef. Er zijn heel wat personen met dementie en mantelzorgers die nog geen beroep doen op een ergotherapeut. Dit beroepsproduct zorgt deels voor de profilering van de ergotherapeut bij de doelgroep thuiswonende personen met dementie en hun mantelzorgers.

De toolbox dient als een autonomieverhogend middel voor thuiswonende personen met dementie. Daarbij is de link met ergotherapie heel sterk. De ergotherapeut ondersteunt de cliënt voornamelijk in het zo zelfstandig mogelijk handelen binnen het dagelijks leven. Door zaken vanuit de toolbox te implementeren bij de doelgroep, wordt dit vervuld. Op die manier blijft de kwaliteit van leven onderhouden of wordt deze verhoogd, wat dan ook verwijst naar één van de functies van de ergotherapeut.

5 CONCLUSIE

Uit de literatuur blijkt dat door de vergrijzing het aantal personen met dementie blijft stijgen. Heel wat van deze personen wonen tegenwoordig nog thuis in hun eigen omgeving. Extra ondersteuning op het gebied van wonen, zelfzorg en vrije tijd is hierbij een must.

Het is de bedoeling dat de autonomie en de kwaliteit van leven van personen met dementie wordt bevorderd. Ondanks het feit dat er reeds heel wat bestaat, wordt er vastgesteld dat ergotherapeuten slechts een beperkte kennis hebben over de verschillende methodeveranderingen en hulpmiddelen die specifiek gericht zijn op personen met dementie. Naar aanleiding van een gebrek aan implementatie is de vraag naar een beroepsproduct over dit onderwerp ontstaan vanuit het infopunt dementie, waar thuiswonende personen met dementie worden begeleid.

In deze bachelorproef wordt een extra ondersteuning uitgewerkt onder de vorm van een toolbox voor ergotherapeuten, die bij personen met dementie aan huis gaan. Het gaat om een gebundeld overzicht van de verschillende methodeveranderingen en hulpmiddelen die reeds bestaan. Door gebruik te kunnen maken van een praktisch hanteerbare tool waarin alle informatie gebundeld is, heeft de ergotherapeut de kans om het huisbezoek efficiënter te laten verlopen. Daarnaast kan de ergotherapeut zijn kennis, wat betreft methodeveranderingen en hulpmiddelen om de autonomie te bevorderen bij thuiswonende personen met dementie, verrijken.

Het beroepsproduct van deze bachelorproef, de toolbox, heeft als doel de implementatie te verbeteren. Zo kan er gestreefd worden naar een zo groot mogelijke zelfstandigheid waardoor enerzijds het zo lang mogelijk thuis wonen meer haalbaar blijft en anderzijds de kwaliteit van leven geoptimaliseerd wordt.

Er zijn verschillende sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen verbonden aan het beroepsproduct waar rekening mee gehouden dient te worden bij de implementatie van de toolbox. In de toekomst kunnen alle ergotherapeuten die aan huis gaan bij deze doelgroep de praktisch hanteerbare toolbox gebruiken.

LITERATUURLIJST

- American Psychiatric Association. (2013). *Belangrijkste wijzigingen DSM-V*. Geraadpleegd op 17 oktober 2016 via http://www.dsm-5-nl.org/documenten/dsm_whitepaper_belangrijkste_wijzigingen_web_def.pdf
- Ando, H., Sakamoto, M., & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 25(5), 775-784. doi: 10.1017/S1041610212002256.
- Bengtsson, J., Bentvelzen, S., Bouman, A.I., Davies, R., Dröes, R., Hettinga, M., Meiland, F., Moelaert, F., Mulvenna M., & Sävenstedt, S. (2012). Usability of a new electronic assistive device for community-dwelling persons with mild dementia. *Aging & Mental Health*, 16(5), 584-591. doi: 1080/13607863.2011.651433
- Bessio, S., & Andrich, R. (2002). Being informed, demanding and responsible consumers of assistive technology: an educational issue. *Disability and rehabilitation*, 24(1-3), 152-159. doi: 10.1080/09638280110064778.
- Boger, J., Dunal, L., Quraishi, M., & Turcotte, N. (2014). The identification of assistive technologies being used to support the daily occupations of community-dwelling older adults with dementia: a cross-sectional pilot study. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 9(1), 19-30. doi: 10.3109/17483107.2013.785035
- Brittain, K., Dickinson, C., Gibson, G., & Robinson, L. (2015). The everyday use of assistive technology by people with dementia and their family carers: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 1589. doi:10.1186/s12877-015-0091-3
- Buijssen, H. (2010). *De heldere eenvoud van dementie: Een gids voor de familie* (twaalfde druk). Houten: Spectrum.
- Caffo, A., Damen, M., Groenendaal, M., Hoogeveen, F.R., & Perilli, V. (2014). Foutloos leren bij dementie. *Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 124(2), 46-48.
- Caffo, A., Groenendaal, M., Hoogeveen, F.R. & Perilli, V. (2014). Lerend vermogen bij dementie. *Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 124(2), 42-44.
- Charlesworth, G., Feast, A., Melunsky, N., Moniz-Cook, E., & Orrell, M. (2016). Behavioural and psychological symptoms in dementia and the challenges for family carers: systematic review. *The British journal of psychiatry*, 208(5), 429-434. doi: 10.1192/bjp.bp.114.153684

- De Coninck, L. (2013). *Ergotherapie in de gerontologie. Basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*. Leuven: Acco.
- De Donder, L., De Witte, N., Dury, S., Kardol, T., Smetcoren, A.-S., & Verté, D. (2014). Denken over later? Attitudes van ouderen ten opzichte van verschillende woonvormen in Vlaanderen. *Ruimte & maatschappij*, 6(2), 14-38.
- De Koker, B., De Vos, L. (2014). *Zicht op mantelzorg: Gespreksleidraad voor de behoefteanalyse bij mantelzorgers van thuiswonende ouderen*. Gent: Academia Press.
- De Koker, B. (2010). Perceived Care Giver Burden of Spouses and Children in Flanders: Who's Feeling more Burdened and Why? *Ageing. Care Need and Quality of Life*, 204-221. doi: 10.1007/978-3-531-92335-2_11
- Delaere, M. (z.j.). *Infopunt dementie*. Geraadpleegd op 20 februari 2016 via <http://www.sint-vincentius-meulebeke.gvo.be/dementievriendelijke-basiszorg/>
- De Roover, K., & Van der Jeugd, S. (2016). *Veiligheid opsporen in de thuissituatie van ouderen met dementie: ontwikkeling VOTO-dem-score* [Bachelorproef]. Gent: Arteveldehogeschool Bachelor in de ergotherapie.
- De Werd, M., Boelen, D., & Kessels, R. (2013). *Foutloos leren bij dementie*. Den Haag: Boom Lemma.
- Dirkse, R., Hoogeveen, F., Kessels, R., & van Dixhoorn, I. (2011). *(Op)nieuw geleerd, oud gedaan: over het lerend vermogen van mensen met dementie: met veel aandacht voor de emotionele en psychologische aspecten van de omgang met dementie*. Utrecht/Antwerpen: Kosmos.
- Dirkse, R., & Petit, C. (2009). *Had ik het maar geweten: praktisch basisboek over de omgang met dementie voor familie en zorgverleners*. Utrecht/Antwerpen: Kosmos.
- Dirkse, R., & Vermeer, L. (2013). *Handig bij dementie*. Utrecht/Antwerpen: Kosmos.
- Dohmen, D.A.J., Nijhof, N., Seydel, E.R., & van Gemert-Pijnen, J.E.W.C. (2009). Dementie en technologie. Een studie naar de toepassingen van techniek in de zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. *Tijdschrift gerontologie en geriatrie*, 40(3), 113-132.
- Encyclo destkop. (2017). *Betekenis van begrippen: wanen, hallucinaties, apathie*. Geraadpleegd op 2 november 2016 via <http://www.encyclo.nl/begrip/>

- Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw. (z.j.). *Raming aantal personen met dementie*. Geraadpleegd op 18 februari 2017 via <http://www.dementie.be/home/sample-page/prevalentie/>
- Expertisecentrum Mantelzorg. (z.j.). *Definitie mantelzorg*. Geraadpleegd op 29 oktober 2016 via <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/em/over-mantelzorg.html>
- Fritschy, E., Kessels, R., & Postma A. (2004). Externe hulpmiddelen ter ondersteuning van het geheugen van patiënten met dementie: een literatuurstudie naar de effectiviteit en toepasbaarheid. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 35(6), 234-239.
- Geenen, K. (2015). *Ergotherapie in de geriatrie. Basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*. Leuven: Acco.
- Graff, M., Thijssen, M., van Melic, M., Verstraten, P., & Zajec, J. (2010). *Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Greenhalg, T., Hinder, S., Procter, R., Stones, R., Sugarhood, P., & Wherton, J. (2013). What matters to older people with assisted living needs? A phenomenological analysis of the use and non-use of telehealth and telecare. *Social Science & Medicine*, 93(0), 86-94. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.05.036
- Internationale classificatie van ziekten van de wereldgezondheidsorganisatie* [website]. (2006). Geraadpleegd op 5 april 2016 via http://www.rivm.nl/who-fic/ICD10%20TT%200.2/html/ICD-10_Resources/ICD-10_Volume_1.pdf
- J.W. Wouters, E., & van Hoof, J. (2012). *Zorgdomotica*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kerkhof, Y. F., Rabiee, F., & Willems, C. G. (2015). Experiences of using a memory aid to structure and support daily activities in a small-scale group accommodation for people with dementia. *Dementia (14713012)*, 15(5), 633-649 17p. doi: 10.1177/1471301213504210
- Kinébanian, A., le Granse, M., & van Hartingsveldt, M. (2013). *Grondslagen van de ergotherapie (derde druk)*. Amsterdam: Reed business education.
- Kramer, B. (2013). Dementia caregivers in germany and their acceptance of new technologies for care: the information gap. *Public Policy & Aging Report*, 24, 32-34. doi: 10.1093/ppar/pr002

- Lautenschlager, N.T. (2016). Progress in BPSD research: analyzing individual BPSD might hold the key to better support caregivers. *International Psychogeriatrics*, 16(1-2). doi: 10.1017/S1041610216001472
- Meeuws, S., & Steyaert, J. (2015). *Langer thuis met dementie: de (on)mogelijkheden in beeld*. Berchem: EPO.
- Nederlands huisartsen genootschap. (2016). *Richtlijnen dementie*. Geraadpleegd op 18 mei 2016 via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-dementie#note-56>
- Nieuwenhuis, M.A. (2010). *SWOT-analyse*. Geraadpleegd op 27 april 2017 via http://123management.nl/0/010_strategie/a120_strategie_07_swot.html
- Paavilainen, E., Rijkonen, M., & Salo, H. (2013). Factors supporting the use of technology in daily life of home-living people with dementia. *Technology & Disability*, 25(4), 233-243. doi:10.3233/TAD-130393
- Passionned Group. (2017). *Plan Do Check Act*. Geraadpleegd op 18 februari 2017 via <https://www.pdcacyclus.nl/verbetermethoden/plan-do-check-act/>
- The Board of Trustees of the University of Illinois. (2016). *What is the P.I.C.O. Model?* Geraadpleegd op 27 januari 2017 via <http://researchguides.uic.edu/c.php?g=252338&p=3954402>
- Van Handenhoven, W., & Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw. (2014). *Jaarboek ergotherapie 2014*. Leuven: Acco.
- Verdult, R. (2003). *De pijn van dement zijn. De belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag*. Baarn: HBuitgevers.
- Verdult, R. (z.j.). *Afscheidslezing psychogeriatric*. Geraadpleegd op 5 april 2016 via <http://www.stroeckenverdult.be/site/upload/docs/AFSCHEIDSLEZINGRR.pdf>
- Verhaest, P. (2008). Expertisecentrum Dementie Vlaanderen VZW. *Basisinformatie dementie*. Geraadpleegd op 11 oktober 2016 via <http://www.dementie.be/wp-content/uploads/2016/05/2008-basisinformatie-dementie.pdf>
- Vlaams Ergotherapeutenverbond. (2015). *Beroepsprofiel Ergotherapie*. Geraadpleegd op 5 november 2016 via <http://www.ergotherapie.be/NL/web-2432/Visie>
- Vlaams Ergotherapeutenverbond. (2017). *Draft van het beroepsprofiel van de ergotherapeut* [Onuitgegeven document].

BIJLAGENLIJST

Bijlage A:	Strategieënlijst
Bijlage B:	VOTO-dem-score
Bijlage C:	Zicht op mantelzorg
Bijlage D:	Literatuurstudie

BIJLAGEN

Bijlage A: Strategieënlijst

4 Instrument - Strategieënlijst

	<i>Gedrag oudere met dementie</i>	<i>Gedrag mantelzorger</i>	<i>Opmerkingen</i>
Perceptuele strategieën <ul style="list-style-type: none">• visueel• auditief• tactiel en ander			
Temporele aanpassing <ul style="list-style-type: none">• pacing• isoleren voorwerpen en volgordes			
Versterken van de aandacht <ul style="list-style-type: none">• vooruitkijken• terugkijken• controleren			
Trial-and-error			
Ondersteuning door taal <ul style="list-style-type: none">• gesproken taal• geschreven taal			
Lichaamstaal en visualisering			
Hulp in de sociale omgeving			
Gewoonten en routines			
Hulpmiddelen			

VOTO- dem- score

Veiligheid Opsporen
in de Thuisituatie van Ouderen - **dementie**

mei 2016
S. Van der Jeugd en K. De Roover



De VOTO-score werd ontwikkeld in het kader van een bachelorproef aan de opleiding Bachelor in de ergotherapie aan de Arteveldehogeschool te Gent: www.arteveldehs.be
De studie rond de VOTO-dem-score werd uitgevoerd in het Universitair Ziekenhuis Brussel en is een uitbreiding op de VOTO-score die werd ontwikkeld door C. Verstraete, G. Braeckman en L. De Coninck in juni 2009.

Inleiding

Als zorgverlener overloopt de ergotherapeut het scoreformulier Veiligheid Opsporen in de Thuisituatie van ouderen met dementie (VOTO-dem-score) in samenspraak met de oudere en/of zijn omgeving en spoort zo eventuele moeilijkheden op die verband houden met dementie. Het betreft moeilijkheden die aanwezig zijn in de woning en de woonomgeving van de thuiswonende oudere.

Als eerste worden er gegevens van de hulpvrager ingevuld. Daarna kan men beginnen met het invullen van het scoreformulier. Het is de bedoeling de woning per ruimte te overlopen en per stelling aan te duiden of er een risico is (deze ruimtes moeten niet in een specifieke volgorde overlopen worden). Dit gebeurt via knipperlichten. Het is belangrijk elke ruimte te inspecteren. Wanneer er vanuit het geheugen gewerkt wordt (bijvoorbeeld wanneer men vertrouwd is met de woning), kunnen er namelijk zaken uit het oog verloren worden. Door deze screening in de thuisituatie af te nemen kunnen er een aantal zaken aan het licht komen die men anders niet zou opgemerkt hebben. De ruimtes die beschreven zijn in het meetinstrument, worden enkel beoordeeld indien deze zich in het huis bevinden. Een beperkt deel van het meetinstrument betreft de woonomgeving (toegang tot het huis). Indien zich verder in de woonomgeving nog belangrijke risico's voordoen, kan dit in de daartoe voorziene ruimte op het einde vermeld worden.

Inhoud van de knipperlichten:

Rood: De situatie komt totaal niet overeen met de stelling. De reële situatie kan volledig tegenstrijdig zijn. Dit betekent dat er een zeer groot risico is, de veiligheid komt in het gedrang. Het is noodzakelijk veranderingen aan te brengen.

Oranje: De situatie komt gedeeltelijk overeen met de stelling. Er is sprake van een risico. Het is raadzaam dit risico weg te werken. Het is geen noodzaak om iets te veranderen, maar het kan de veiligheid verhogen.

Groen: De situatie komt volledig overeen met de stelling. De situatie is in orde zoals ze nu is. Toch blijft het aangeraden waakzaam te zijn dat de situatie er niet op achteruit gaat.

NVT: niet van toepassing, kan gebruikt worden indien wat in de stelling vermeld wordt niet aanwezig is.

NB: niet bevestigd, kan gebruikt worden indien wat in de stelling vermeld wordt niet bevestigd geweest is.

Er is bij elke stelling plaats om opmerkingen of een verantwoording te noteren. Het wordt aangeraden deze ruimte voldoende te benutten. Indien er in de woning zaken worden opgemerkt die een risico vormen en die niet aangeduid kunnen worden via de stellingen, kan tevens deze extra ruimte gebruikt worden.

Bij het onderdeel "conclusie VOTO-dem-score" telt men bij elke stelling rood/oranje/groen/NVT/NB op en dit voor alle blokken. Deze verhoudingen worden ook weergegeven in de grafiek. Er is daaronder de mogelijkheid om de risicofactoren en de eventuele adviezen op te schrijven. Als laatste kan men het therapieplan duiden dat men heeft opgesteld op basis van de moeilijkheden die aan bod zijn gekomen tijdens het afnemen van dit meetinstrument.

Bij het onderdeel "Advies" worden er adviezen gegeven voor de aangeduide rode lichten.

Scoreformulier VOTO-dem

Naam cliënt/hulpvrager: ...

Geboortedatum: .. / .. /

Geslacht: man

vrouw

Aanwezige thuiszorg: verpleegkundige

kinesitherapeut

verzorgende

gezinszorg

mantelzorg

andere: ...

Datum testafname:

Contactgegevens ergotherapeut:

1 TOEGANG TOT HET HUIS

Stelling	R	O	G	NVT	NB	Opmerkingen
Er zijn geen storende of afleidende prikkels aanwezig. (visueel, auditieve, olfactorische, sensitieve en/of gustatieve.)						
De persoon weet wat hij/zij moet meenemen bij het verlaten van de woning.						
De persoon herkent de woning.						
Andere aandachtspunten						

2 INKOM

Stelling	R	O	G	NVT	NB	Opmerkingen
Er zijn geen storende of afleidende prikkels aanwezig. (visueel, auditieve, olfactorische, sensitieve en/of gustatieve.)						
Andere aandachtspunten						

3 TRAP

Stelling	R	O	G	NVT	NB	Opmerkingen
Er zijn geen storende of afleidende prikkels aanwezig. (visueel, auditieve, olfactorische, sensitieve en/of gustatieve.)						
Andere aandachtspunten						

Aantal knipperlichten (op dit blad)

--	--	--	--	--	--

4 WOONKAMER

Stelling	R	O	G	NVT	NB	Opmerkingen
Er zijn geen storende of afleidende prikkels aanwezig. (visueel, auditieve, olfactorische, sensitieve en/of gustatieve.)						
De looproute van de woonkamer naar het toilet is zo kort mogelijk en er staan geen losse spullen of meubels in de weg.						
De favoriete stoelen/zetels zijn zo geplaatst dat de persoon de gehele woonkamer kan overschouwen.						
De persoon weet welke bezoekers er zijn langsgelkomen en met welk doel.						
De persoon heeft geen moeilijkheden met het gebruik van de toestellen die aanwezig zijn in de woonkamer.						
De persoon kan de nodige contactpersonen bereiken.						
De persoon heeft een overzicht van alle belangrijke wachtwoorden.						
Facturen worden op een zichtbare plaats bewaard.						
Andere aandachtspunten						

5 KEUKEN

Stelling	R	O	G	NVT	NB	Opmerkingen
Er zijn geen storende of afleidende prikkels aanwezig. (visueel, auditieve, olfactorische, sensitieve en/of gustatieve.)						
Het kookvuur dat gebruikt wordt is elektrisch of is een inductiekookplaat.						
De activiteiten die worden uitgevoerd in de keuken, worden volgens een vaste routine uitgevoerd.						
De persoon heeft geen moeilijkheden met activiteiten die uitgevoerd worden in de keuken.						
Er is een brandblusser of een brandblusdeken aanwezig.						
De persoon heeft geen moeilijkheden met het nemen van zijn/haar medicatie.						
Andere aandachtspunten						

Aantal knipperlichten (op dit blad)

--	--	--	--	--	--

6 BADKAMER, WASPLAATS EN TOILET

Stelling	R	O	G	NVT	NB	Opmerkingen
Er zijn geen storende of afleidende prikkels aanwezig. (visueel, auditieve, olfactorische, sensitieve en/of gustatieve.)						
Er zijn geen apparaten aangesloten op het elektriciteitsnet tijdens het wassen.						
De persoon vergeet niet om de kraan van de lavabo of het bad uit te zetten.						
De persoon heeft geen moeilijkheden met het gebruik van het wasmachine, de droogkast en/of het strijkijzer.						
De persoon vindt en herkent het toilet.						
De persoon heeft geen problemen met het gebruik van het wc-papier.						
Andere aandachtspunten						

7 SLAAPKAMER

Stelling	R	O	G	NVT	NB	Opmerkingen
Er zijn geen storende of afleidende prikkels aanwezig. (visueel, auditieve, olfactorische, sensitieve en/of gustatieve.)						
De looproute van het bed naar het toilet is zo kort mogelijk en er staan geen losse spullen of meubels in de weg.						
Er staat een telefoon naast het bed voor noodgevallen.						
Er staat een lamp naast het bed.						
De persoon heeft geen problemen met het dag-nachtrime.						
De persoon heeft een overzicht over de kasten.						
Andere aandachtspunten						

Aantal knipperlichten (op dit blad)

--	--	--	--	--

9 WONING ALGEMEEN

Stelling	R	O	G	NVT	NB	Opmerkingen
Er zijn geen storende prikkels aanwezig die angst/problemen uitlokken. (visueel, auditieve, olfactorische, sensitieve en/of gustatieve.)						
Het meubilair heeft een vaste plaats in de woning.						
Er is een vaste plaats voor sleutels, gsm, etc.						
Er zijn geen glanzende en/of spiegelende oppervlakken aanwezig.						
De persoon vindt spullen terug die opgeborgen zijn in kasten.						
De persoon kan zaken vinden die een vaste plaats hebben.						
De persoon kan zaken vinden die niet op een vaste plaats liggen						
De persoon vindt de kamers terug.						
De persoon vindt verplaatsbare dingen terug (sleutel, kam).						
Ongebruikte spullen zijn opgeborgen of worden verwijderd.						
Gevaarlijke voorwerpen en middelen zijn opgeborgen in een afsluitbare kast.						
Er wordt een magneetslot gezet op kasten die gevaarlijke producten bezitten.						
De persoon weet welke datum en uur het is.						

De persoon kan zijn eigen planning managen.									
De persoon kan belangrijke zaken onthouden en/of vindt hier de nodige strategieën voor.									
Overdag is er veel daglicht en 's nachts is de woning goed verduisterd.									
De persoon heeft geen weglooptedrag.									
Alle ruimtes worden dagelijks geventileerd, eventueel door een ventilatiesysteem.									
Een vertrouwenspersoon heeft de sleutel.									
Er zijn rook-, brand- en koolmonoxidemelders aanwezig.									
De persoon vindt 's nachts zijn/haar weg in de woning.									
De persoon heeft geen problemen met het gebruik van de kranen.									
Er zijn geen giftige planten aanwezig.									
Aantal knipperlichten (op dit blad)									

Opmerkingen rond de woonomgeving/niet vermelde ruimtes: garage, kelder, berging, tuin, etc.
Eventueel een grondplan van de woning.

Opmerkingen rond persoonsfactoren:

Adviezen

Dit onderdeel heeft als doel een aantal adviezen te geven omtrent de mogelijkheden die de persoon met dementie kan ervaren (rode lichten).

VISUELE PRIKKELS DIE AFLEIDEND/STOREND ZIJN

Advies
Alle voorwerpen in de gang zijn aan dezelfde zijde van een gang geplaatst.
Schoenen en jassen, die niet gebruikt worden, zijn opgeborgen.
Er hangen geen grote foto's of portretten op (zeker niet in de buurt van een trap).
De muurbekleding en de vloerbekleding hebben geen drukke print.
Er zijn zware gordijnen aanwezig die zorgen voor het verduisteren 's nachts.
De spiegel is verwijderd of afgedekt wanneer deze angst opwekt.
Glasen deuren zijn gemarkeerd met een sticker of band op ooghoogte.
De lichtschakelaars hebben een contrasterende kleur met de muur.
Het eetgerei heeft een contrasterende kleur t.o.v. de tafel.
De televisie zit in een afsluitbare kast.
Er is een sprekende klok aanwezig.
Er worden grote stukken zeep gebruikt zonder felle kleuren, zo kunnen deze niet aanzien worden als snoep.
Er worden bewuste prikkels ingezet zoals een lavalamp.
Er is geen bruuske overgang in lichtniveau tussen verschillende ruimtes.
Er is een contrast tussen de muur en de vloer.
Er is een contrast tussen de meubels en de omgeving.
Er worden aparte kleuren gebruikt voor de tandenborstel, kam, handdoek en washandje.
Er is een gekleurde wc-bril aanwezig.
Het deksel is van het toilet verwijderd.
De afvalbak of wasmand staat ver weg van het toilet.
Het wc-papier bevindt zich naast of voor het toilet.
Er is een automatische routeverlichting naar het toilet.

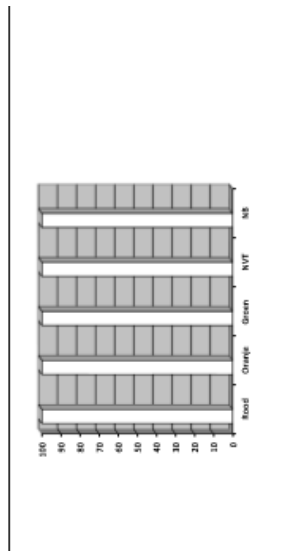
AUDIETIEVE PRIKKELS DIE AFLEIDEND/STOREND ZIJN

Advies
Er zijn zware gordijnen aanwezig die zorgen voor een demping van het geluid.
Er wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van geluidsarme apparaten (ventilator, wasmachine, etc.).
Er wordt een koptelefoon gebruikt om muziek te luisteren of televisie te kijken.
Er is een sprekende klok aanwezig.
Er is floteax aanwezig: een naadloze kunststoffen bevoering die parket, hout en tapijt nabootst.
Er is geluidempend schuim tegen het plafond.
De muren zijn bekleed met kurk.

Conclusie VOTO-dem-score

Naam hulpvrager:
Datum testafname:

Aantal knipperlichten: (som van de vijf bladzijden)	Knipperlicht	Rood	Oranje	Groen	NVT	NB
	Aantal					



ERGOTHERAPEUTISCH ADVIES:

riscifactor	advies
-------------	--------

FOLLOW UP:

Afspraak/therapieplan	datum
-----------------------	-------

SENSITIEVE PRIKKELS DIE AFLEIDEND/STOREND ZIJN

Advies
Er zijn zware gordijnen aanwezig die zorgen voor het temperen van de warmte.
Er wordt bij het kiezen van meubels gekozen voor zachte materialen, schurende materialen worden verwijderd.
Er worden afneembare en wasbare omhuissels of leren meubels gekozen.
Metalen en/of plastieken oppervlakte worden vermeden.
De gewenste temperatuur bedraagt tussen 20° en 24°.
De luchtvochtigheid dient tussen 40 en 60% te zijn.

GUSTATIEVE PRIKKELS DIE AFLEIDEND/STOREND ZIJN

Advies
Er zijn vruchtdragende planten aanwezig die het eten ervan stimuleren.
Verwijder giftige planten uit het huis.
Er is fingerfood aanwezig.

OLFATORISCHE PRIKKELS DIE AFLEIDEND/STOREND ZIJN

Advies
Er zijn geen luchtverfrissers aanwezig.
De deur van de keuken staat open om eelust op te wekken.
De ruimtes worden elke dag verlucht.

MOEILJKHEDEN MET ORIENTATIE IN RUIMTE

Advies
Op de kastdeuren en lades zijn afbeeldingen geplaatst die de inhoud van de kasten weergeeft.
De kasten zijn voorzien van schuifdeuren zodat het overzicht bevordert wordt.
Op de deuren zijn woorden of afbeeldingen geplaatst, zodat deze ruimten sneller terug te vinden zijn.
Het keukengerel wordt opgeborgen in ondiepe kasten.
Er staat een afbeelding of een woord op de pot afgebeeld die de inhoud ervan weergeeft.
Er hangt een sleutelvinder aan de sleutelbos van de persoon met dementie.
Er worden wegwijzers gebruikt.
Glasen schabben zijn vervangen door ondoorzichtig materiaal.
Ondoorzichtige kastdeuren zijn vervangen door glazen kastdeuren.

MOEILJKHEDEN MET ORIENTATIE IN TIJD

Advies
Er is een kalender met een datumaanduiding in dag, maand en jaar aanwezig in elke kamer (kalenderklok), deze kalender staat correct.
Er hangt een duidelijke klok op in elke kamer, deze klok staat correct.
De dagindeling staat op een bord opgeschreven.

WEGLOOP/OPSLUIT GEDRAG

Advies
Er is een raamkventilatieset aangebracht op alle ramen naar buiten
Er is een alarm geïnstalleerd op de buitendeur.
Er is een traphekje aanwezig.
De sloten zijn van alle binnendeuren weggehaald.
Er is een drukmat met sensoren naast het bed of onder de matras aanwezig dat alarmeert zodra iemand uit bed stapt.
De persoon draagt op een goed zichtbare plek zijn voor-en achternaam, adres en de telefoonnummers van goed bereikbare contactpersonen.
De buurtgenoten zijn op de hoogte van de geheugenproblemen, en zij weten dat het wordt gewaardeerd dat ze een oogje in het zeil houden en hulp bieden ingeval van nood.
De persoon met dementie draagt een personenalarmsysteem.
Er wordt een draaiknopslot gebruikt wanneer de persoon het moeilijk heeft met het terugvinden van de sleutel.
Er is een voldoende groot huisnummer en naamkaartje aanwezig aan de voordeur.
Het onopvallend maken van de uitgang bv. behangen met hetzelfde papier als op de muur.

MOEILJKHEDEN MET HET AFSLUITEN VAN DE WONING

Advies
Er is een tijdschakelklok aanwezig op alle apparaten die elke dag op hetzelfde tijdstip aan- en uitgeschakeld moeten worden.
Er is een controlelijstje aanwezig van de dingen die moeten gebeuren voor het vertrek.

KEUKEN: MOEILJKHEDEN MET FUNCTIONELE ACTIVITEITEN

Advies
Het keukengerel wordt opgeborgen in ondiepe kasten.
Er staat een afbeelding of woord op de pot geschreven die de inhoud ervan weergeeft.
Er is een whiteboard aanwezig om functionele activiteiten te ondersteunen.
Er wordt een anti-kookplaatje gebruikt bij het koken.
Er wordt een kookwekker gebruikt.
De waterkoker is voorzien van een droogkookbeveiliging.
Er wordt een ovendeurstopper gebruikt, dit opzetstukje voorkomt dat de oven kan geopend worden tijdens het gebruik.
Er is een beschermknop die de knoppen van een gasfornuis en schakelaars afschermt.

MOEILJKHEDEN MET HET NEMEN VAN MEDICATIE

Advies
Er is een apothekerskast aanwezig in de keuken.
Er wordt een pillendoos met alarmfunctie gebruikt.
Er wordt een pillendoos gebruikt waarop de dagen van de week staan.

MOEILJKHEDEN MET HET GEBRUIKEN VAN TOESTELLEN

Advies
Alle toestellen in de woonkamer hebben maar een beperkt aantal knoppen: bv. afstandsbediening, telefoon, etc.
De telefoon heeft nummerherkenning, antwoordapparaat en voorgeprogrammeerde toetsen.
Het strijkijzer heeft een automatische uitschakelfunctie.
De kranen worden vervangen door thermostaatkranen.

MOEILJKHEDEN MET DE GEHEUGENFUNCTIE

Advies
Er ligt een notitieboekje waarin de bezoekers hun bezoek en wat ze er komen doen opschrijven.
Er ligt een boekje met contactgegevens naast de telefoon.
Alle belangrijke wachtwoorden zijn opgeschreven.
Er is een extra afvoermogelijkheid voor water in het bad, de douche en/of de lavabo aanwezig.
Er is op een vaste plek een notitieboekje en pen aanwezig om dingen op te schrijven.

MOEILJKHEDEN MET HET DAG-NACHTRITME

Advies
De partners slapen apart indien het sament slapen de nachtrust van de partner verstoort.
Overdag wordt de slaapkamer niet verduisterd door lamellen of gordijnen.

ZICHT OP MANTELZORG

GESPREKSLEIDRAAD VOOR DE BEHOEFTEANALYSE
BIJ MANTELZORGERS VAN THUISWONENDE OUDEREN

Hulpverlener (naam):

Organisatie:

Mantelzorg (naam):

Adres:

Telefoonnummer:

Emailadres:

Geslacht: Vrouw Man Leeftijd:

Relatie met oudere: Partner Kind Ander familielid:

Vriend Buur

Ouders (naam):

Adres: Idem mantelzorg
 Anden:

Telefoonnummer:

Emailadres:

Geslacht: Vrouw Man Leeftijd:

Diagnose:

Contact 1 mantelzorg: Huisbezoek Kantoor Telefonisch

Datum: .../.../20....

Afspraken:

Contact 2 mantelzorg: Huisbezoek Kantoor Telefonisch

Datum: .../.../20....

Afspraken:

A. ZORGVERLENING

Taken mantelzorg:
 Boodschappen
 Maaltijden bereiden
 Poetsen
 Kledij wassen / strijken
 Persoonsverzorging
 Transfers
 Socio-emotionele steun
 Vervoer, begeleiding uitstappen
 Administratie
 Organiseren professionele zorg
 Hulp bij medicatiegebruik
 Toezicht houden, aanwezig zijn
 Andere:

Intensiteit mantelzorg:
 24u - dagelijks uur - wekelijks uur

Duur van de mantelzorg: jaar maand

Andere mantelzorgers of vrijwilligers: N / J

Welke hulp?

Professionele hulp aanwezig: N / J

Welke hulp?

Relatie met professionele hulp:
 ? Samenwerking: laag - midden - hoog
 ? Ondersteuning: laag - midden - hoog
 ? Afstemming: laag - midden - hoog
 ? Faciliteren relatie: laag - midden - hoog

Overzicht belastende factoren:

Overzicht ondersteunende factoren:

Gewenste verandering / ondersteuning:

Mate van tevredenheid over zorgverlening:

zeer ontevreden
ontevreden
matig tevreden
tevreden
zeer tevreden

B. MANTELZORGER

Andere aandachtsgebieden:

- Betaald werk
- (Klein) kinderen
- Huishouden
- Mantelzorg voor andere personen
- Vrijwilligerswerk
- Vrije tijd, hobby's

Volgende tijd voor zichzelf: N / J

Impact zorg op eigen welbevinden:

- Vermoeidheid, slaapproblemen
- Veranderingen in gedrag
- Psychische klachten
- Lichamelijke klachten

Omgang met zorgsituatie:

- ? Acceptatie: laag – midden – hoog
- ? Hantering: laag – midden – hoog
- ? Motivatie: laag – midden – hoog

Toekomstperspectief:

- ? Grenzen aan zorg
- ? Houding t.a.v. Woonzorgcentrum

Overzicht belastende factoren:

Overzicht ondersteunende factoren:

Gewenste verandering / ondersteuning:

Mate van tevredenheid over persoonlijke situatie:



C. RELATIES

Situatie ouders:

- IADL/ ADL-problemen
- Gedragstoornissen
- Karakterveranderingen
- Cognitieve achteruitgang
- Stemmingstoornissen

? Aanvaarden van hulp: N / J

Veranderingen in relatie met ouders:

? Verandering taakpatronen, rollen: N / J

? Ruimte voor activiteiten samen: N / J

Kwaliteit relatie met ouders:

- ? Wederkerigheid: laag – midden – hoog
- ? Mate van conflict: laag – midden – hoog
- ? Mate van affectie: laag – midden – hoog

Sociaal netwerk:

? Veranderingen in sociale relaties: N / J

? Sociale steun: laag – midden – hoog

? Mate van conflict: laag – midden – hoog

Overzicht belastende factoren:

Overzicht ondersteunende factoren:

Gewenste verandering / ondersteuning:

Mate van tevredenheid over de relaties:



D. OMGEVING

Huivering:

? Woning aangepast aan zorgsituatie: N / J

? Woning voldoende veilig? N / J

Mobiliteit:

? Eigen verplaatsingen voor zorg: N / J

? Problemen verplaatsen binnenhuis: N / J

? Problemen verplaatsen buitenshuis: N / J

Hulpmiddelen:

Mobiliteit

Eetsituatie

Verzorging

Communicatie

Veiligheid

Financiële situatie:

? Inkomensverlies door zorg: N / J

...../€ maand

? Kosten door zorg: N / J

...../€ maand

? Gebruik tegemoetkomingen: N / J

Overzicht belastende factoren:

Overzicht ondersteunende factoren:

Gewenste verandering / ondersteuning:

Mate van tevredenheid over omgeving:

zeer ontevreden ontevreden matig tevreden tevreden zeer tevreden

INFORMATIE VOOR OVERDRACHT BINNEN TEAM

OVERZICHT BELEVING MANTELZORGER

A. Zorgverlening

zeer ontevreden ontevreden matig tevreden tevreden zeer tevreden

B. Mantelzorger

zeer ontevreden ontevreden matig tevreden tevreden zeer tevreden

C. Relaties

zeer ontevreden ontevreden matig tevreden tevreden zeer tevreden

D. Omgeving

zeer ontevreden ontevreden matig tevreden tevreden zeer tevreden

Algemene inschatting beleving zorgsituatie

zeer zwaar zwaar matig zwaar niet zwaar helemaal niet zwaar

PRIORITAIRE AANDACHTSPUNTEN

Omschrijving	Acties	Verantwoordelijke(n)
1.		
2.		
3.		

Bijlage D: Literatuurstudie

Databank/website	Limieten	Zoektermen	Aantal resultaten	Kernwoorden	Artikel/document
MEDLINE (PUBMED)	Full text 2006-2016	Dementia AND "assistive technology"	52	Assistive technology Dementia Carers	The everyday use of assistive technology by people with dementia and their family carers: a qualitative study.
CINAHL (EBSCO)	Full text 2006-2016	Dementia AND "home-living" AND technology	1311	People with dementia Technology Daily life	Factors supporting the use of technology in daily life of home-living people with dementia
CINAHL (EBSCO)	Full text 2006-2016	Dementia AND "community-dwelling" AND technology	505	Assistive technology Dementia Daily occupations Technology use	The identification of assistive technologies being used to support the daily occupations of community-dwelling older adults with dementia: a cross-sectional pilot study
CINAHL (EBSCO)	Full text 2006-2016	Dementia AND "memory aid"	403	Memory-aid, dementia, technology	Experiences of using a memory aid to structure and support daily activities in a small-scale group accommodation for people with dementia.
CINAHL (EBSCO)	Full text 2006-2016	Dementia AND "community-dwelling" AND "assistive technology"	1206	Community-dwelling, mild dementia	Usability of a new electronic assistive device for community-dwelling persons with mild dementia.
BLS BOHN, STAFLEU VAN LOGHUM COLLECTIES [Via Springer] Databank over gezondheidszorg en welzijn	Full text 2004-2016	Dementie en geheugen	36	Dementie en geheugen	Externe hulpmiddelen ter ondersteuning van het geheugen van patiënten met dementie: een literatuurstudie
BLS BOHN, STAFLEU VAN LOGHUM COLLECTIES [Via Springer] Databank over gezondheidszorg en welzijn	Full text 2006-2016	Dementie en technologie	57	Technologie Mensen met dementie Mantelzorgers	Dementie en technologie. Een studie naar de toepassingen van techniek in de zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers.
BLS BOHN, STAFLEU VAN LOGHUM COLLECTIES [Via Springer] Databank over gezondheidszorg en welzijn	Full text 2006-2016	Dementie en foutloos leren	33	Dementie Foutloos leren bij dementie	Foutloos leren bij dementie
Google scholar	Full text 2006-2016	Fasen dementie volgens Rien Verdult	28		De lijdende dementerende mens - Over de empathische attitude in belevingsgerichte begeleiding

