



Wat gedaan wanneer mijn ‘top manager’ niet meer sturen wil?

**Over executieve functies in een
revalidatiecentrum.**

Dorien De Wilde

**bachelor ergotherapie
academiejaar 2008 - 2009**

Externe promotor :
Mevr. Laurence Magerat
Mevr. Turid Deisz
Interne promotor :
Mevr. Nicole Senden



Wat gedaan wanneer mijn ‘top manager’ niet meer sturen wil?

**Over executieve functies in een
revalidatiecentrum.**

Dorien De Wilde

**bachelor ergotherapie
academiejaar 2008 - 2009**

Externe promotor :
Mevr. Laurence Magerat
Mevr. Turid Deisz
Interne promotor :
Mevr. Nicole Senden

Abstract

Titel

Wat gedaan wanneer mijn 'top manager' niet meer sturen wil? Over executieve functies in een revalidatiecentrum.

Auteur

Dorien De Wilde

Opleiding

Artesis hogeschool Antwerpen,
Departement gezondheidszorg, opleiding ergotherapie
Van Aertselaarstraat 31, 2170 Merksem

Externe promotor

Mevr. Laurence Magerat en Mevr. Turid Deisz, ergotherapeuten verbonden aan De Mick

Interne promotor

Mevr. Nicole Senden, titularis fysieke revalidatie verbonden aan Artesis Hogeschool Antwerpen

Samenvatting

- Inleiding: De gevolgen bij een hersenletsel zijn talrijk. Executieve functiestoornissen of stoornissen in de uitvoerende functies maken er deel van uit. Ze zijn onzichtbaar en komen vaak pas in de thuissituatie tot uiting omdat in het revalidatiecentrum alles voor de cliënt gestructureerd wordt. In de praktijk zullen de eerste verschijnselen vaak niet door de cliënt zelf, maar door de hulpverleners, de partner, de familieleden of vrienden opgemerkt worden. Zonder ingrijpen heeft de cliënt het dikwijls moeilijk om het dagelijks leven terug op te nemen. Er is nood aan functionele activiteiten die toepasbaar zijn in een revalidatiecentrum om deze executieve functies in kaart te brengen en te behandelen opdat de levenskwaliteit van de cliënt verbetert.

- Methode: We stellen een activiteitenboek samen. Enerzijds worden hierin executieve functies toegankelijk beschreven zodat zowel ervaren ergotherapeuten in het werkveld, maar zeker ook de cliënt zelf en zijn omgeving zich kunnen informeren. Anderzijds bundelen we een hoop functionele oefeningen voor het verbeteren van executieve functies. Om het activiteitenboek op te bouwen en vorm te geven sluiten we ons aan bij de visie van Brain Tree Training en Elsa Van Schouwen over executieve functies. De behandeling is dan gebaseerd op cognitieve revalidatie therapie waar een combinatie van educatie, procestraining, strategietraining en functionele activiteiten training de sleutel tot succes is. We richten ons op de functionele activiteiten training als onderdeel van het geheel.

- Resultaten: Het uiteindelijke resultaat van het activiteitenboek kan dagelijks toegepast worden in de praktijk. Het dient dan vooral als een leidraad, niet als een allesomvattende handleiding. Centraal blijft de cliënt staan met zijn hulpvraag. Hieraan moeten de activiteiten aangepast worden. Dus niet alle activiteiten zijn voor iedereen even geschikt. Het belangrijkste bij het aanbieden van de activiteiten is onderling overleg met de cliënt.

- Advies en Discussie: Pas als de cliënt het nut van de activiteit inziet, zal de ze effect hebben. Dit effect is niet altijd 'genezend', maar dient in de eerste plaats inzichtgevend te werken zowel voor de cliënt als voor de therapeut. Zo kunnen we inschatten hoeveel en welke hulp de cliënt nodig zal hebben als hij op dat moment naar huis gaat.

Trefwoorden

Executieve functies, cognitieve revalidatie therapie, functionele activiteiten training

Woord vooraf

Aan het begin van dit eindwerk zou ik iedereen willen bedanken die mij het afgelopen jaar ondersteund heeft bij de uitwerking.

Laurence Magerat en Turid Deisz, werkzaam op de dienst ergotherapie van VZW Heropbeuring De Mick, voor de eindwerkbegeleiding en de stagebegeleiding.

Laurence in het bijzonder voor al die individuele begeleidingsuren buiten de werkuren en Turid in het bijzonder voor alle informatie en vertalingen.

Ook alle andere teamleden zou ik willen bedanken voor de aangename stageperiode.

Mijn dank gaat daarnaast uit naar Nicole Senden als interne promotor en Inge Van Eupen als S.L.C.-coach voor de sturing en de extra informatie.

Elsa Van Schouwen zeg ik een welgemeende dankjewel voor al haar raad en daad.

Ook David Schenk heeft hier zeker een plaatsje verdiend voor de grafische vormgeving van de educatiefiches en de lay-out van het activiteitenboek.

Als laatste wil ik alle vrienden en familie die me op een of andere manier geholpen hebben bij de realisatie van dit eindwerk bedanken.

Bedankt voor de tips, hulp en steun!

Dorien De Wilde

Inhoudsopgave

ABSTRACT	4
WOORD VOORAF	5
INHOUDSOPGAVE	6
INLEIDING	10
DEEL 1: THEORETISCHE ACHTERGROND	12
HOOFDSTUK 1: EXECUTIEF FUNCTIONEREN	13
1 INLEIDING	13
2 DE TERM ‘EXECUTIEVE FUNCTIES’	14
2.1 ‘EXECUTIEF’	14
2.2 ‘FUNCTIE’	14
2.3 ‘EXECUTIEVE FUNCTIES’	14
3 COGNITIEVE HIËRARCHIE	14
4 VERGELIJKING MET EEN TOP MANAGER	15
5 WANNEER DOEN WE EEN BEROEP OP EXECUTIEVE FUNCTIES?	16
5.1 NIEUWE, COMPLEXE SITUATIES	16
5.2 EENVOUDIGE MAAR GEVAARLIJKE SITUATIES	16
5.3 GEAUTOMATISEERDE REACTIES ONDERDRUKKEN	16
6 ONDERVERDELING VAN EXECUTIEVE FUNCTIES	17
7 EXECUTIEVE FUNCTIES VOLGENS ELSA VAN SCHOUWEN	18
8 DEFINITIES EN VOORBEELDEN	19
9 EXECUTIEVE DISFUNCTIES	20
9.1 BIJ WIE MERKEN WE EXECUTIEVE DISFUNCTIES OP?	20
9.2 WANNEER UITEN EXECUTIEVE DISFUNCTIES ZICH?	20
9.3 PREVALENTIE VAN EXECUTIEVE DISFUNCTIES.....	20
9.4 GRADATIES VAN DE EXECUTIEVE STOORNISSEN	20
9.5 GEVOLGEN VOOR DE OMGEVING	21
9.6 PROGNOSE.....	21
10 SAMENGEVAT	22

HOOFDSTUK 2: ASSESSMENT	23
1 INLEIDING	23
2 HET DOEL VAN ASSESSMENT.....	24
3 DE TAAK VAN DE ERGOTHERAPEUT.....	25
4 VERSCHILLENDE SOORTEN ASSESSMENT	26
4.1 VRAGENLIJSTEN EN INTERVIEWS.....	26
4.2 FUNCTIEGERICHT ASSESSMENT	26
4.3 FUNCTIONEEL ASSESSMENT	28
4.4 OBSERVATIEPUNTEN	29
5 SAMENGEVAT.....	30
HOOFDSTUK 3: BEHANDELING.....	31
6 INLEIDING	31
7 COGNITIEVE REVALIDATIE THERAPIE	32
7.1 DEFINITIE COGNITIEVE REVALIDATIE	32
7.2 DEFINITIE COGNITIEVE TRAINING	32
7.3 DEFINITIE COGNITIEVE REVALIDATIE THERAPIE	32
7.4 COGNITIEVE REVALIDATIE VERSUS COGNITIEVE REVALIDATIE THERAPIE	33
7.5 DE 2 WERKMETHODES VAN COGNITIEVE REVALIDATIE THERAPIE.....	34
7.6 BELANGRIJKE ASPECTEN VOOR SUCCESVOLLE COGNITIEVE REVALIDATIE THERAPIE	35
7.7 DE BEPERKINGEN VAN COGNITIEVE REVALIDATIE THERAPIE.....	35
8 BEHANDELINGSPROCES.....	36
8.1 DOELSTELLINGEN	36
8.2 BENADERINGEN VOOR DE THERAPIE	37
8.2.1 <i>Educatie</i>	37
8.2.2 <i>Procestraining</i>	38
8.2.3 <i>Strategietraining</i>	39
8.2.4 <i>Functionele activiteiten training</i>	41
8.3 EVALUATIE	43
8.3.1 <i>Testen</i>	43
8.3.2 <i>Goal Attainment Scaling</i>	43
8.3.3 <i>Doelstellingen</i>	43
8.3.4 <i>Welzijn van de cliënt</i>	44
4. SAMENGEVAT	45
DEEL 2: ACTIVITEITENBOEK IN PRAKTIJK	46
HOOFDSTUK 1: VOORSTELLING V.Z.W. HEROPBEURING DE MICK	47

HOOFDSTUK 2: EDUCATIEFICHES	49
1 INLEIDING	49
2 OPBOUW EN VORMGEVING VAN DE EDUCATIEFICHES	50
2.1 HET DRIE- COMPONENTENMODEL VAN HET WERKGEHEUGEN	50
2.2 FUNCTIONELE ORGANISATIE VAN DE HERSENSCHORS VOLGENS LURIA.....	51
3 SYNTHESE	52
4 UITVOERING	57
4.1 FICHE 1: SCHEMA.....	57
4.2 FICHE 2: EEN VOORBEELD.....	58
4.3 FICHE 3: IN EEN NIEUWE SITUATIE.....	58
5 OPBOUW VAN DE NABESPREKING	59
5.1 VOORSTELLING CLIËNT	59
5.2 BESCHOUWING CLIËNT.....	59
5.3 BESCHOUWING THERAPEUT.....	59
6 EDUCATIE EXECUTIEVE FUNCTIES	59
6.1 VOORSTELLING CLIËNT	59
6.2 BESCHOUWING CLIËNT.....	59
6.3 BESCHOUWING THERAPEUT.....	59
7 SAMENGEVAT	60
HOOFDSTUK 3: ACTIVITEITENFICHES	61
1 INLEIDING	61
2 OPBOUW EN VORM VAN EEN ACTIVITEITENFICHE	62
3 OPBOUW VAN DE NABESPREKING	65
3.1 NAAM VAN DE ACTIVITEIT EN DE OPDRACHT	65
3.2 VOORSTELLING CLIËNT	65
3.3 EVALUATIEFORMULIER	65
3.4 OBSERVATIELIJST.....	65
3.5 BESCHOUWING CLIËNT.....	65
3.6 BESCHOUWING THERAPEUT.....	65
4 ACTIVITEIT 1	66
4.1 INFORMATIE OPZOEKEN: T.V.-GIDS.....	66
4.2 VOORSTELLING D.M.	66
4.3 EVALUATIEFORMULIER	66
4.4 OBSERVATIELIJST.....	66
4.5 BESCHOUWING CLIËNT	68
4.6 BESCHOUWING THERAPEUT.....	68

5	ACTIVITEIT 2	69
5.1	TAAK ORGANISATIE	69
5.2	VOORSTELLING B.M.	69
5.3	EVALUATIEFORMULIER	69
5.4	OBSERVATIELIJST.....	69
5.5	BESCHOUWING CLIËNT	71
5.6	BESCHOUWING THERAPEUT.....	71
6	ACTIVITEIT 3	72
6.1	TIJDSHEMA: ZELF TAKEN SELECTEREN	72
6.2	VOORSTELLING V.D.B.M.	72
6.3	EVALUATIEFORMULIER	72
6.4	OBSERVATIELIJST.....	72
6.5	BESCHOUWING CLIËNT	74
6.6	BESCHOUWING THERAPEUT.....	74
7	ACTIVITEIT 4	75
7.1	MAALTIJD SAMENSTELLEN: EEN DAG ALLEEN THUIS.....	75
7.2	VOORSTELLING F.A.	75
7.3	EVALUATIEFORMULIER	75
7.4	OBSERVATIELIJST.....	75
7.5	BESCHOUWING CLIËNT	77
7.6	BESCHOUWING THERAPEUT.....	77
8	ACTIVITEIT 5	78
8.1	VRIJE ACTIVITEIT	78
8.2	VOORSTELLING V.K.....	78
8.3	EVALUATIEFORMULIER	78
8.4	OBSERVATIELIJST.....	78
8.5	BESCHOUWING CLIËNT	80
8.6	BESCHOUWING THERAPEUT.....	80
9	DAGELIJKSE TOEPASSING VAN DE ACTIVITEITENFICHES IN DE MICK.....	81
10	SAMENGEVAT	82
	ALGEMEEN BESLUIT	83
	FIGURENLIJST	85
	BIBLIOGRAFIE	86

Inleiding

Problemen die ontstaan na een hersenletsel zijn individueel bepaald en dus niet alleen afhankelijk van de aard en lokalisatie van het letsel, maar ook van de persoonlijkheid en de vaardigheden van het individu.

De gevolgen van hersenletsel kunnen in vier groepen worden ingedeeld:

Fysiek- verandering in het normale functioneren van het lichaam	Cognitief- problemen in de mentale en intellectuele functies van de hersenen
Spierzwakte	Desoriëntatie in tijd, plaats of persoon
Toename of afname in spiertonus	Geheugenproblemen
Moeite met het coördineren van bewegingen	Aandachts- en concentratieproblemen
Veranderingen in gevoel	Problemen met de informatieverwerking
	Perceptuele problemen
	Ruimtelijke problemen
	Spraak- en taalproblemen
Psychosociaal- problemen in de emoties en de sociale interacties	Executief- problemen in de vaardigheden die nodig zijn om een taak uit te voeren
Persoonlijkheidsveranderingen	Problemen met inzicht
Verminderde frustratietolerantie	Problemen met doelbepaling
Geïrriteerdheid	Problemen met initiatief nemen
Emotionele labiliteit	Problemen met inhibitie
Stemmingsschommelingen	Organisatie- en planningsproblemen
Egocentriciteit	Problemen met het evalueren en controleren van handelingen
Angst en depressie	Moeite met het probleemoplossend vermogen
Seksuele ontremdheid	

Deze indeling is echter geen starre structuur. Er is vrijwel altijd duidelijk sprake van meer dan één gevolg of elkaar overlappende gevolgen. Maar met deze ruwe indeling van een complex systeem zijn de gevolgen apart bespreekbaar. (Van Schouwen, 2007)

Deze structuur helpt ons om de mogelijkheden en beperkingen aan het begin van een interventie in kaart te brengen. Het is belangrijk om naast het afnemen van testen ook observaties uit te voeren tijdens betekenisvolle activiteiten voor de cliënt.

Voor deze observaties tijdens het uitvoeren van functionele activiteiten is een ergotherapeut uitstekend geplaatst binnen het revalidatieteam. We beschikken over voldoende achtergrond om de anatomische structuren van de hersenen te koppelen aan de functies en disfuncties tijdens het handelen. Bovendien richt ergotherapie zich primair op het handelen van mensen binnen het dagelijks leven.

De ergotherapeut gaat hierbij eerst aan de slag met de primaire ADL vaardigheden zoals zelfredzaamheid op het gebied van voeding, hygiëne, kleden, mobiliteit, enz. Deze primaire vaardigheden zijn gericht op basisactiviteiten in het dagelijks leven en bevatten dus gekende taken. Deze activiteiten zijn binnen een revalidatiecentrum eenvoudig te organiseren en worden reeds veelvuldig toegepast. Het stelt de ergotherapeut in staat om functies aansluitend bij het dagelijks leven te observeren.

Daarna richt de therapeut zich op een hoger niveau tot de secundaire ADL vaardigheden, die ook wel IADL vaardigheden worden genoemd. Deze bevatten activiteiten op het gebied van werk, huishouden en vrije tijd waarin ongekennde taken verwerkt zijn. In praktijk worden deze activiteiten nog maar weinig ingeschakeld om te observeren omdat ze moeilijk te organiseren zijn binnen een revalidatiecentrum. Toch hebben we er nood aan want het is pas in deze situaties dat executieve functiestoornissen duidelijk naar voor komen.

Daarom is het belangrijk om functionele, betekenisvolle activiteiten uit te zoeken op secundair niveau die te organiseren zijn binnen een revalidatiecentrum.

Zo kwamen we aan de volgende onderzoeksvraag:

Welke invloed hebben functionele activiteiten op executieve disfuncties bij cliënten in een revalidatiecentrum?

Met dit in ons achterhoofd gaan we een activiteitenboek samenstellen. Enerzijds worden hierin executieve functies toegankelijk beschreven via educatiefiches. Zo kunnen niet alleen ervaren ergotherapeuten in het werkveld, maar zeker ook de cliënt zelf en zijn omgeving zich informeren. Anderzijds bundelen we een hoop activiteitenfiches met functionele oefeningen voor het verbeteren van executieve functies in een revalidatiecentrum.

In het theoretisch gedeelte leggen we stap voor stap uit wat executieve (dis)functies zijn. Om daarna het behandlungsproces te overlopen van assessment tot evaluatie. We stellen onze visie voor en verantwoorden de keuzes die we gemaakt hebben bij het uitwerken van het activiteitenboek. In het praktisch gedeelte bespreken we de vorm en de opbouw van het activiteitenboek. We kaarten enkele voorbeelden aan uit de praktijk en evalueren het geheel.

In de bijlage zit alvast het definitieve activiteitenboek zodat therapeut en cliënt onmiddellijk aan de slag kunnen.

DEEL 1

THEORETISCHE ACHTERGROND

Hoofdstuk 1: Executief functioneren

1 Inleiding

In dit hoofdstuk verklaren we stap voor stap wat de executieve functies zijn. We vertrekken bij het ontleden van de term 'executieve functies' en eindigen met een algemeen overzicht van alle functies. Onderweg kaderen we de executieve functies binnen onze cognitie. We onderzoeken wanneer we een beroep doen op deze functies en selecteren een gepaste indeling.

Na het toelichten van de executieve functies schakelen we over op de executieve disfuncties. Niet alleen de verschillende kenmerken van executieve disfuncties komen aan bod, maar ook de gevolgen voor de omgeving, de prevalentie, de prognose, de gradaties, enzovoorts.

2 De term 'executieve functies'

Naar het voorbeeld van Zelazo (1997) zullen wij ook eerst de term executieve functies ontleiden.

2.1 'Executief'

De term 'executief' komt oorspronkelijk van het Latijn 'exsequor' en betekent letterlijk (een vonnis) uitvoeren, voltrekken of ten uitvoer brengen.

In deze context kan 'executief' op twee manieren benaderd worden. Enerzijds wijst dit op de verantwoordelijke die de bevelen uitdeelt. Anderzijds heeft het ook betrekking op de uitvoerende macht die de bevelen opvolgt en de regels naleeft.

Bij het gebruik van de term executieve functies worden deze twee betekenissen samengevoegd. Het gaat zowel om sturende als uitvoerende functies, een essentieel onderdeel voor het coördineren van zinvol, adequaat en doelgericht gedrag.

2.2 'Functie'

De term 'functie' verwijst in deze context naar de mogelijkheid om bij complexe handelingen eenzelfde resultaat te bekomen, ondanks de talrijke invloeden van buitenaf.

Dit illustreren we even aan de hand van een voorbeeld rond communicatie:

Wanneer we een boodschap willen sturen naar iemand anders kunnen we hiervoor verschillende middelen aanwenden. We kunnen het gewoon zeggen, maar ook mailen, sms'en, opschrijven, uitbeelden, enzovoorts. Welk middel we ook kiezen, de boodschap blijft hetzelfde.

2.3 'Executieve functies'

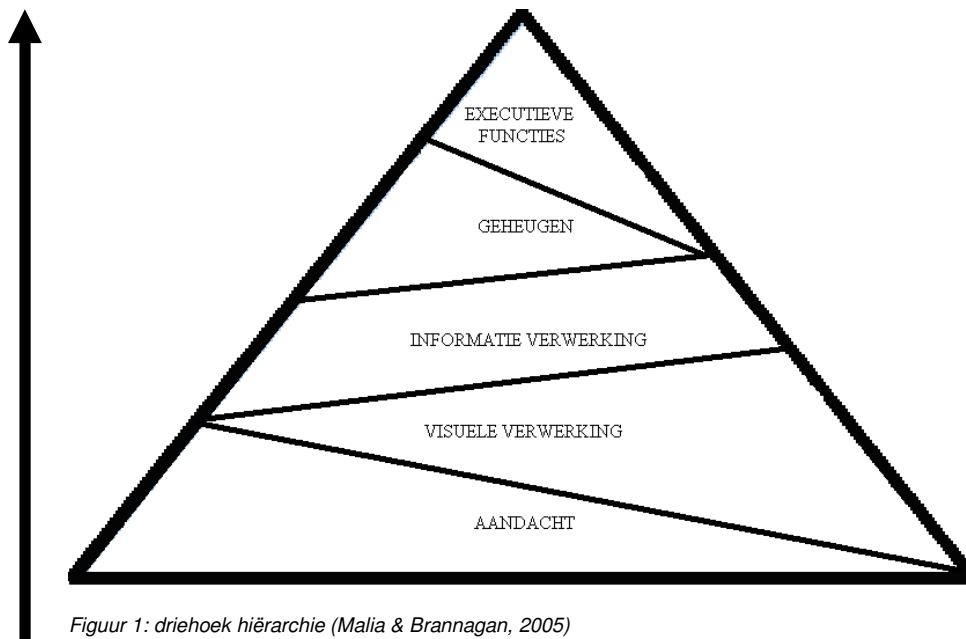
Het gaat hier om de hogere controlefuncties van de hersenen. Een eenduidige definitie van de uitdrukking 'executieve functies' is echter niet te vinden.

Globaal stellen wij dat het gaat om complex gedrag, in relatie tot de omgeving en persoonlijke doelen van een persoon. Het zijn vaardigheden die nodig zijn bij de planning, uitvoering en controle van niet-routinematige activiteiten. Zij hebben een algemene coördinerende en controlerende functie tijdens het optreden van andere cognitieve processen, zoals aandacht, informatieverwerking, geheugen, enzovoorts.

3 Cognitieve hiërarchie

Brain Tree Training heeft een handleiding ontworpen voor therapeuten om cognitieve problemen te behandelen. Hierin wordt cognitie opgedeeld in 5 aparte delen (aandacht, visuele verwerking, informatieverwerking, geheugen en executieve functies). Het resultaat wordt beschreven in het boek van Malia en Brannagan (2005).

Het schema dat hieronder staat, helpt ons om het complex gegeven te begrijpen. Dit is een sterk vereenvoudigde weergave van wat zich werkelijk in onze hersenen afspeelt. Maar het is een nuttig hulpmiddel om aan de familie en de cliënt met N.A.H. uit te leggen wat er gebeurd is en hoe dit het dagelijks leven beïnvloedt.



Figuur 1: driehoek hiërarchie (Malia & Brannagan, 2005)

Deze driehoek toont de hiërarchische volgorde waarop de 5 cognitieve functies geplaatst kunnen worden. Aandacht ligt hierbij aan de basis en oefent op alles een invloed uit. Aan de hand van dit schema is het mogelijk om de cliënt aan te tonen waarom hun geheugen stoornissen kunnen veroorzaakt worden door een aandachtsstoornis of door het onvermogen om zin te geven aan gekregen informatie.

Door deze opsplitsing van het geheel bestaat het gevaar om te vergeten dat cognitie een geheel is van alle aparte delen.

In een poging om de werkelijkheid stap voor stap realistischer weer te geven, staan er nog andere schema's in de handleiding van Brain Tree Training. Deze worden echter al snel complexer en moeilijker. Maar de echte interacties zijn te complex om schematisch voor te stellen. Bovendien zijn er tussen auteurs onderling ook verschillen in schema's. Zo voegt Bie Op de Beeck (2008) in haar cursus helemaal bovenaan metacognitie toe.

4 Vergelijking met een top manager

Elsa van Schouwen (2007) vergelijkt de executieve functies met de taken van een ondernemer van een groot bedrijf. Een goede manager volgt een algemene strategie om het bedrijf te leiden. Dit kan bijvoorbeeld inhouden: het verhogen van de productie, klanten tevreden stemmen, een goed personeelsbeleid voeren, enzovoorts. Daarnaast benut hij relevante, nieuwe informatie om zijn plannen of strategie eventueel te wijzigen of bij te stellen. Kortom hij stelt zich flexibel op en past zich aan in nieuwe situaties. Maar hij moet ook op de rem kunnen trappen als blijkt dat acties ongewenste gevolgen kunnen hebben. Hij weet waar zijn prioriteiten liggen en hij is in staat meerdere taken gelijktijdig uit te voeren. Tenslotte beschikt de manager ook over sociale vaardigheden om zo zijn bedrijf naar buiten toe goed te kunnen vertegenwoordigen.

De executieve functies van de hersenen kunnen dan ook vergeleken worden met de topmanagers van alle andere cognitieve functies. De meest cognitieve vaardigheden worden gebruikt voor wat een persoon doet. De executieve functies zijn verantwoordelijk voor hoe een persoon handelt.

5 Wanneer doen we een beroep op executieve functies?

Er zijn verschillende omstandigheden waarbij we veelvuldig beroep doen op onze executieve functies. Al deze situaties zullen hieronder één voor één aan bod komen.

5.1 Nieuwe, complexe situaties

Het gaat hier om situaties waarbij we niet kunnen terugvallen op routine of automatismen en waarbij de situatie weinig gestructureerd is.

Bijvoorbeeld:

Wanneer je de weg moet zoeken in een onbekende gemeente.

5.2 Eenvoudige maar gevaarlijke situaties

In relatief eenvoudige situaties die we al meermaals tegengekomen zijn maar grote risico's inhouden.

Bijvoorbeeld:

Wanneer we een mixer in de keuken gebruiken, zullen we heel goed opletten terwijl de handeling op zich eenvoudig is.

5.3 Geautomatiseerde reacties onderdrukken

In een situatie waarbij we sterk geautomatiseerde reacties willen onderdrukken als de omstandigheden ernaar zijn.

Bijvoorbeeld:

Wanneer we een stoplicht op rood zien springen terwijl we met de auto rijden, hebben we een hele reeks opeenvolgende automatismen klaar: we kijken in de achteruitkijk spiegel, we duwen ons heen naar beneden, trappen de koppeling in, en schakelen alvast terug. Dit is het schema dat we automatisch inzetten bij het zien van een rood licht. De executieve functies zijn in staat dit soort schema's makkelijker of moeilijker te activeren.

Als we haast hebben zullen we misschien niet ons automatische schema voor rood licht aanzetten, maar zullen we door rood rijden. In dit geval onderdrukken we het schema bewust.

Als we politie achter ons zien rijden zullen we wel besluiten te stoppen voor het rode licht.

Zo wordt ons gedrag bewust gestuurd op basis van onze eigen doelen (haast) en omgevingsinvloeden (politie).

6 Onderverdeling van executieve functies

Om tot een duidelijke en functionele indeling van executieve functies te komen hebben we verschillende auteurs geraadpleegd. Elke auteur hanteert haast een andere indeling, maar toch lijken velen sterk op elkaar qua inhoud.

Op de Beeck (2008) geeft een overzicht weer van de meest gebruikte indelingen en hun auteurs.

- Executieve functies volgens Callahan:
 - initiation
 - termination
 - self regulation

- Executieve functies volgens Lezak:
 - volition / intentional behaviour
 - planning
 - purposive action
 - effective performance

- Executieve functies volgens Sohlberg en Mattheer:
 - anticipation
 - goal selection
 - planning
 - initiation
 - self-regulation
 - use of feedback

- Executieve functies volgens Holland, Hogg en Farmer
 - speed of processing
 - sequencing
 - flexibility
 - idea generation / task analysis
 - planning
 - initiation
 - evaluation of strategies
 - attention to detail
 - self-awareness
 - time-management

- Executieve functies volgens Wilson
 - abstract denken
 - inhibitie
 - planning
 - temporale sequentie
 - zelfinzicht
 - verband taal / kennis en gedrag
 - sociaal bewustzijn
 - motivatie
 - emotionele controle
 - beslissingsvaardigheden
 - sociale vaardigheden

Deze grote verscheidenheid aan terminologie en structuur maakt het moeilijk om een sluitende, wetenschappelijke indeling te presenteren.

7 Executieve functies volgens Elsa van Schouwen

De structuur die in dit eindwerk aan bod komt is gebaseerd op de visie van Elsa van Schouwen, een internationaal gecertificeerde cognitief therapeut (volgens de criteria van de Society of Cognitive Rehabilitation). Tevens is zij gediplomeerd ergotherapeut, biomedisch wetenschapper en oprichtster van Hersenwerk.

Overzicht executieve functies:

- inzicht
- doelbepaling
- zelfinitiatie
- zelfinhibitie
- planning en organisatie
- zelfcontrole en zelfevaluatie
- flexibel probleemoplossend vermogen

We verkiezen deze structuur omwille van de toegankelijke terminologie en de eenduidige definities.

De toegankelijke terminologie zorgt ervoor dat zowel therapeut als cliënt zich bij de functies gemakkelijker iets kunnen voorstellen.

De eenduidige definities zijn ook noodzakelijk voor het toepassen in de praktijk. Vraag maar eens aan 30 verschillende personen wat 'inzicht' inhoudt. Ze zullen allemaal een ander antwoord geven. Op voorhand vastgelegde definities bieden dan een oplossing. Ze zorgen er voor dat alle hulpverleners binnen het team dezelfde taal spreken. Bovendien bieden zij een handige leidraad voor het interpreteren van observaties.

Toch is er in praktijk soms moeilijk een onderscheid tussen de verschillende functies te maken. Enerzijds omdat ze zo dicht bij elkaar liggen, anderzijds omdat niet alle situaties in praktijk even duidelijk zijn als in theorie.

Bij twijfel is het goed om als therapeut op de gegeven instructies te letten, zij kunnen al een aanwijzing geven. Bijvoorbeeld:

- Werk eens verder. – initiatie
- Wat is de volgende stap? – planning en organisatie
- Denk je dat dit gaat lukken? – inzicht

8 Definities en voorbeelden

Executieve functies zijn in feite een set van functies, waarbij de volgende indeling op gedragsniveau gebruikelijk is:

(De definities en de voorbeelden zijn samengesteld op basis van Malia en Brannagan (2005) en Sohlberg en Mateer (2001) in onderling overleg met Elsa van Schouwen.)

Executieve functie	Definitie executieve functie	Voorbeeld van communiceren	Voorbeeld van winkelen
1. Inzicht	“Beschikken over een realistisch idee van persoonlijke sterktes en zwaktes.”	De cliënt beweert dat hij goed voor een groep kan spreken, terwijl het al moeilijk is om hem te verstaan in een individueel gesprek.	De cliënt zegt dat hij nooit iets van zijn boodschappenlijst vergeet alhoewel dit regelmatig het geval is.
2. Doelbepaling	“het vermogen om reële doelen te stellen, die passend zijn bij iemands grenzen en mogelijkheden.”	De cliënt wil een gsm leren gebruiken, maar kan deze niet hanteren gezien zijn beperkingen.	De cliënt gaat een sieraad kopen ter waarde van duizenden euro's, zonder dat hij over dit bedrag beschikt.
3. Zelfinitiatie	“Het vermogen om te starten en de verschillende stappen van een vooropgesteld plan tot een goed einde te brengen zonder aangezet te moeten worden.”	De cliënt begint geen gesprek uit zichzelf en spreekt met een monotone stem zonder veel expressie te uiten. De cliënt verliest zijn interesse en blijft niet bij het onderwerp van gesprek.	De cliënt gaat niet op eigen initiatief winkelen, zelfs wanneer de koelkast leeg is of hij brengt niet al de benodigdheden van de boodschappenlijst mee.
4. Zelfinhibitie	“Het vermogen om te inhiberen, om ongepast gedrag of ongepaste gedachten te stoppen.”	De cliënt maakt ongepaste opmerkingen en onderbreekt de andere regelmatig tijdens het voeren van een gesprek.	De cliënt begint impulsief en ondoordacht te winkelen. Hij koopt overbodige producten die aantrekkelijk lijken in de winkel
5. Planning & organisatie	“Het vermogen om de verschillende stappen te bedenken die nodig zijn om een taak uit te voeren, prioriteiten te stellen en deze in de goede volgorde te plaatsen om ze op een praktische manier tot uitvoer te brengen.”	De cliënt springt van de hak op de tak als hij aan het woord is. Hij komt niet tot de essentie van de boodschap, maar draait rond de pot.	De cliënt maakt geen boodschappenlijstje voor hij gaat winkelen. Hij gebruikt niet de hoofdaanwijzingen in de winkels om alle benodigdheden te verzamelen, waardoor hij veel moet rondlopen en lang moet zoeken.
6. Zelfcontrole & zelfevaluatie	“Het vermogen om de doeltreffendheid en geschiktheid van het eigen handelen te beoordelen.”	Als de cliënt een brief geschreven heeft leest hij deze niet na op fouten en evalueert hij niet of de brief daadwerkelijk alles bevat wat hij wou vertellen.	Vooraleer naar de kassa te gaan, overloopt de cliënt zijn boodschappenlijstje niet meer.
7. Flexibel probleemoplossend vermogen	“Het vermogen om een probleem te herkennen en te anticiperen op problemen die in de nabije toekomst kunnen optreden. Het vermogen om alternatieve oplossingen te bedenken en de activiteit als een geheel te benaderen in probleemsituaties.”	De cliënt heeft moeite om open vragen te beantwoorden. Bij een discussie blijft hij bij zijn standpunt ook al zijn de argumenten van de andere voldoende overtuigend.	Wanneer het benodigde product niet meer in de rekken ligt, weet de cliënt niet hoe hij dit kan oplossen.

9 Executieve disfuncties

Bij een stoornis in de executieve functies is de cliënt niet meer in staat om adequaat voor zichzelf te zorgen. Hij kan niet meer (goed) zonder structuur van buitenaf (meer complexe) handelingen verrichten, of normale sociale relaties onderhouden, terwijl cognitieve vaardigheden intact kunnen zijn. (Rasquin, 2001) Executieve disfuncties worden ook 'stoornissen in de emotionele en uitvoerende controle van het gedrag' genoemd (Lafosse, 1999).

Executieve stoornissen worden geassocieerd met een disfunctioneren in de frontale kwab van de hersenen meer bepaald nog met de prefrontale cortex. Toch mogen we niet veronderstellen dat de lokalisatie van de executieve functies terug te brengen is tot alleen de frontale kwab. Wij zien de prefrontale kwab als het centrum van het executief functioneren van waaruit meerdere verbindingbanen vertrekken die ook andere hersengebieden hierbij betrekken. Zo ontstaan er verschillende frontale subcorticale circuits.

Belangrijk is dat we ons realiseren dat alle verbindingen in de hersenen te talrijk zijn om zo maar in kaart te brengen. Bovendien rijst op dit moment nog steeds de vraag waar de anatomische lokalisatie van de verschillende prefrontale functies zich bevinden. Omdat dit ons veel te ver zou leiden verwijzen we hier door naar specifieke literatuur zoals Cummings en Trimble (2002), Deelman en Eling (2004), Alvarez en Emory (2006), Gilbert en Burgess (2008), enzovoorts

9.1 Bij wie merken we executieve disfuncties op?

Executieve functiestoornissen komen niet alleen voor bij N.A.H., maar ook bij een groot aantal andere fysieke stoornissen (epilepsie, tumoren en andere neurodegeneratieve aandoeningen) ontwikkelingsstoornissen (autisme, ADHD en antisociale persoonlijkheidsstoornis), neuropsychiatrische stoornissen (schizofrenie, obsessief-compulsieve stoornis en depressie) en in de geriatrie (dementie). (Alvarez, 2006)

9.2 Wanneer uiten executieve disfuncties zich?

De executieve disfuncties worden zichtbaar kort na de acute fase. Gedurende de revalidatie kan het zijn dat de cliënt zich ongeïnteresseerd, onvoorspelbaar, ongedisciplineerd of niet coöperatief opstelt. In de praktijk zullen de eerste verschijnselen vaak niet door de cliënt zelf, maar door de hulpverleners, de partner, de familieleden of vrienden opgemerkt worden. Zonder ingrijpen heeft de cliënt het dikwijls moeilijk om het dagelijks leven terug op te nemen. De familie klaagt dan dat de cliënt te veel problemen veroorzaakt thuis in verhouding met zijn fysieke beperkingen. (Nys, 2004)

9.3 Prevalentie van executieve disfuncties

Nys (2004) en Burgess (2005) toonden aan dat executieve disfuncties veel frequenter voorkomen dan verwacht. Nys stelt daarbij vast dat cliënten met een letsel in de hersenschors van de linkerhersen helft significant vaker en ernstigere stoornissen in de uitvoerende functies vertonen dan cliënten met een letsel in de hersenschors van de rechterhersen helft. Burgess toont in zijn onderzoek naast de frequentie van executieve disfuncties ook aan dat er grote verschillen bestaan bij de beleving van problemen tussen de cliënt en zijn omgeving.

9.4 Gradaties van de executieve stoornissen

Rasquin (2007) stelt in zijn 'Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel' een globale indeling voor die de ernst van de uitvoerende stoornissen in drie categorieën weergeeft:

9.4.1 Lichte executieve stoornissen

De cliënt heeft zijn premorbide activiteiten kunnen hervatten, maar ervaart beperkingen in het plannen, initiëren en uitvoeren van gedrag, hetgeen ten koste gaat van de kwaliteit van functioneren.

9.4.2 Matige executieve stoornissen

De cliënt heeft één of meerdere domeinen van het premorbide functioneren (werk, sociaal, vrije tijd, mobiliteit) niet (volledig) kunnen hervatten vanwege executieve stoornissen, maar functioneert nog wel grotendeels zelfstandig.

9.4.3 Ernstige executieve stoornissen

De cliënt heeft meerdere domeinen van het premorbide functioneren niet kunnen hervatten vanwege executieve stoornissen en is niet meer in staat zelfstandig en veilig te functioneren. Een beschermde woonomgeving of verregaande verzorging door naasten of hulpverleners is noodzakelijk.

9.5 Gevolgen voor de omgeving

Uit dit alles blijkt dat er grote veranderingen kunnen optreden in het dagelijks functioneren van de cliënt. Deze verschijnselen beïnvloeden niet alleen het leven van de getroffen personen maar ook dat van de mensen in hun directe omgeving, in eerste plaats partner en kinderen. Zij moeten niet alleen de ernstige gevolgen van het hersenletsel voor de cliënt verwerken, maar ze moeten ook hun eigen emoties (zoals verbijstering, boosheid, verdriet en wanhoop) de baas worden. (Hersenwerk, 2006)

Een hersenletsel impliceert soms blijvende persoonsveranderingen, hetgeen permanente veranderingen in het gezin en in de gezinsinteracties teweeg brengt. De omgeving wordt vaak geconfronteerd met een heel andere partner of ouder thuis. Toch moeten ze opnieuw een relatie aangaan. Hoewel de veranderingen van de cliënt voor de omgeving vaak onbegrijpelijk zijn. (Hersenwerk, 2006)

Daarom is het belangrijk om ook voor de omgeving voorlichting, educatie en begeleiding te voorzien tijdens de revalidatie. Dit houdt in dat de familie tijdens het behandelingsproces al voorbereid zou moeten worden op de lange termijn realiteit. (Hersenwerk, 2006)

De educatiefiches die in dit eindwerk aan bod komen, richten zich dan ook naar de cliënt en zijn omgeving.

9.6 Prognose

Uit het onderzoek van Nys (2004) blijkt dat 31% van de cliënten met een beroerte nog steeds cognitieve stoornissen vertoont na zes maanden. Bovendien is 19% nog afhankelijk in basisactiviteiten van het dagelijks leven, zoals het aankleden of zelfstandig eten, terwijl 24% nog steeds afhankelijk is in meer complexe activiteiten, zoals huishouden of vrijetijdsbesteding. Hieruit kunnen we afleiden dat stoornissen in de executieve functies de sterkste voorspellers zijn voor een verstoord functioneren in het dagelijks leven op langere termijn.

De prognose van executieve functiestoornissen is vaak niet zo gunstig. Bij de keuze van een therapeutische aanpak is het goed dat duidelijk voor ogen te houden en zodoende voldoende realistisch te zijn bij de bepaling van de doelstellingen. (Vanzeir, 2006)

10 Samengevat

Een eenduidige definitie van het begrip executieve functies is niet te vinden. Samenvattend beschouwen wij executieve functies als hogere orde functies die verantwoordelijk zijn voor de initiatie, planning en regulatie van complex doelgericht taak- en sociaal gedrag. (Rasquin, 2007)
Anatomisch worden ze gelinkt aan de frontale cortex, in het bijzonder de prefrontale cortex.

De executieve functies beschrijven hoe een persoon handelingen uitvoert. Ze kunnen dan ook vergeleken worden met de topmanagers van alle andere cognitieve functies.

Op executieve functies wordt een beroep gedaan in omstandigheden die nieuw of complex zijn, waarbij niet terug gevallen kan worden op routines of automatismen en waarbij de situatie weinig gestructureerd is. Daarnaast worden ze ook aangesproken in relatief eenvoudige, maar gevaarlijke situaties of wanneer we sterk geautomatiseerde reacties willen onderdrukken.

De grote verscheidenheid aan indelingen maakt het moeilijk om een sluitende, wetenschappelijke structuur te presenteren. We hanteren in dit werk de structuur gebaseerd op de visie van Elza van Schouwen omwille van de toegankelijke terminologie en de eenduidige definities.

Uit de voorbeelden blijkt dat de verschillende executieve functies een invloedrijke rol spelen op het dagelijks leven waar we ons nog meer bewust van moeten worden. (Malia, 2005)

Executieve functiestoornissen komen niet alleen voor bij niet aangeboren hersenletsel, maar ook bij een groot aantal andere ontwikkelingsstoornissen, neuropsychiatrische stoornissen en in de geriatrie. Veelal is de cliënt niet meer in staat om adequaat voor zichzelf te zorgen. Hij kan niet meer (goed) zonder structuur van buitenaf (meer complexe) handelingen verrichten, of normale sociale relaties onderhouden, terwijl cognitieve vaardigheden intact kunnen zijn. Deze symptomen zullen zich vooral beginnen te uiten na de acute fase en worden vaak verschillend ervaren door de cliënt zelf en zijn omgeving. Daarom is het belangrijk om ook voor de omgeving voorlichting, educatie en begeleiding te voorzien tijdens de revalidatie.

Hoewel blijkt dat executieve stoornissen frequent voorkomen, worden zij vaak onvoldoende onderkend. Dit komt het begrip en de behandeling van de cliënt zeker niet ten goede. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat deze problemen meestal niet zo direct en duidelijk waarneembaar zijn. Ze komen vaak pas aan het licht door allerlei misverstanden en incidenten.

Bovendien is de prognose van executieve functiestoornissen vaak niet zo gunstig. Bij de keuze van een therapeutische aanpak is het goed dat duidelijk voor ogen te houden. Onderling overleg met de cliënt en zijn omgeving kan gebruikt worden om prioriteiten te stellen en zodoende individuele maar ook realistische doelstellingen na te streven.

Hoofdstuk 2: Assessment

1 Inleiding

Assessment is een onderdeel dat in ieder behandelproces aan de orde komt. Dus dit kan ook hier niet ontbreken. Bovendien versterkt goed uitgevoerd assessment niet alleen de vertrouwensband tussen de cliënt en de therapeut, maar het is eigenlijk al therapie op zich.

In dit hoofdstuk leggen we ons toe op het doel van het assessment specifiek voor executieve functies. Maar ook de taak van de ergotherapeut binnen het multidisciplinaire team en de meerwaarde ervan komt aan bod. Als laatste lichten we 3 grote categorieën van assessment technieken toe. Om zo te verantwoorden waarom we geen assessmenttechnieken gaan toepassen in de praktijk.

2 Het doel van assessment

Volgens de “richtlijn voor neuropsychologisch onderzoek (NPO) stoornissen in executieve (uitvoerende) functies” wordt bij cliënten die verwezen worden in verband met mogelijke executieve stoornissen een antwoord gezocht op volgende vragen:

- Is er sprake van executieve stoornissen in het algemeen?
- Waar bestaan deze specifiek uit?
- In hoeverre zijn deze stoornissen te verklaren vanuit een neurologische aandoening of passend bij een bepaald beeld (bijvoorbeeld frontaal gelokaliseerde pathologie, of een neurodegeneratieve aandoening)?
- Wat is de invloed van andere factoren (bijvoorbeeld andere cognitieve functiestoornissen zoals een vertraagd mentaal tempo, geheugenstoornissen, een laag IQ, of psychosociale, emotionele en persoonlijkheidsgerelateerde factoren)? (Spikman et al., 2003)

Het is onze taak om tijdens het proces van assessment een beeld te vormen van alle cognitieve aspecten die we kennen. We kunnen het vergelijken met een bakstenen muur, waarbij elk cognitief aspect een baksteen voorstelt. Het is onze job om te kijken welke bakstenen ontbreken of in slechte staat zijn. De bakstenen zelf zeggen uit wat voor soort materiaal de muur bestaat, terwijl het cement ons vertelt hoe de muur gebouwd is. Het cement verwijst dus naar onze executieve functies. Door de tijd te nemen om alles te bestuderen en analyseren, kunnen we tijdig ingrijpen opdat de muur niet inzakt. Als we de verkeerde conclusies trekken, maken we de muur misschien alleen nog maar zwakker door de verkeerde punten te ondersteunen. (Malia & Brannagan, 2005)

De doelstelling van assessment in het algemeen is een zo goed mogelijk beeld krijgen van de cliënt op executief vlak. Het is belangrijk de mogelijkheden en beperkingen van het functioneren in kaart te brengen. Zo kunnen we achterhalen welke invloed bepaalde functiestoornissen hebben op het dagelijks leven van de cliënt. Deze bevindingen kunnen als uitgangspunt gebruikt worden voor de verdere behandeling. (Joosen, 2007)

3 De taak van de ergotherapeut

In de lijst van de technische prestaties die door ergotherapeuten mogen worden verricht volgens de wetgeving wordt het volgende vermeld:

- "Onderzoek of deelname aan onderzoek van de functioneringsmogelijkheden en beperkingen van de persoon (...) op fysisch, sensomotorisch, intellectueel en relationeel vlak en op het gebied van gedrag (...)." Dus ergotherapeuten mogen diagnostisch onderzoek verrichten m.b.t. cognitieve stoornissen.

Daarnaast geven Cup en Steultjens (2005) in de Ergotherapierichtlijn Beroerte volgende aanbeveling die voor dit eindwerk van belang is:

"De werkgroep is van mening dat bij cliënten waarbij ogenschijnlijk geen uitvalsverschijnselen zijn, de ergotherapie ingeschakeld kan worden voor een evaluatie van niet direct zichtbare cognitieve stoornissen in relatie tot het dagelijks handelen (activiteiten en participatie)."

Mattingly en Fleming (1994) onderzoeken de meerwaarde van het klinisch redeneren van ergotherapeuten. Zij stellen vast dat ergotherapeuten op drie verschillende manieren redeneren:

1. procedureel redeneren = wetenschappelijk redeneren.

Hiertoe behoort het analyseren van problemen, het formuleren van hypothesen, het uitstippelen van procedures en maatregelen om de problemen aan te pakken, brieven tijdens interdisciplinaire overleg, enzovoorts. Dit redeneren wordt het meeste aangesproken door wetenschappelijke literatuur en definities.

2. interactief redeneren

Door een goede anamnese uit te voeren kunnen ergotherapeuten allerlei informatie verzamelen van de cliënt. Zo krijgen we zicht op de persoonlijke kenmerken van de cliënt, zijn behoeften en wensen, normen en waarden. Door in het begin voldoende achtergrond van de cliënt te verzamelen kunnen we cliëntgericht werken. Dit versterkt de vertrouwensband en de betrokkenheid van de cliënt vergroot.

3. conditioneel redeneren

Deze manier van denken moeten alle ergotherapeuten zich eigen maken als ze willen begrijpen wat werkelijk betekenisvol is voor de cliënt. Het vertrekt vanuit een holistische mensvisie. Tijdens het behandelingsproces bespreken we regelmatig met de cliënt zijn ervaringen en de evoluties. In deze gesprekken houden we steeds rekening met:

- de persoonlijke context van de cliënt, zijn verleden, heden en toekomst
- zijn leeftijd, levensfase, levensstijl
- zijn sociale en culturele omgeving

Het conditioneel redeneren is net de meerwaarde van een ergotherapeut bij assessment. Wij gaan niet alleen functiegericht te werk maar ook functioneel, rekening houdend met de cliënt en zijn toekomstsituatie.

Omdat ergotherapeuten hun cliënten vaak in hun dagdagelijkse handelingen observeren, zijn ze goed geplaatst om cognitieve stoornissen op te merken en te zoeken naar een geschikte aanpak. Bovendien zijn executieve functiestoornissen vooral waarneembaar tijdens dagelijkse, complexe handelingen. Als we ons niet op dit terrein zouden begeven bestaat de kans dat de cliënt thuis onverwacht met een hoop problemen wordt geconfronteerd.

4 Verschillende soorten assessment

Er zijn reeds richtlijnen uitgegeven waarin men aandacht besteedt aan de manier waarop we assessment van executieve functies moeten uitvoeren. Vermits we zelf geen van onderstaande assessment technieken gaan gebruiken, verwijzen we voor de afnameprocedures door naar de richtlijn van Spikman et al. (2003).

De assessment technieken die wij bespreken in verband met executieve functies kunnen in 3 grote categorieën opgedeeld worden: vragenlijsten en interviews, functiegericht assessment en functioneel assessment. Bij ieder assessment staat steeds de naam van de ontwerper en het jaartal. Als laatste proberen we het assessment in één zin zo goed mogelijk samen te vatten. De lijsten zijn niet bedoeld om een overzicht te geven van alle mogelijke testen. Ze vormen wel het geheel van al die assessments die we bij het maken van dit eindwerk zijn tegengekomen.

4.1 Vragenlijsten en interviews

Er werden al vragenlijsten en interviews ontwikkeld om executieve functiestoornissen op te sporen:

- Dysexecutive Questionnaire (DEX) – Wilson et al. (1996)

Dit is een zelfbeoordelvragenlijst met 20 items gericht op het vaststellen van plannings- en organisatiestoornissen. De items worden beoordeeld op een 5-punts Likert Schaal (van 'nooit' = 0 tot 'heel vaak' = 4) met een maximale totaalscore van 80. Een hogere score wijst naar een grotere ernst van de stoornis.

- Executive Interview 25 (EXIT 25)

Dit is een interview bestaande uit 25 vragen om de verschillende executieve functies in kaart te brengen. Iedere vraag kan de therapeut 0,1 of 2 scoren. Ook hier geldt weer hoe hoger de score, hoe groter de ernst van de stoornis.

Vragenlijsten bieden de mogelijkheid om in een eerste gesprek rechtstreeks 'to the point' te komen. Een belangrijke tekortkoming van vragenlijsten is wel dat zij alleen de perceptie van de cliënt weergeven en die kan nog al eens beïnvloed worden door een slecht ziekte inzicht. (Vanzeir, 2006) Terwijl bij een interview veel afhangt van de bevraging van de ergotherapeut en de interpretatie van de cliënt. Veel cliënten met executieve functiestoornissen hebben bij een interview de neiging om zich er door te praten. Bovendien kunnen zij vaak wel redeneren wat te doen, maar het niet gepast ten uitvoer brengen.

4.2 Functiegericht assessment

In de volgende opsomming willen we een idee geven van de functiegerichte testen die gevoelig zijn voor schade aan de frontale kwabben.

- Allen Cognitive Level Screen – Allen (1985)

De cliënt moet drie steken maken met een veter op een lapje, die steeds moeilijker worden.

- Block Design (WAIS) – Weschler (1955)

De cliënt moet een patroon nabouwen van blokken met rode en witte zijden.

- Brixton Spatial Anticipation Test – Burgess & Shallice (1997)

De cliënt moet rijen correct afmaken zonder dat hij weet welke regels gelden.

- Hayling Sentence Completion Test – Burgess & Shallice (1997)

De cliënt moet de zin die wordt voorgelezen door de therapeut vervolledigen.

- Iowa Gambling Task – Bechera et al. (1994)

De cliënt moet zo veel mogelijk geld verzamelen door te gokken.

- Paced Auditory Serial Addition Task (PASAT) – Gronwall & Sampson (1974)

De cliënt moet een mondeling aangeboden opteltaak onder tijdsdruk uitvoeren.

- Porteus Maze – Porteus (1950)

De cliënt moet de uitgang van een doolhof vinden, zonder terug te keren.

- Stroop Color-Word Task – Stroop (1935)

De cliënt moet zo snel mogelijk drie verschillende soorten kaarten hardop lezen. Bv. de juiste kleur van de letters benoemen, ook al staat er een andere geschreven.

- Tinkertoy Test – Lezak (1982)

De cliënt moet een gebruiksvoorwerp maken uit het gegeven materiaal, het voorwerp een naam geven en uitleggen hoe het voorwerp gebruikt moet worden.

- Tower of London (Hanoi) – Shallice (1982)

De cliënt moet een voorbeeld van gekleurde blokjes namaken met zo min mogelijk verplaatsingen vanuit zijn startpositie.

- Trail Making Test A & B – Reitan (1956)

De cliënt moet zo snel mogelijk letters en cijfers verbinden.

- Verbal Fluency Tests

De cliënt moet binnen een bepaalde zoveel mogelijk woorden opsommen die met eenzelfde letter beginnen.

- Wisconsin Card Sorting Test – Berg (1948)

De cliënt sorteert kaarten, maar er wordt niet gezegd naar welke categorie (vorm, kleur, aantal).

Opvallend is de veelzijdigheid van al deze testen. De handelingen die gevraagd worden liggen soms enorm ver uit elkaar.

Daarnaast bestaan de testen al lang voor een relatief nieuw begrip als executieve functies. De recentste jaren is de invulling van het begrip executieve functies ook heel veel veranderd. De vraag blijft nu of deze testen dan nog altijd executieve functies meten zoals wij ze kennen.

Dankzij deze functiegerichte testen slagen we er wel in om op korte tijd een globaal beeld van executieve functiestoornissen te vormen, maar het is niet mogelijk om al de verschillende aspecten in kaart te brengen. Het zegt niet hoe de cliënt in zijn dagelijks handelen functioneert.

De testen zijn daarvoor te goed gestructureerd. De cliënt wordt altijd uitgelegd wat hij moet doen, wanneer, hoe, enzovoorts. Eigenlijk komt het er op neer dat de therapeut zich tijdens de testafnames gedraagt als een (goed functionerende) “frontale kwab” voor de cliënt. Daarom zijn de mogelijkheden van functiegerichte testen hier beperkt.

4.3 Functioneel assessment

Het onderzoek zou het beste grotendeels moeten gebeuren door de cliënt te confronteren met echte of goed gesimuleerde uitdagingen uit het dagelijks leven en hem dan nauwgezet te observeren. Hiertoe werden op verschillende plaatsen observatie instrumenten ontwikkeld: (Vanzeir, 2006)

- Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) – Fisher (1985)

De cliënt voert twee betekenisvolle taken uit waarvan de uitvoering beoordeeld wordt wat betreft de benodigde fysieke inspanning, efficiëntie, veiligheid en zelfstandigheid a.d.h.v. 16 motorische vaardigheden en 20 procesvaardigheden.

- Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS) – Wilson et al. (1996)

Dit assessment bestaat uit 6 subtesten en 2 vragenlijsten waarbij de cliënt gepast moet handelen in verschillende situaties.

- Brannagan Executive Functions Assessment (1998)

De cliënt wordt geconfronteerd met een serie ongestructureerde, complexe activiteiten, die op een gestandaardiseerde wijze geobserveerd kunnen worden.

- Cognitive Performance Test – Allen (1985)

De cliënt moet een aantal 'nieuwe' opdrachten vervullen met vertrouwde materialen zoals pillendoosjes vullen, enzovoorts.

- Executive Function Route-finding Task – Boyd & Sautter (1985)

De cliënt moet op zoek gaan naar een weinig bekende plaats in het ziekenhuis.

- Profile Of Executive Control System (Pro-Ex) – Braswell et al. (1992)

De cliënt wordt eerst geobserveerd in een dagelijkse situatie en nadien wordt hij geconfronteerd met enkele specifieke situaties om executieve functies uit te lokken.

- Routine Task Inventory (expanded) – Allen (1985)

Aan de hand van een uitgebreide ADL-schaal wordt het handelen van de cliënt ingedeeld naar verschillende functioneringsniveaus.

Deze assessments bieden de mogelijkheid om de cliënt te observeren in functionele activiteiten, terwijl hij een groot aantal ongestructureerde nieuwe situaties uitvoert. Niet alleen wat de cliënt doet wordt in kaart gebracht, maar ook de manier waarop de taken worden uitgevoerd. Het geheel krijgt dan een score. Bovendien bieden sommige testen bij de uitkomst ook richtlijnen aan voor de verdere behandeling.

Het nadeel is wel dat de resultaten minder eenduidig zijn in vergelijking met functiegericht assessment. Ze zijn vooral gebaseerd op de interpretatie van de ergotherapeut, wat het allemaal veel subjectiever maakt. De testen zelf nemen ook veel tijd in beslag.

Bovendien speelt een uniforme testsituatie veel minder in op de individuele behoeften en gewoonten van de cliënt, terwijl dit nog zo belangrijk is bij executieve functies. Daarom stellen wij nog activiteiten op die flexibel aangepast kunnen worden aan de cliënt.

4.4 Observatiepunten

Om af te ronden vermelden we nog enkele observatiepunten die belangrijk zijn bij het observeren van de cliënt tijdens het afnemen van assessment.

Kan de persoon:

- zijn sterke en zwakke kanten identificeren.
- zich inleven in anderen.
- realistische doelen stellen en plannen maken.
- subtiele opmerkingen begrijpen of abstraheren.
- zijn tijd efficiënt indelen.
- zelfstandig activiteiten/handelingen initiëren.
- ideeën genereren en oplossingen bedenken.
- de situatie goed beoordelen.
- zijn eigen gedrag evalueren en aanpassen.
- persoonlijke fouten corrigeren.
- omgaan met veranderingen in routine.
- leren van fouten.
- anticiperen op en oplossen van problemen.
- zich aanpassen in onvoorziene situaties.
- de dag plannen.
- zaken organiseren en plannen.
- zaken afmaken.

(Van Schouwen, 2007)

Tot slot dienen we nog op te merken dat de grens tussen 'normaal' en 'gestoord' soms moeilijk vast te leggen is bij executieve functies. Ook bij gezonde mensen zijn er op dit gebied grote interpersoonlijke verschillen. Het loont zeker de moeite om als therapeut te informeren naar het premorbide functioneren van de cliënt alvorens te oordelen in hoeverre er sprake is van executieve functiestoornissen. (Vanzeir, 2006)

5 Samengevat

Het doel van assessment is een zo goed mogelijk beeld vormen van de cliënt, rekening houdend met zijn toekomstsituatie.

Deze taak is niet alleen weggelegd voor de neuroloog, maar voor iedereen die in aanraking komt met de cliënt. Zo kan iedereen vanuit zijn eigen invalshoek te werk gaan.

Aan de hand van vragenlijsten, interviews, functiegericht en functioneel assessment kan het functioneren op verschillende manieren in kaart gebracht worden. Iedere techniek heeft daarbij zijn eigen voor- en nadelen. Jammer genoeg bestaat die ene goede test om in één keer alle executieve stoornissen op te sporen nog niet.

De meerwaarde van de ergotherapeut hierbij is het afnemen van functionele assessment technieken, om zo een beter idee te krijgen met welke problemen de cliënt in de toekomst tijdens het dagelijks handelen geconfronteerd zal worden.

Bovendien zijn er al te veel knelpunten naar boven gekomen om executieve functies op een goede manier te kunnen testen. Dit is een kort overzicht:

- Een één op één situatie is vaak te gestructureerd om executieve functies te kunnen observeren.
- In revalidatiecentra dienen zich bijna geen ongestructureerde, nieuwe situaties aan.
- Dagelijkse problemen worden bijna niet gesignaleerd in functiegerichte testen.
- Iedere test gebruikt zijn eigen definitie en zijn eigen indeling voor executieve functies.
- De meeste testen kunnen niet meermaals gebruikt worden om evolutie te meten omwille van het leereffect.
- Er bestaat een grote variëteit in de executieve vaardigheden binnen 'gezonde' mensen.
- Executieve vaardigheden hebben een nauwe relatie met de culturele achtergrond.

(Van Schouwen, 2007)

Vanwege de laatste twee punten is het zeer belangrijk informatie te hebben over het functioneren van de cliënt voor het letsel optrad. Deze informatie kan verkregen worden bij familie, vrienden en collega's.

Hoofdstuk 3: Behandeling

6 Inleiding

In dit hoofdstuk richten we ons op de behandeling van executieve functiestoornissen. Eerst en vooral geven we de verschuivingen binnen de cognitieve revalidatie naar de cognitieve revalidatie therapie (C.R.T.) weer. Via deze weg kunnen we dan de meerwaarde van de ergotherapeut in het revalidatieproces bij cognitieve revalidatie therapie aankaarten. Vertrekkende vanuit een korte schets van C.R.T. werken we het behandelingsproces verder uit. Er komen niet alleen 4 benaderingen voor een therapie aan bod, maar ook de doelstellingen en de evaluatie. We lichten elk benadering kort toe en vermelden welke aspecten in onze activiteitenboek zijn verwerkt.

7 Cognitieve revalidatie therapie

Aan de hand van de richtlijn cognitieve revalidatie N.A.H. (Rasquin, 2001) willen we eerst de verschuivingen binnen de cognitieve revalidatie weergeven naar de cognitieve revalidatie therapie.

7.1 Definitie Cognitieve revalidatie

De focus van cognitieve revalidatie is de afgelopen twintig jaar verschoven van 'stoornissen en beperkingen' naar 'vaardigheden en participatie'. Dat blijkt o.a. uit de International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) die de World Health Organization in 2001 uitbracht. Geleidelijk vindt hiermee binnen de zorg een verandering plaats in het behandelaanbod. Behandelingen zijn er nu meer op gericht de cliënt een zo groot mogelijke kans te bieden om aan het maatschappelijk leven deel te nemen.

Specifiek op het cognitief functioneren gerichte interventies worden samengevat met de term 'cognitieve revalidatie'. Hieronder vallen o.a. psycho-educatie m.b.t. cognitieve functies en vergroten van inzicht in het eigen cognitief functioneren, voorlichting aan de omgeving, uitleg over het gebruik van hulpmiddelen en strategieën en cognitieve training.

7.2 Definitie Cognitieve training

Onder 'cognitieve training' wordt verstaan: het deel van de cognitieve revalidatie, dat zich richt op het verminderen van directe beperkingen t.g.v. cognitieve stoornissen. Cognitieve training is meestal niet zozeer gericht op het direct verminderen van cognitieve stoornissen, maar op het verminderen van en leren omgaan met cognitieve beperkingen: in een aantal gevallen heeft cognitieve training de vorm van 'vaardigheidstraining' (met name in de meer acute fasen van behandeling: bijvoorbeeld klokkijken, rekenen met geld). In de meeste gevallen bestaat cognitieve training echter uit het op een gestructureerde wijze leren, zo goed mogelijk om te gaan met cognitieve beperkingen d.m.v. het toepassen van compensatiestrategieën.

7.3 Definitie Cognitieve Revalidatie Therapie

CRT is het proces van het herleren van cognitieve vaardigheden die zijn verdwenen of veranderd als gevolg van een N.A.H. en een negatieve impact hebben op het dagelijks functioneren. Als die vaardigheden niet herleerd kunnen worden, moeten er nieuwe aangeleerd worden die de persoon helpen zijn verlies aan cognitieve functies te compenseren. (Malia & Brannagan, 2005)

Het is gericht op een systematische functionaliteitsgerichte serie van therapeutische cognitieve activiteiten en een begrijpen van de cliënt zijn gedragsveranderingen. (Malia & Brannagan, 2005)

Doel van de therapie is het verbeteren van de vaardigheden om alle dagelijkse handelingen weer te kunnen uitvoeren. De therapie bevat educatie, het opnieuw leren van vaardigheden, het leren om interne-externe strategieën toe te passen en functionele activiteitstraining. (Van Schouwen, 2007)

7.4 Cognitieve Revalidatie versus Cognitieve Revalidatie Therapie

Als we de informatie van deze bronnen samenbrengen in een tabel, komt de meerwaarde van de Cognitieve Revalidatie Therapie duidelijk naar boven.

Cognitieve Revalidatie	Cognitieve Revalidatie Therapie
Psycho-educatie	Educatie
Cognitieve training	Procestraining
Hulpmiddelen en strategieën	Strategietraining
	Functionele activiteiten training

Net die functionele activiteiten training is de meerwaarde van de ergotherapie bij het revalidatieproces. Omdat we de Cognitieve Revalidatie Therapie verkiezen voor de praktijk gaan we verder in dit hoofdstuk nog dieper op de verschillende benaderingen van de therapie in.

Uit de volgende richtlijnen van Cup en Steultjens (2005) blijkt ook dat functionele activiteiten de meerwaarde van de ergotherapie in het behandelproces zijn:

- "Het is aangetoond dat de ergotherapiebehandeling het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten verbetert. Dit geldt zowel voor de primaire activiteiten, gebieden zoals zelfzorg en mobiliteit, als voor de complexere activiteiten op het gebied van huishouden, werk en hobby's."
- "Er zijn aanwijzingen dat een cliëntgerichte benadering leidt tot meer gemotiveerde cliënten, betere functionele uitkomsten, kortere opnames en ontslag naar meer zelfstandigere woonvormen vergeleken met een gestandaardiseerde geprotocolleerde aanpak die niet uitgaat van de individuele betekenisvolle rollen en activiteiten van de cliënt in zijn omgeving."
- "Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van (huishoudelijke) taken en activiteiten leidt tot verbetering in het gebruik van de cognitieve functies."

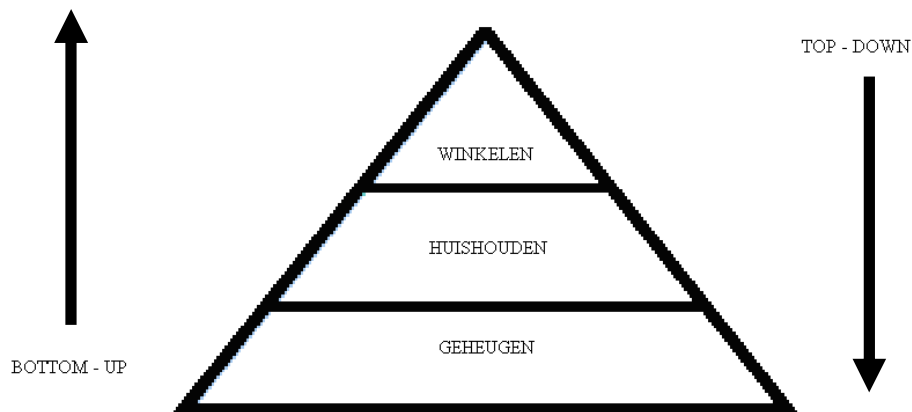
7.5 De 2 werkmethodes van Cognitieve Revalidatie Therapie

Volgens C.R.T. zijn de cognitieve vaardigheden hiërarchisch georganiseerd. Hiervoor verwijzen we door naar de cognitieve hiërarchie die reeds in hoofdstuk 1 werd besproken. Maar ook Brain Tree Training maakt hier een kanttkening bij in het boek How to do C.R.T. (Malia & Brannagan, 2005)

Toch kunnen we niet alle cognitieve vaardigheden los van elkaar plaatsen. Ze oefenen een constante invloed op elkaar uit en ondersteunen het gehele cognitieve proces van informatieverwerking. Van een hiërarchisch model is dus eigenlijk geen sprake meer. Het lijkt eerder een interactief, holistisch model.

Er zijn 2 werkmethodes die gebaseerd zijn op de algemene veronderstelling over leren en de mogelijkheid van de hersenen om hersenschade te compenseren. We lichten ze kort toe en geven een voorbeeld in de onderstaande afbeelding.

1. De cognitieve didactische methode:
Hier wordt gebruik gemaakt van het top-down effect. We stellen dat de behandeling van specifieke neurologische, cognitieve, communicatieve en gedragsstoornissen een noodzaak is om tot maximaal herstel te komen.
2. De functionele experimentele methode:
Hier is dan weer sprake van het bottom-up effect. We veronderstellen dat door te werken aan globale, functionele doelstellingen alle onderliggende vaardigheden zullen verbeteren of dat deze automatisch gecompenseerd zullen worden.



Figuur 2: mogelijke werkmethodes bij C.R.T. (Op de Beeck, 2008)

Brain Tree Training stelt voor om beide benaderingen te combineren om een maximaal effect te krijgen. In praktijk worden dan de onderliggende vaardigheden hiërarchisch behandeld terwijl tegelijkertijd het geleerde wordt gegeneraliseerd in dagelijkse activiteiten.

In dit eindwerk richten wij ons tot de functionele experimentele methode. Maar dit wil niet zeggen dat wij de cognitieve didactische methode negeren. In een revalidatiecentrum zijn dikwijls al functiegerichte papier en computertaken aanwezig. De grootste nood is er aan ongestructureerde functionele taken. Deze werken wij hier uit in een activiteitenboek, maar in praktijk passen we ook nog functiegerichte taken toe.

7.6 Belangrijke aspecten voor succesvolle Cognitieve Revalidatie Therapie

Elsa Van Schouwen (2007) bespreekt enkele belangrijke aspecten van C.R.T. Wij halen ze hier kort even aan, maar verwijzen voor meer uitleg door naar haar cursus.

- Zorg eerst voor een warme, vertrouwelijke en respectvolle relatie met de cliënt. Ga daarna pas aan de slag.
- Leg samen een bereikbaar doel vast. Dat is uitdagend. Stel daarbij ook richtlijnen voor de tijdsbesteding en ijkpunten voor een acceptabel resultaat op.
- Betrek de cliënt zoveel mogelijk bij de behandeling. Laat hem mee beslissen in de activiteiten en stimuleer ze hun eigen voortgang samen met jou te bewaken.
- Maak activiteiten leuk.
- Help de cliënt met het verkrijgen van inzicht in zijn problemen en ontwikkel strategieën om het cognitieve handelen te verbeteren.
- De meerwaarde van het oefenen moet functioneel zijn. Als de resultaten niet terug te vinden zijn in dagelijkse activiteiten, dan kunnen we ons afvragen of de energie aan het oefenen wel nuttig besteed is.
- Verleng de therapietijden. Er dient voldoende tijd vrij gemaakt te worden voor het trainen van vaardigheden en strategieën in verschillende taken en omgevingen.
- Verdeel de activiteiten in stappen met oplopende moeilijkheidsgraad. Alle veranderingen in moeilijkheidsgraad dienen geleidelijk en stapsgewijs te worden geïntroduceerd.
- Blijf geduldig.
- Geef veelvuldig feedback. Feedback dient zoveel mogelijk direct gegeven te worden, zowel gedurende een activiteit als na afloop.
- Geef de cliënt aanwijzingen en aanmoediging wanneer hij met een activiteit vast zit.
- Probeer zelfvertrouwen te kweken door het juiste niveau in een taak te geven behorend bij de mogelijkheden van de cliënt.
- Blijf enthousiast.
- Stimuleer de ideeën van de cliënt. Laat hem zijn ideeën uitproberen en zelf ervaren indien het niet werkt. Dat is een goede manier om te leren.
- Waardeer en beloon vooruitgang. Beloning kent vele vormen, waaronder het zeggen van “goed gedaan”, een blik van goedkeuring, een tastbare beloning, enzovoorts. Dit is belangrijk voor de motivatie.

7.7 De beperkingen van Cognitieve Revalidatie Therapie

Zowel Van Schouwen (2007) als Malia en Brannagan (2005) halen dezelfde beperkingen aan van C.R.T.:

- Het is geen wondermiddel dat voor volledige genezing zorgt.
- Het succes van C.R.T. hangt nauw samen met de bereidheid van de cliënt om actief bij te dragen in de behandeling.
- Het resultaat is afhankelijk van de hoeveelheid van het oefenen en inzet.
- C.R.T. richt zich op het cognitieve aspect van het hersenletsel. Maar er is nog meer. Het is bewezen dat hiernaast advisering en therapie voor emotionele aspecten van het hersenletsel nodig zijn om de revalidatie van de cliënt te optimaliseren.

Cognitieve, emotionele en gedragsstoornissen zijn een logisch gevolg na een N.A.H. Ze kunnen op lange termijn meer problemen geven dan motorische stoornissen. Ze komen regelmatig samen voor en zijn dikwijls niet van elkaar los te krijgen. Daarom moet er zowel aandacht zijn voor de cognitieve als de emotionele aspecten van hersenletsel. (Malia & Brannagan, 2005)

8 Behandelingsproces

Hierboven beschrijven we een therapeutische aanpak die ons geschikt lijkt voor de behandeling van executieve functies. We zullen dit verder toelichten aan de hand van het behandelingsproces. Dit is uitvoerig besproken door Malia en Brannagan (2005) en Van Schouwen (2007). Hier geven wij een beknopte omschrijving op basis van deze bronnen.

8.1 Doelstellingen

In de aanbevelingen van Cup en Steultjens (2005) wordt gesteld dat doelstellingen zodanig geformuleerd dienen te worden dat de naaste zich herkent in de eigen hulpvraag en dat duidelijk is dat van de cliënt en de omgeving een actieve rol gevraagd wordt bij het oplossen van het probleem.

Een duidelijke doelstelling formuleren helpt de cliënt en zijn familie om te weten wat ze willen bereiken. Dit is heel belangrijk want:

- Eén van de problemen veroorzaakt door het hersenletsel is een verminderde mogelijkheid om structuur te geven aan het leven van alledag.
- Veel van de premorbide doelstellingen zijn niet langer van tel door het hersenletsel, maar de cliënt zelf is dikwijls niet in staat om realistische doelstellingen te vormen.

Daarom hebben we in onze activiteitenboek ook telkens een doelstelling opgenomen. Deze wordt heel algemeen geformuleerd zodat de therapeut de kans krijgt om het te individualiseren naar de cliënt toe.

8.2 Benaderingen voor de therapie

Het is vooral belangrijk om bij de keuze van een therapeutische aanpak te onthouden dat de prognose van executieve stoornissen vaak niet zo gunstig is. Dus wees voldoende realistisch.

8.2.1 Educatie

Voor de overgrote meerderheid van de cliënten en hun familie is dit de eerste keer dat ze in contact komen met hersenletsels. Velen weten nog niet hoe de hersenen werken en hoe ze in elkaar zitten. Bovendien wordt er tijdens onze schooljaren zo weinig aangeleerd over de hersenen en hoe we het functioneren van de hersenen kunnen verbeteren / maximaliseren.

Daarom is het heel belangrijk dat de cliënt en zijn omgeving voldoende, juiste informatie / educatie ontvangt.

Het doel van educatie is de cliënt de kans te geven om kennis te maken met de basis anatomie van de hersenen en de lokalisatie van de verschillende hersenfuncties. Belangrijk hierbij is het vergroten van het inzicht van de cliënt, maar ook het besef van wat hij zelf kan doen om een maximale vooruitgang te boeken.

De informatie die we doorgeven aan de cliënt en zijn familie mag niet te overweldigend zijn. Ze zouden omver geblazen worden. Door informatie te doseren, op verschillende momenten van het revalidatieproces en door verschillende disciplines aan te bieden, krijgt de cliënt en zijn familie tijd om alles te verwerken.

Door tijdens deze informatiemoment educatiefiches voor te leggen aan de cliënt en zijn omgeving laten we onze professionaliteit als hulpverlener zien en kunnen we vertrouwen winnen. Cognitieve revalidatie therapie is en blijft immers confronterend. De juiste manier van educatie geven bestaat echter niet. We moeten steeds rekening houden met het effect van de cognitieve letsels op de leervaardigheid van de cliënt om zo op zoek te gaan naar de beste methode voor die cliënt om al die nieuwe en moeilijke informatie te leren.

In het praktijkgedeelte van dit eindwerk zitten enkele educatiefiches waarin volgende onderwerpen zijn uitgewerkt:

- De verschillende hersengebieden.
- Hoe de hersenen werken en hun taak.
- Executieve functies.

De educatiefiches zijn voorbeelden, waarbij de informatie niet alleen auditief maar ook visueel aangeboden wordt. Het vormt een extra hulpmiddel om door te dringen tot de cliënt. Maar voor sommige cliënten kan dit nog steeds te abstract zijn. Laat de educatiefiches dan los en bouw het stap voor stap samen met de cliënt op.

Brain Tree Training heeft ervaren dat informatiesessies het beste plaatsvinden in gestructureerde groepen. Bijvoorbeeld: 3 weken, 1 uur per week, minstens 4 en maximum 7 cliënten, gebracht door 2 therapeuten.

Wij brengen onze educatiefiches individueel aan bij de cliënt. Op die manier kunnen we de informatie beter afstemmen op het individu. Voor iemand met executieve functiestoornissen lijkt ons het gemakkelijker om zijn ware gezicht te tonen in een individueel gesprek. Bovendien kunnen we zo ook voorbeelden vanuit het dagelijks leven van de cliënt aanhalen.

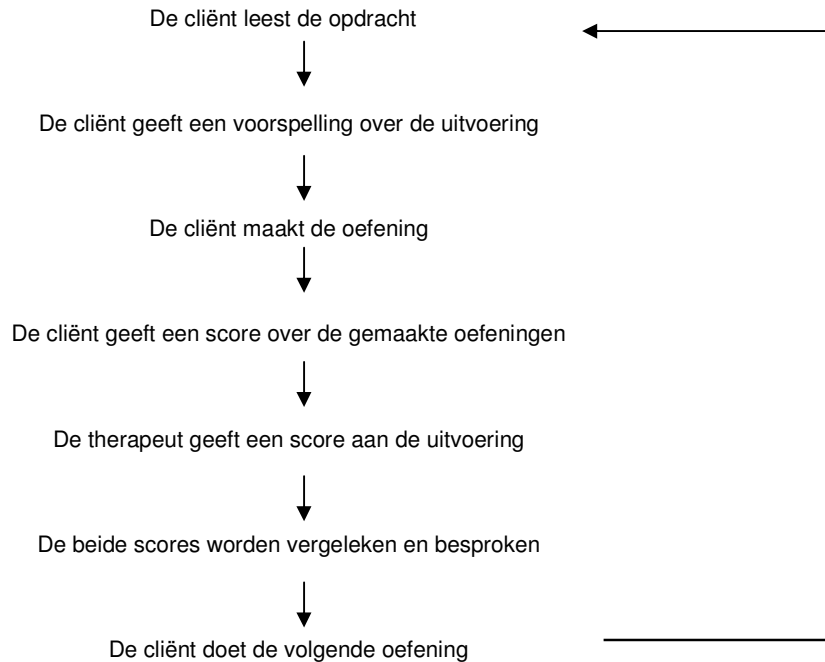
8.2.2 Procestraining

Het doel van procestraining is het inoefenen van een specifieke vaardigheid. Het is dus eerder een herstellende aanpak, die erop gericht is specifieke cognitieve functies te verbeteren door de aanmaak van nieuwe neurale verbindingen te stimuleren.

Wanneer we een nieuwe taak uitvoeren, kost het proces van uitvoeren ons heel veel energie. Naarmate de taak meer bekend wordt, zullen we vlotter kunnen handelen. Totdat het uiteindelijk een automatisme is. Dit wordt duidelijk aan de hand van het opzeggen van de maaltafels. In het tweede leerjaar worden de maaltafels er ingepompt totdat we ze vanbuiten kunnen opzeggen. Het is pas in de hogere jaren dat we de bewerkingen automatisch kunnen toepassen.

Maar na een hersenletsel kan de geleiding van signalen in de hersenen verminderd zijn ten gevolge van schade aan cellen of aan de connecties tussen cellen. Zodoende is het niet altijd genoeg om enkel de vaardigheid te oefenen. Compensatie strategietraining is daarom een belangrijke aanvullende therapie optie. Dit zal later in het eindwerk nog aan bod komen.

Bij het toepassen van procestraining worden de activiteiten meestal op de volgende manier aangebracht:



Meestal gaat het hier om pen-papier taken of computeroefeningen. Ze worden door de cliënt soms minder bedreigend ervaren dan functionele taken die hij voor zijn hersenletsel zonder problemen kon uitvoeren. Het is van groot belang dat de cliënt goed begrijpt waarom hij de oefening moet uitvoeren en waar hij naar toe werkt. Dat vergroot de motivatie. Ook de vaste structuur van alle activiteiten zorgt er voor dat de cliënt een gevoel van controle krijgt. Bovendien leert hij zo zijn eigen sterke en zwakke kanten inschatten. In het activiteitenboek van dit eindwerk zullen de functionele activiteiten op dezelfde manier aangebracht worden voor een geleidelijke overgang.

Volgens de richtlijnen van Cup en Steultjens (2005) zijn er aanwijzingen dat het trainen van cognitieve functies met behulp van bureautaken geen effect heeft op het verbeteren van de uitvoer van dagelijkse activiteiten. Ze laten alleen een verbetering van de desbetreffende cognitieve taak zien. Toch heeft het hertrainen van taken meer resultaat dan enkel het verbeteren van gestoorde functies. Door het handelen van de cliënt goed te observeren tijdens het uitvoeren van de taken is het gemakkelijker om een gepaste compensatie strategie te ontwikkelen voor die cliënt.

8.2.3 Strategietraining

Compensatiestrategieën zijn een belangrijk onderdeel van C.R.T. Als cognitieve vaardigheden niet verbeteren dan moeten er strategieën aangeleerd worden om de cliënt problemen te laten compenseren.

Er zijn 2 brede categorieën van strategieën:

- Interne strategieën

Dit zijn strategieën waarbij de cliënt op zichzelf rekent en zijn intacte vaardigheden. Ze kunnen niet fysiek aangeraakt worden. Voorbeelden zijn: rijmpjes, visualisaties, enzovoorts.

- Externe strategieën

Dit zijn strategieën waarbij de cliënt vertrouwt op andere, fysieke objecten of hulpmiddelen. Ze zijn concreter en makkelijker om voor te doen dan interne strategieën. Bovendien is het gemakkelijker om consequent gebruik te observeren. Ook niet onbelangrijk is het feit dat het gebruik van externe strategieën niet zoveel cognitieve vaardigheden vereist. Voorbeelden zijn: agenda, dagboek, lijsten, kalenders, maar ook het telefoneren van de partner, enzovoorts.

Volgens de richtlijnen van Rasquin (2001) kunnen strategieën voor de planning, uitvoering en regulatie van doelgericht gedrag, evenals strategieën voor zelfregulatie en zelfbeoordeling bij probleemgedrag, bij lichte tot matige executieve functiestoornissen afzonderlijk of in combinatie aangeboden worden in de postacute en chronische fase van hersenletsel. De behandeling dient te worden afgestemd op het individu en de toepassing van de strategieën dient in praktische situaties geoefend te worden. Bij ernstige executieve stoornissen is strategietraining echter niet zinvol en dient (permanente) structuur geboden te worden om de cliënt nog zo optimaal mogelijk te laten functioneren.

Het gebruik van strategieën hangt vooral af van de motivatie van de cliënt. De beste manier om het gebruik aan te moedigen is ervoor te zorgen dat de cliënt mee helpt de strategie te ontwikkelen. Dit kan door samen naar een oplossing te zoeken wanneer de cliënt een probleem tegenkomt.

Maar vooraleer een cliënt bereid is om compensatiestrategieën toe te passen buiten therapie moet hij inzicht verwerven in zijn problematiek. In het andere geval zal hij deze strategieën niet toepassen in zijn dagelijks leven. Daarom kunnen zowel de therapeut als familieleden ook compensatietechnieken toepassen in het dagelijks leven en het belang er van duiden. Iedereen gebruikt wel trucjes om zich werk te besparen. Door ze zelf toe te passen worden de compensatietechnieken enerzijds normaler / gewoner en anderzijds is het meteen een goede les.

Inzicht is dus een belangrijk element als er beslist wordt om compensatiestrategieën te gaan gebruiken. Er zijn 3 brede aanpakken om strategietraining op te starten.

- de cliënt leren ze te gebruiken
- de mantelzorg leren ze te gebruiken
- de omgeving zo aanpassen dat de cliënt de strategieën niet nodig heeft als het probleem zich niet voordoet

Rasquin (2001) en Van Schouwen (2007) geven een hoop aanbevelingen voor het aanleren van compensatietechnieken en strategietraining. Hier sommen we die aandachtspunten op die we ook gebruikten bij het uitwerken van ons activiteitenboek.

- Het sleutelwoord voor het herwinnen van executieve functies is structuur. Probeer structuur aan te brengen in ongestructureerde situaties.
- Ontwerp een standaard formulier voor activiteiten, bijvoorbeeld:

Activiteit:.....
Opdracht:.....
Vorbereiding:.....
Tip:.....
Evaluatie:.....

- Stimuleer de cliënt om na te denken voordat hij gaat handelen.
- Stimuleer de cliënt om doelen te bepalen en de stappen naar het doel op te delen in kleinere overzichtelijke taken.
- Stimuleer de cliënt om controlelijsten te gebruiken in hun activiteiten. Taken/stappen kunnen worden afgevinkt als ze volbracht zijn.
- Stimuleer de cliënt zijn dag/week te plannen. Help met het opzetten van een plan, als het moeite kost handelingen te initiëren of ideeën te genereren.
- Stimuleer de cliënt om zelf (alternatieve) oplossingen te bedenken wanneer hij niet tot een goede uitvoering van een handeling komt. Reik niet te snel oplossingen aan.
- Stimuleer de cliënt op zichzelf het eigen werk te toetsen aan de doelstelling.
- Stimuleer de cliënt om het eigen gedrag te beoordelen en te evalueren.
- Geef altijd feedback wanneer het onmiddellijk van toepassing is.
- Stimuleer de mantelzorg om eerlijke feedback te geven.

8.2.4 Functionele activiteiten training

Het is zinloos als de cliënt informatie krijgt, functiegerichte oefeningen uitvoert en compensatietechnieken aanleert zonder deze toe te kunnen passen in dagelijkse activiteiten. Het is de taak van de ergotherapeut binnen het team om de cliënt zijn kennis toe te laten passen in de activiteiten die voor hem belangrijk zijn. De ergotherapeut kan dit op twee verschillende manieren aanpakken:

- Herstellende aanpak:

Hierbij gebruikt de ergotherapeut functionele activiteiten om de functionaliteit en de functies te verbeteren. Deze aanpak wordt veelal toegepast in de (sub)acute revalidatie.

- Compenserende aanpak:

Als de cliënt maximaal herstel heeft bereikt, werkt de ergotherapeut aan compensatietechnieken om het resultaat van de functionele activiteiten te verbeteren. Dit kan op verschillende manieren: door de omgeving aan te passen, hulpmiddelen te verstrekken, de handswijze aan te passen of hulp / begeleiding te voorzien. Deze aanpak is meer geschikt voor chronische cliënten.

Bij het aanbieden van functionele activiteiten is het essentieel dat er een omgeving gecreëerd wordt, die veel voorkomende dagelijkse interacties bevat. Zo wordt systematisch de zelfregulatie bevorderd. Dit kan bereikt worden door:

- Het bevorderen van het maken van keuzes.
- Het laten ervaren van de consequenties van de eigen keuzes.
- Het richten op de noodzaak van het gebruik van specifieke methoden.
- Het onderhandelen over de uit te voeren activiteiten.
- Het aanbrengen van structuur ten aanzien van activiteiten (lijsten, stappenplannen).
- Het bevorderen van gebruik van een dag/weekschema.
- Het bevorderen van inzicht in zwakke en sterke kanten.
- Het bevorderen van eigen initiatie.

Los daarvan is de manier waarop eerder welke activiteit wordt aangebracht het belangrijkste gegeven. Als de activiteit op de juiste manier is gestructureerd kan ze gebruikt worden als therapeutische activiteit bij het behandelen van cognitieve stoornissen. Om te kijken of een activiteit voldoet, moeten volgende voorwaarden bekeken worden:

- Is de activiteit haalbaar kwestie tijd, kostprijs en beschikbare materialen?
- Kan de activiteit gemakkelijk aangepast worden (makkelijker-moeilijker)?
- Kan de activiteit voldoende opgesplitst worden om te kunnen aanleren aan de cliënt?
- Zijn er veiligheidsrisico's?
- Komt de taak tegemoet aan de motorische, cognitieve, sensorische, sociale, emotionele en gedragsmatige vereisten van de cliënt?

Het gaat niet om het eindresultaat van de activiteit, maar wel om het proces van de uitvoering. Het is de bedoeling dat de cliënt zich de nodige vaardigheden eigen maakt om niet alleen deze activiteit uit te voeren, maar ook vele andere.

Een belangrijk gegeven om tot generalisatie te komen is inzicht in de eigen mogelijkheden en beperkingen. Als we dit willen bevorderen, is het belangrijk te begrijpen welke opties er zijn voor behandeling. Deze variëren van nogal confronterend naar niet confronterend. De mate van confrontatie is afhankelijk van:

- tijdspanne na het letsel
- de ernst van de consequenties in het gebrek aan inzicht
- potentie tot verandering
- emotionele labiliteit
- leeftijd en volwassenheid

In de praktijk vragen wij onze cliënten om het eigen gedrag te registreren en evalueren. Hij moet dan voorspellen hoe goed hij de activiteit zal uitvoeren. Nadien evalueert zowel hij als de therapeut de activiteit. Deze scores worden vergeleken met de voorspellingen en het resultaat. Het biedt tevens een aanknopingspunt voor het geven van feedback.

8.3 Evaluatie

In de aanbevelingen van Cup en Steultjens (2005) staat dat het regelmatig (op afgesproken tijden) evalueren van de voortgang tijdens de ergotherapiebehandeling noodzakelijk is om doelmatigheid en kwaliteit van zorg na te streven.

Over de manier waarop de zorg geëvalueerd moet worden bestaat bij Cognitieve Revalidatie Therapie geen twijfel. Want therapie is alleen maar zinvol als het resultaat een verbetering van functionaliteit voor de cliënt en / of de omgeving teweeg brengt.

Maar evaluatie is ook belangrijk om de motivatie en het inzicht van de cliënt te vergroten. Hieronder geven we een kort overzicht van hulpmiddelen die gebruikt kunnen worden om de evolutie in kaart te brengen.

8.3.1 Testen

Aan de hand van testen kan evolutie op een gestandaardiseerde manier vastgesteld worden tijdens het revalidatie gebeuren.

Er zijn twee grote aandachtspunten bij het gebruik van testmateriaal. Enerzijds moeten we altijd rekening houden met het leereffect bij het herhaaldelijk afnemen van eenzelfde test. Anderzijds is er nog steeds niet voldoende bewijs gevonden dat een direct verband aantoonde tussen verbeterde testresultaten en een verbeterde functionaliteit.

Zo kunnen cliënten een verbeterde levenskwaliteit verkrijgen omdat ze compensatie strategieën gebruiken zonder daarvoor een verbeterd testresultaat te hebben.

8.3.2 Goal Attainment Scaling

Goal Attainment Scaling is een hulpmiddel om de bereikte resultaten per therapie weer te geven a.d.h.v. een score tussen +2 en -2.

+2	resultaat is veel beter dan het voorop gestelde doel
+1	resultaat is beter dan het voorop vastgestelde doel
0	de doelstelling is bereikt
-1	de doelstelling is niet bereikt maar de aanzet is aanwezig
-2	slecht resultaat. Het is nu slechter dan tijdens de initiële testing.

Het vormt ook een goed aanknopingspunt om grafieken te maken van de vooruitgang van de cliënt.

In het activiteitenboek vragen we de cliënt elke activiteit vooraf te scoren en het resultaat achteraf te beoordelen a.d.h.v. Goal Attainment Scaling. Daarna geeft de therapeut een score over de uitvoering van de activiteit. Zo biedt het ook een aanknopingspunt voor het geven van feedback.

8.3.3 Doelstellingen

Doelstellingen gebruiken als hulpmiddelen bij het evalueren van de therapie heeft een paar belangrijke voordelen:

- het geeft een meetbaar resultaat
- het helpt bij de ontwikkeling van inzicht rond de ernst en invloed van het hersenletsel
- het kan helpen bij het opstellen van tijd nodig voordat bepaalde doelen (kunnen) bereikt worden en kan dus een idee geven of voortzetting van therapie in een andere setting zal vereist worden
- het kan helpen om andere hulpverleners een zicht te geven op de ernst van de cognitieve stoornissen.

8.3.4 Welzijn van de cliënt

Het belangrijkste hulpmiddel om de therapie te evalueren blijft echter altijd de cliënt en zijn omgeving. Als hij met 100% zekerheid kan vaststellen dat hij tevreden / gelukkig is met zijn levenskwaliteit, dan is de therapie geslaagd. Maar denk eraan dat de cliënt net zoals iedereen ook zijn goede en zijn slechte dagen zal kennen.

4. Samengevat

We zijn in dit hoofdstuk te weten gekomen dat Cognitieve Revalidatie Therapie (C.R.T.) GEEN cognitieve revalidatie is.

C.R.T. is een behandelvisie gericht op werkelijke functionele problemen, waarbij geassocieerde problemen zoals gemoedstemming of gedragsproblemen worden bekeken. De cliënt zijn familie, omgeving en alle anderen worden betrokken in de planning en uitvoering van de behandeling.

De meerwaarde van C.R.T. ligt in de functionele activiteiten training. Wat dan weer de meerwaarde van de ergotherapeut binnen het revalidatieteam is.

Daarom richten wij ons in dit eindwerk tot de functionele activiteiten training volgens de functionele experimentele methode. In vele revalidatiecentra zijn nog maar weinig functionele activiteiten aanwezig om executieve functies te trainen omdat ze moeilijk te organiseren zijn. Maar het zijn net die functionele taken die de cliënt nodig heeft om het geleerde te integreren en te generaliseren naar zijn dagelijks leven en zijn thuissituatie toe.

In de functionele activiteiten zijn wel telkens enkele aspecten terug te vinden van de andere therapeutische benaderingen.

- De educatiefiches om het handelen aan het hersenletsel te kunnen koppelen.
- De opbouw van de activiteiten verloopt volgens de procestraining om de overgang zo klein mogelijk te houden.
- De cliënt wordt gestimuleerd om interne en externe strategieën vanuit de strategietraining te gebruiken bij het uitvoeren van de functionele activiteiten.

Een combinatie van al deze benaderingen afgestemd op de individuele behoefte blijft de beste revalidatie. (Van Schouwen, 2007)

Om de effectiviteit van de behandeling na te gaan zijn testen en bereikte doelstellingen niet de enige hulpmiddelen. Wij passen Goal Attainment Scaling toe, maar het belangrijkste blijft het welzijn en de levenskwaliteit van de cliënt.

DEEL 2

ACTIVITEITENBOEK IN PRAKTIJK

Hoofdstuk 1:

Voorstelling V.Z.W. Heropbeuring De Mick

Alles ging van start in 1922. In dat jaar werd “Heropbeuring v.z.w.” gesticht. Het grote streefdoel achter dit alles was om hulp en opvang te bieden aan mensen die T.B.C. hadden.

Maar al gauw overtroffen de aanvragen de beschikbare bedden en diende er een uitbreiding te komen. Die kwam er in 1934, waarbij men van een 24-tal bedden overging naar 54 bedden.

Tijdens de Tweede Wereldoorlog werd de instelling volledig vernield in september 1944. Gelukkig werd in 1952 een nieuwe Mick ingehuldigd. Dit is “De Mick” zoals zij er vandaag nog staat, maar waar de cliënten nu geen T.B.C. meer hebben. “Sana” bestaat niet meer, daar er door de vooruitgang van de geneeskunde en de verbetering van de algemene leef- en werkomstandigheden een grote achteruitgang van longtuberculose kwam, was er steeds minder nood aan de opvang voor mensen met T.B.C.

Daar zijn nu andere cliënten met andere behoeften voor in de plaats gekomen. Na verscheidene veranderingen beschikt “De Mick” nu over 200 bedden.

Deze bestaan uit :

1. Honderd Sp-bedden,

Dit staat voor gespecialiseerde diensten en revalidatie. Deze 100 bedden zijn op hun beurt weer verdeeld over:

- Veertig Sp-bedden, neurologie

Deze eenheid is toegespitst op de behandeling en verzorging van multiple-sclerose cliënten en cliënten met andere degeneratieve neurologische aandoeningen.

- Twintig Sp-bedden, chronisch

Deze afdeling is gespecialiseerd in de verzorging van fysisch en psycho-geriatrische cliënten. Ze bestaat uit een afdeling voor cliënten met een multi-pathologie.

- Veertig Sp-bedden, locomotorisch

Op deze dienst behandelt men mensen die nood hebben aan revalidatie na een fractuur, hersenbloeding, infarct...

2. Honderd R.V.T. en twintig rustoord bedden.

In “De Mick” kunnen zowel semi-valide als zwaar zorgbehoevende bejaarden terecht. Bovendien biedt de instelling ook acht kortverblijf bedden aan om de mantelzorgers te ontlasten.

“De Mick” is niet te vergelijken met andere ziekenhuizen, het is namelijk een revalidatie-, woon -en zorgcentrum. De instelling heeft een specifieke werking, die duidelijk naar voren komt bij de opvattingen over zorg, want de werking is in de allereerste plaats gericht op zorgverstrekking. Deze zorg is sterk geïndividualiseerd en precies op maat gesneden van iedere cliënt. Daarbij wordt steeds rekening gehouden met de eigenheid van iedere cliënt. Zo wordt er altijd getracht om de verzorging af te stemmen op de toekomstperspectieven van het individu.

Verder worden de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht als belangrijke waarden beschouwd, waar de cliënt recht op heeft en die in de zorgverlening beschermd moeten worden, maar dit kan niet onbegrensd zijn.

De partner en familie worden natuurlijk ook bij de zorgverstrekking betrokken. Zij vormen vaak een belangrijke schakel in het gehele zorgproces en bij het vergaren van informatie over de levensvisie van de cliënt, wanneer deze niet in staat is om dit zelf te verwoorden. Ook de omstanders worden getroffen door het hele gebeuren en ook zij hebben steun en hulp nodig.

Het revalidatieteam werkt multidisciplinair: medische -en verpleegkundige zorgen worden aangevuld door kinesitherapie, logopedie, ergotherapie en psycho-sociale begeleiding. Er wordt een actieve behandeling geboden, die leidt tot herstel of het optimale behoud van de psychische, fysische en sociale toestand van de cliënt.

Op de ergotherapie leren mensen (opnieuw) zo zelfstandig mogelijk te functioneren in hun leef-, woon -en werksituatie. Om dit te realiseren stelt de ergotherapeut een reeks trainings -en behandelingsdoelen op. Zo probeert de ergotherapeut zicht te krijgen op de stoornissen, (blijvende) beperkingen, (resterende) vaardigheden, recuperatiemogelijkheden, de leerbaarheid en de veranderingsmogelijkheden van de hulpvrager.

Binnen de ergotherapeutische dienst worden de volgende aandachtspunten gehanteerd:

1. motorische basisvaardigheden
2. cognitieve- en neuropsychologische functietraining
3. ontslagplanning, zorgenplan
4. huishoudelijke taken, test naar functioneel en veilig handelen
5. zelfredzaamheid in de badkamer, wassen en aankleden
6. zelfredzaamheid in het toilet
7. functioneel stappen en staan
8. hulpmiddelenadvies
9. rolstoeladvies en rolstoeltraining
10. standingtafel
11. huisbezoeken
12. familietraining
13. zinvolle dagvulling
14. fijne motoriek, schrijfmotoriek en sensoriek
15. computergebruik en aanpassingen

Hoofdstuk 2: Educatiefiches

1 Inleiding

In het hoofdstuk dat nu volgt komt het eerste deel van het activiteitenboek aan bod nl. de educatiefiches.

In dit eindwerk worden alleen de educatiefiches van de executieve functies ontleed en besproken, maar in het activiteitenboek vinden we ook nog educatiefiches van de verschillende hersenonderdelen en hun functie. Deze laatste fiches zijn inhoudelijk gebaseerd op Malia et al. (2005).

We bespreken samen eerst de opbouw en de vormgeving van de educatiefiches, waarbij kort twee theoretische modellen worden geschetst die aan de basis liggen.

Daarna bespreken we de uitvoering er van in praktijk en als laatste is er de terugblik op de praktijk. Dit gebeurt zowel vanuit de cliënt als vanuit de therapeut.

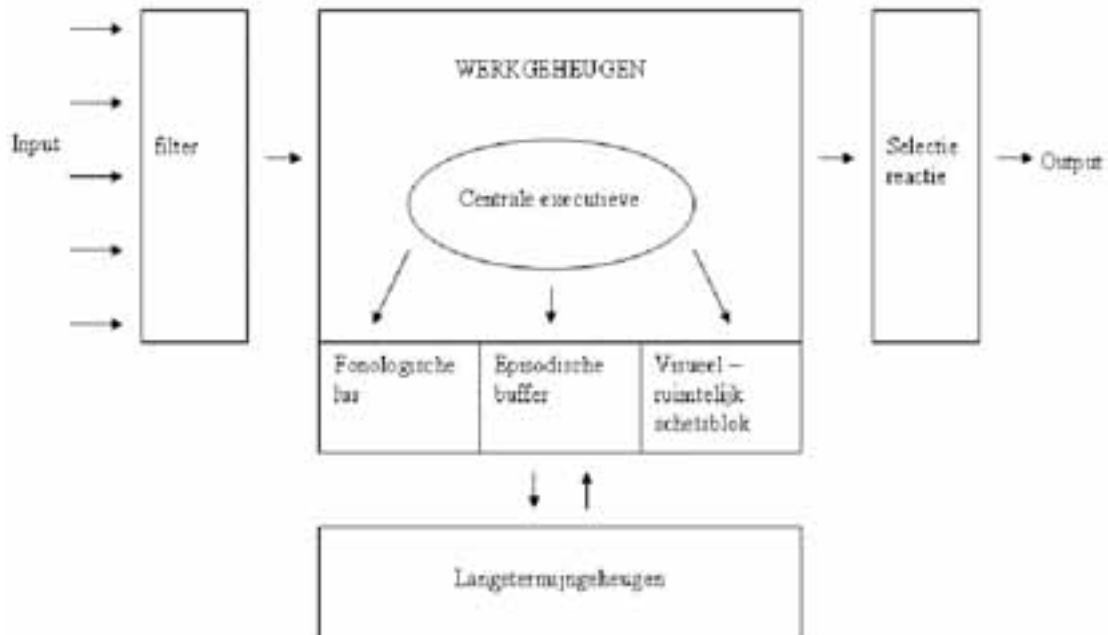
2 Opbouw en vormgeving van de educatiefiches

De educatiefiches zijn opgebouwd op basis van twee modellen: het drie-componentenmodel van het werkgeheugen volgens Baddeley en de functionele organisatie van de hersenschors volgens Luria. Eerst zullen deze beiden beknopt worden geschetst. Daarna maken we een synthese en beschrijven we waarop we ons baseren bij het maken van onze educatiefiches. Ter vergelijking zijn de definitieve educatiefiches als laatste nog toegevoegd.

2.1 Het drie- componentenmodel van het werkgeheugen

Een uitgebreide bespreking van het model dat A.D. Baddeley en J.G. Hitch in 1974 ontwikkelden is terug te vinden in Deelman (2004), van der Linden (2006) en Op de Beeck (2006). Hieronder lichten wij het beknopt toe.

2.1.1 Schematische weergave



Figuur 3: drie-componentenmodel (Op de Beeck, 2008)

2.1.2 Algemene werking

Binnen het drie-componentenmodel wordt het werkgeheugen niet als één systeem beschouwd, maar als een geheel van een aantal componenten die samen in staat zijn verschillende soorten informatie te verwerken en een gepaste reactie te selecteren.

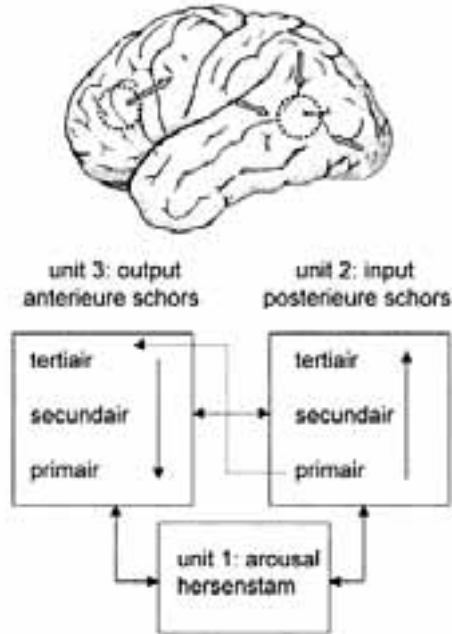
Het werkgeheugen wordt ook wel het actieve kortetermijngeheugen genoemd. Het is een vorm van geheugen met een beperkte capaciteit die verantwoordelijk is voor tijdelijke opslag en manipulatie van informatie.

Uit alle binnenkomende prikkels van de zintuigen wordt eerst de belangrijkste informatie geselecteerd door de verdeelde aandacht. Deze werkt als het ware als een filter. Nadien wordt de informatie geanalyseerd en onderverdeeld in verbale, akoestische, visuele en ruimtelijke prikkels. Deze gegevens worden gekoppeld aan gelijkaardige ervaringen in ons leven door de episodische buffer, die achtergrondinformatie ophaalt uit het langetermijngeheugen. Heel dit proces wordt gestuurd door de centrale executieve die als laatste stap nog beslist hoe we gaan reageren op al die binnenkomende informatie.

2.2 Functionele organisatie van de hersenschors volgens Luria

Luria beschrijft in zijn model gedetailleerd de werking van de hersenen bij informatieverwerking. Meer informatie hierover is onder andere terug te vinden in Deelman (2004), Kok (2004) en Jolles (1992). Wij houden het hier bij een beknopte bespreking.

2.2.1 Schematische weergave



Figuur 4: hiërarchische organisatie van de hersenen volgens Luria (Kok, 2004, p. 67)

2.2.2 Algemene werking

Luria stelde voor om de hersenen globaal genomen in drie functionele eenheden / units te verdelen.

- De eerste eenheid is de (de)activatie-eenheid, in de hersenstam gelegen. Ze is verantwoordelijk voor de regulatie van waakzaamheid en aandacht. Zo kunnen we onze aandacht richten, informatie opdoen en alert problemen signaleren en oplossen.
- De tweede eenheid is de sensorische eenheid ter hoogte van de posterieure hersenschors. Ze heeft als functie het verwerken en opslagen van specifieke zintuiglijke informatie. Zo kunnen we informatie uit onze omgeving waarnemen, analyseren, en opslaan.
- De derde eenheid is de motorische eenheid ter hoogte van de anterieure hersenschors. Deze eenheid formuleert doelen en staat in voor de planning en organisatie van activiteiten. Zo kunnen we ons handelen plannen, reguleren en evalueren.

De twee laatste units kunnen nog verder opgesplitst worden in primaire, secundaire en tertiaire associatiegebieden. Een belangrijk onderscheid is dat tussen de primaire en de andere associatiegebieden. Deze eerste zijn specifiek voor een bepaald zintuig, terwijl de secundaire zones de meer exacte eigenschappen verwerken. De tertiaire gebieden verwerken uiteindelijk de abstracte eigenschappen van meerdere zintuigen. (Jolles, 1992)

Wanneer we Luria's model schematisch voorstellen, wordt de binnenkomende informatie vanuit unit 1 eerst verwerkt door de drie gebieden van unit 2 in oplopende volgorde, zoals de pijl binnen het kader aangeeft. Dan gaat deze informatie naar unit 3 en doorloopt dit van tertiair naar primair, zodat we tot handelen komen. De units onderling worden met elkaar verbonden door tal van verbindingsbanen, zodat ze informatie kunnen uitwisselen.

3 Synthese

Het informatieverwerkingsproces dat schematisch wordt voorgesteld in de educatiefiches is gebaseerd op het model van Baddeley. Dit proces kan gemakkelijk aan alledaagse situaties worden gekoppeld zoals het oversteken van een straat. Zo wordt het toegankelijk voor de cliënt. Hij kan zich er een alledaags beeld van vormen.

Maar voor de meeste cliënten is het moeilijk om zich zo'n ingewikkeld proces ergens in de hersenen voor te stellen omwille van verminderde cognitieve vaardigheden. Daarvoor doen we een beroep op een vereenvoudigd model van Luria.

Visueel zijn deze twee modellen niet altijd even gemakkelijk te combineren in de educatiefiches. We richten ons bij de uitwerking vooral op een begrijpbaar en toegankelijk schema, waarvan de inhoud globaal gezien overeenkomt met de realiteit.

Het resultaat staat op de volgende pagina's.

EXECUTIEVE FUNCTIES

Informatieverwerking?

1 Aandacht:

Wat is belangrijk en wat niet?

2 Informatieverwerking:

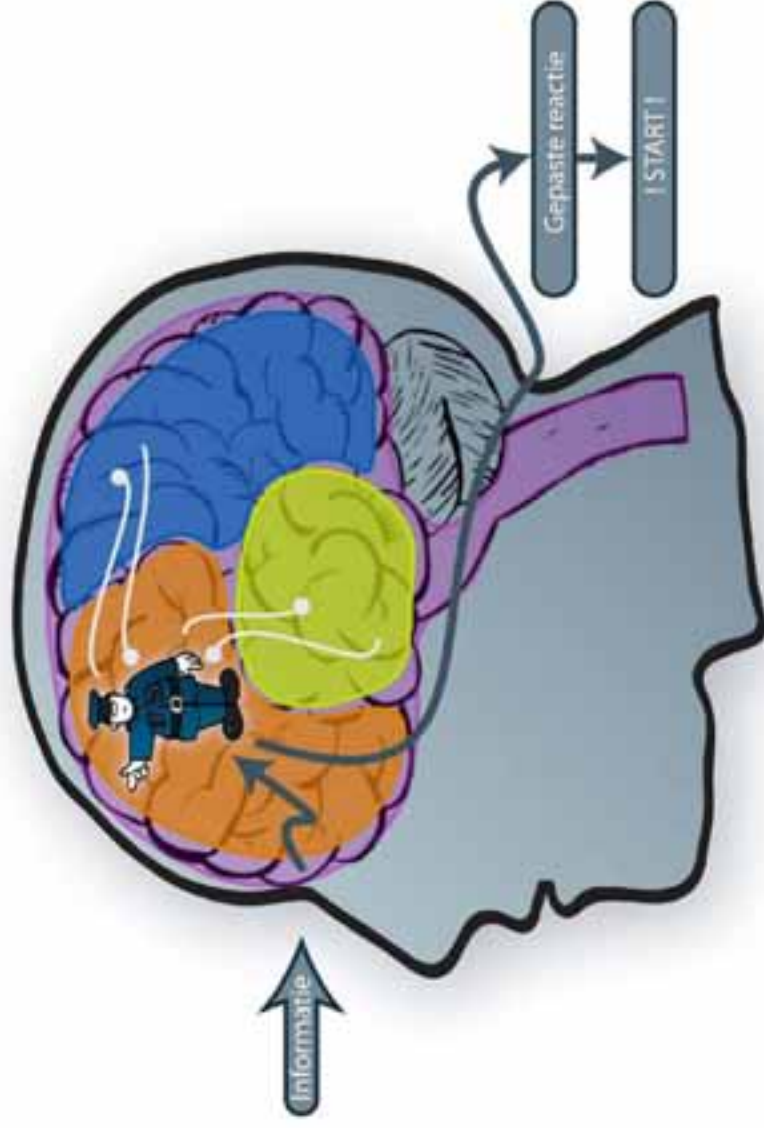
Wat betekent al die informatie?

3 Geheugen:

Heb ik al eens iets gelijkaardigs meegemaakt?

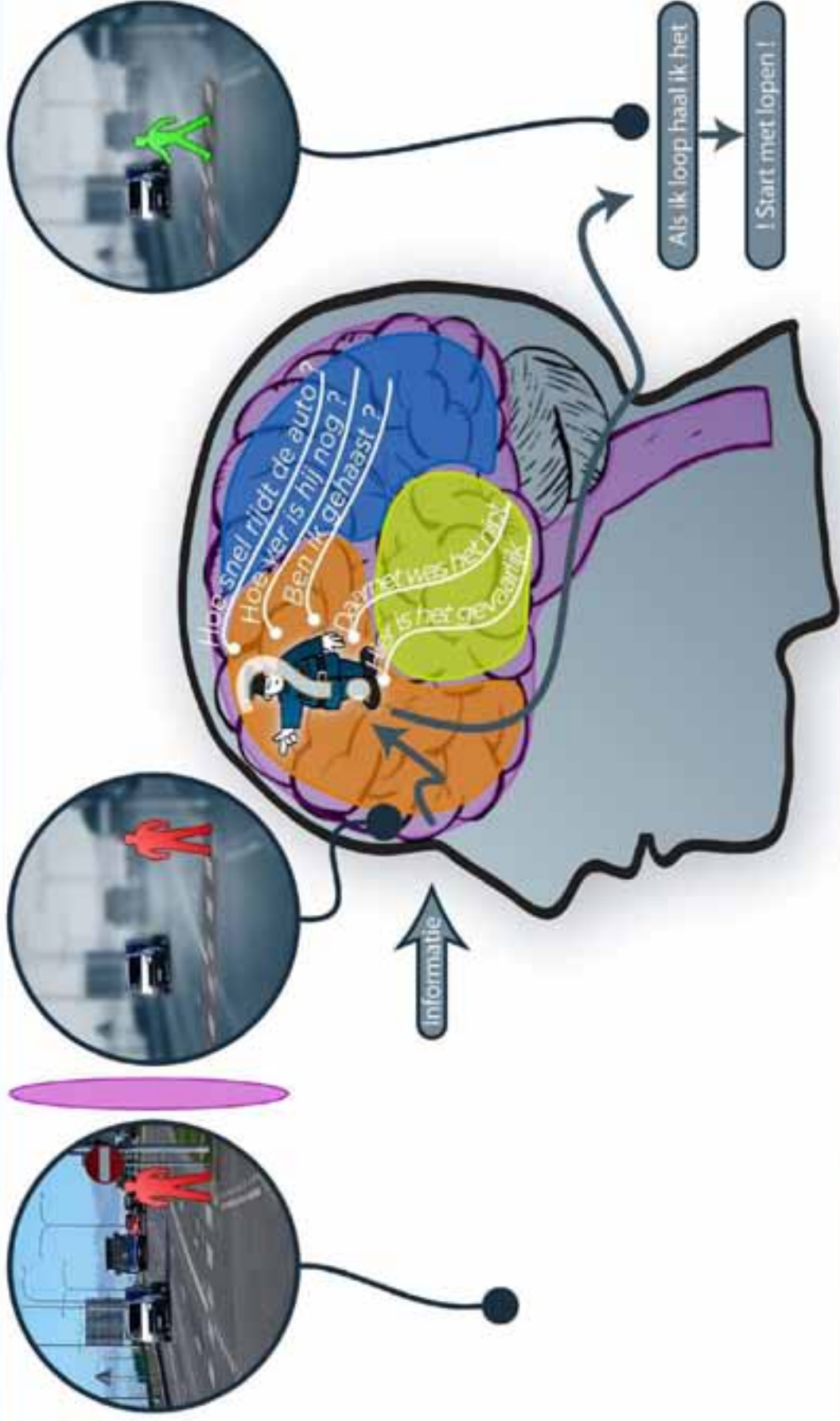
4 Executieve functies:

Hoe kan ik het beste reageren op deze situatie?



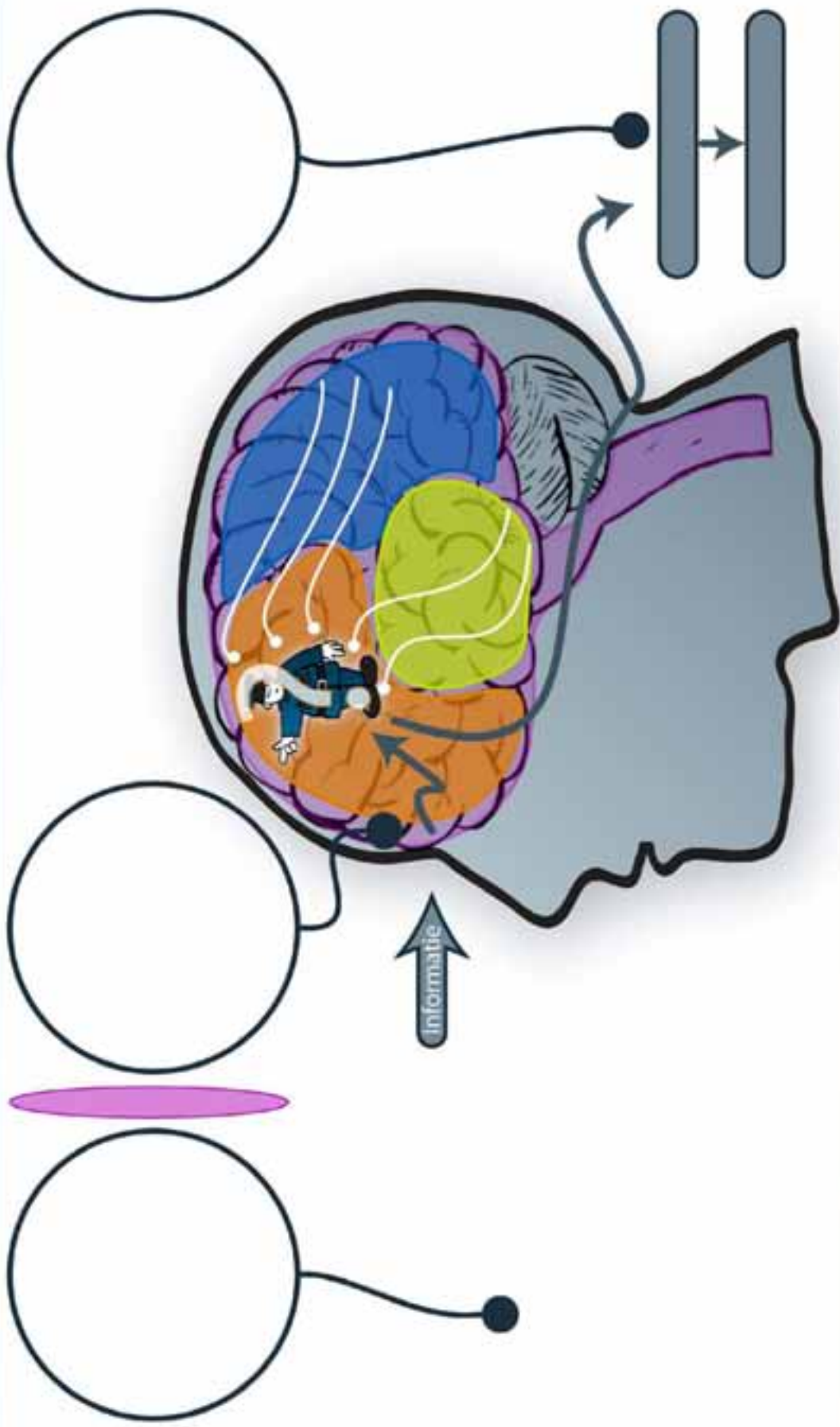
Hoe werkt het ?

EXECUTIEVE FUNCTIES



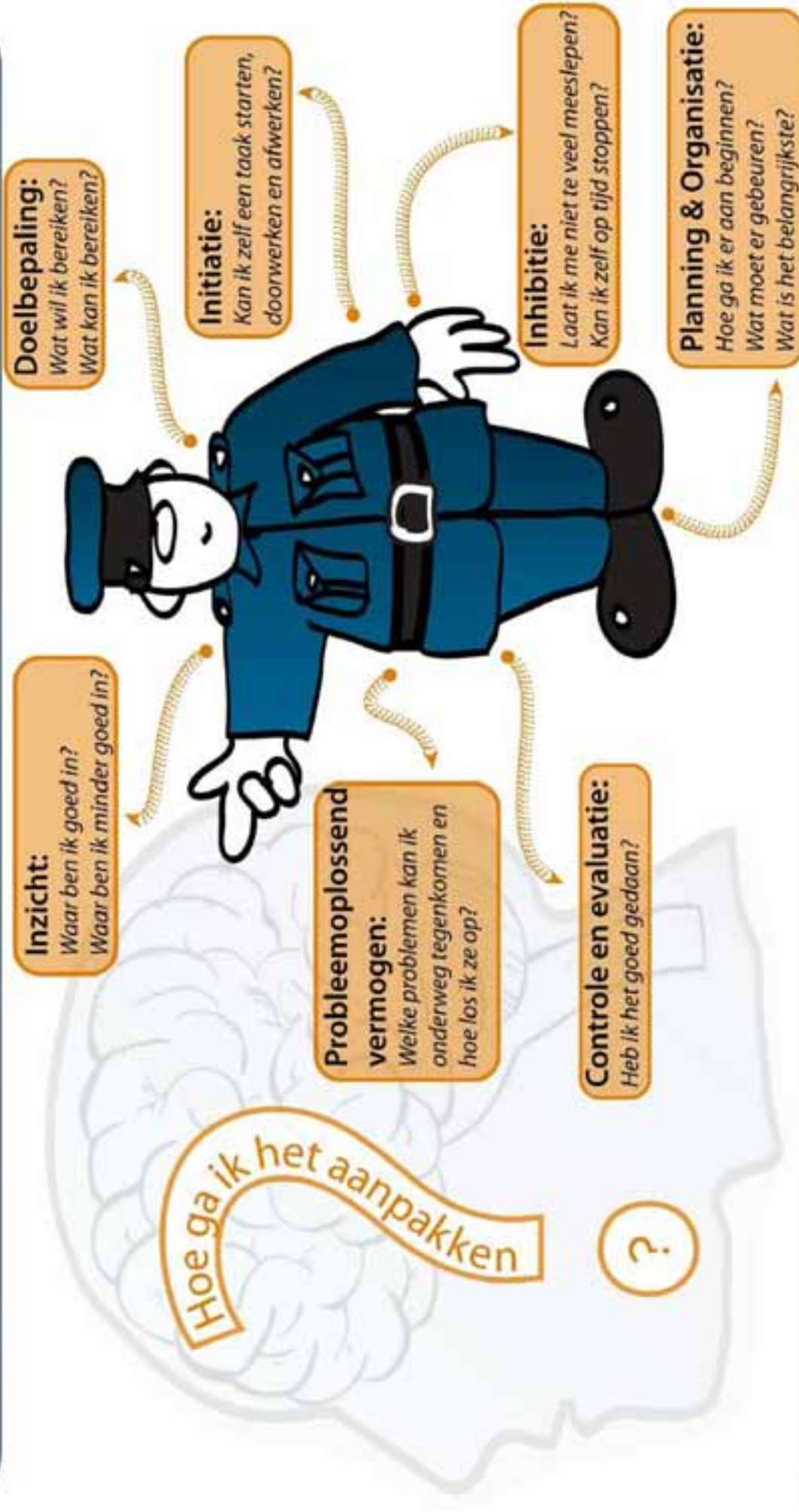
Een voorbeeld

EXECUTIEVE FUNCTIES



Een voorbeeld

EXECUTIEVE FUNCTIES



In een nieuwe situatie

4 Uitvoering

Hieronder staat weergegeven hoe een therapeut de educatiefiches van de executieve functies kan uitleggen aan een cliënt.

4.1 Fiche 1: Schema

Aan de hand van dit schema ga ik het verband uitleggen tussen de verschillende functies van ons denken. Het is de bedoeling dat vooral duidelijk wordt wat onze hersenen doen. Om dit op een overzichtelijke manier te kunnen voorstellen heb ik de anatomische werking van de hersenen sterk vereenvoudigd.

Alle informatie die we binnenkrijgen in een bepaalde situatie via al onze zintuigen wordt door onze aandacht gefilterd. De aandacht filtert dus alle informatie en wordt hier voorgesteld in het roze. Zo wordt in deze fase bepaald welke prikkels relevant zijn in die situatie en welke niet.

De belangrijkste informatie wordt verder verwerkt in de hersenen. Daar komen ze bij de executieve functies terecht. Zij gaan bepalen wat er moet gebeuren. Ze nemen de coördinatie van de verdere verwerking op zich. Net zoals een politieagent het verkeer regelt op een kruispunt. Hij bepaalt wie er mag vertrekken en in welke richting ze moeten gaan.

Om een goede beslissing te kunnen nemen, doen de executieve functies beroep op de andere zones in onze hersenen. Daarom wordt eerst de belangrijkste informatie verder gestuurd naar de blauwe zone van de informatieverwerking. Daar krijgt die informatie eindelijk een betekenis toegekend. Het is pas dan dat we gaan analyseren wat we zien, ruiken, horen en voelen.

Wanneer de executieve functies te weten komen wat er allemaal gaande is in onze omgeving gaan ze een gepaste reactie proberen te bedenken, liefst door zo weinig mogelijk werk te leveren.

Daarom gaan ze een beroep doen op ons geheugen. Dit gaat zoeken of we ooit al iets gelijkaardigs hebben meegemaakt.

Als dat het geval is, gebruiken de executieve functies die informatie om te bepalen wat ons te doen staat. En zij geven dan het startsignaal.

4.2 Fiche 2: Een voorbeeld

Neem nu als voorbeeld het oversteken van een drukke baan.

Onze aandacht gaat dan vooral uit naar de eerste auto's die naderen en het zebrapad. We letten niet meer op de verlichting en de verkeersborden voor de auto's.

Als we de belangrijkste informatie gaan interpreteren, zoeken we een antwoord op volgende vragen: Hoe snel rijdt de auto? Hoe ver is hij nog? Ben ik gehaast? Enz.

Eens we dat weten zoeken we uit hoe we het de vorige keer in deze situatie aangepakt hebben. Vanuit het geheugen weten we dan dat het de vorige keer nipt was. Bovendien is het een gevaarlijk kruispunt, want vorige week is er hier nog een ongeval gebeurd.

Op basis van al deze informatie kunnen onze executieve functies beslissen of we gaan oversteken of niet. Hier zou het besluit kunnen zijn dat je het nog net haalt als je overloopt. Niet alleen de beslissing is dus belangrijk maar ook de wijze waarop je de beslissing uitvoert.

Er is nog een leeg voorbeeld zodat je het zelf eens in een andere situatie kan proberen toe te passen.

Bij het uitvoeren van bekende, dagelijkse taken moeten onze executieve functies weinig of geen beslissingen nemen. In ons geheugen zit dan immers een enorme databank van al die keren dat we die taak al uitgevoerd hebben. Ons handelen berust dan eigenlijk op ervaring.

Maar in onbekende, nieuwe situaties kunnen we geen beroep doen op onze jarenlange ervaring. Het is dan dat onze executieve functies het meeste werk moeten leveren. Zij moeten dan een oplossing zoeken, efficiënt uitvoeren en controleren of het wel goed was.

4.3 Fiche 3: In een nieuwe situatie

We kunnen executieve functies het beste vaststellen door iemand te observeren in nieuwe situaties en onbekende taken. Ze omvatten volgende vaardigheden:

- Inzicht

Waar ik goed in ben? Waar ben ik minder goed in?

- Doelbepaling

Wat wil ik bereiken? Wat kan ik bereiken?

- Initiatie

Kan ik zelf een taak starten, doorwerken en afwerken?

- Inhibitie

Laat ik me niet te veel meeslepen? Kan ik zelf op tijd stoppen?

- Planning en organisatie

Hoe ga ik er aan beginnen? Wat moet er gebeuren? Wat is belangrijk?

- Controle en evaluatie

Heb ik het goed gedaan?

- Probleemoplossend vermogen

Welke problemen kan ik onderweg allemaal tegenkomen en hoe los ik ze op?

5 Opbouw van de nabespreking

Aan de hand van een voorbeeld willen we hier terugblikken op de uitvoering van de educatiefiches. Dit gebeurt zowel vanuit de cliënt als vanuit de therapeut. Eerst lichten we kort de opbouw van de nabespreking toe om dit dan uit te werken.

5.1 Voorstelling cliënt

In deze paragraaf wordt de cliënt kort voorgesteld. Het gaat hier om een vermelding van de diagnose, de toekomstsituatie en de aandachtspunten tijdens de therapie.

5.2 Beschouwing cliënt

Dit is ruimte voor de bedenkingen, opmerkingen van de cliënt over de educatie in het algemeen.

5.3 Beschouwing therapeut

Hier is er ruimte gelaten waar de bedenkingen, opmerkingen van de therapeut over de educatie in het algemeen aan bod kunnen komen.

6 Educatie executieve functies

6.1 Voorstelling cliënt

K. is aangekomen in het revalidatiecentrum De Mick in coma naar aanleiding van een hersenbloeding. Van daaruit is ze overgeplaatst naar een R.V.T. afdeling. Na in totaal 10 maanden coma is ze ontwaakt. Nu heeft ze een lange revalidatieperiode achter de rug en is ze van plan dit jaar alleen te gaan wonen op een appartement. Binnen de afdeling is er onenigheid of ze dit aankan omwille van executieve functiestoornissen. Om de overgang kleiner te maken zal ze in het begin 3 maal per week gezinshulp krijgen, maar op termijn wilt ze volledig zelfstandig gaan wonen. Daarnaast is ze nog op zoek naar een voorlopig bewindvoerder.

6.2 Beschouwing cliënt

Eenzijds begrijpt ze nu beter wat er zich in haar hoofd allemaal afspeelt. Maar anderzijds lijkt het ook wel alsof ze naar eigen zeggen 'zot in hare kop' is. Dat is zeker niet het geval. Zij kan het weten want ze heeft 16 jaar met psychiatrische patiënten gewerkt.

6.3 Beschouwing therapeut

De fiches kunnen bij educatie gebruikt worden als een extra hulpmiddel. Door de informatie niet alleen auditief maar ook visueel aantrekkelijk te maken, pikt de cliënt er veel meer van op.

Als we bij het geven van informatie ingaan op de mening van de cliënt, komen we samen tot conclusies. Door mee het denkproces op te bouwen met de therapeut, begrijpt de cliënt er meer van. Bovendien weet de therapeut op deze manier ook of de cliënt alles begrepen heeft. Een ander middel hiervoor is het samen uitwerken van andere voorbeelden.

Tijdens het gesprek krijgt de therapeut vaak een idee over het inzicht van de cliënt, maar ook over hoe de cliënt er mee omgaat.

Toch kan dit niet bij iedereen gebruikt worden. Sommigen staan er niet voor open en anderen kunnen niet heel het proces van informatieverwerking in de hersenen begrijpen omdat het nog steeds te abstract blijft.

7 Samengevat

We willen toegankelijke en aantrekkelijke educatiefiches opstellen gebaseerd op de modellen van Baddeley en Luria.

Uit de praktijk blijkt dat we in ons opzet geslaagd zijn. Voor vele cliënten is het duidelijk en ook ander disciplines tonen hun interesse. In de toekomst wordt het belangrijk om met verschillende disciplines deze informatie aan te bieden. Iedere discipline kan dan vanuit deze basis zijn eigen accenten leggen. Hoe meer de cliënt de informatie hoort of ziet, hoe meer er blijft hangen. Bovendien vormt het een mogelijkheid om de cliënt te laten zien en horen dat het hele team een gezamenlijk doel nastreeft.

In de toekomst zou deze bundel ook naar de naaste familieleden toe gebruikt worden.

Hoofdstuk 3: Activiteitenfiches

1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen eerst de algemene opbouw en de vorm van alle activiteitenfiches aan bod. Ze zijn samengesteld naar voorbeeld van Malia et al. (2000).

Vermits de bundeling van alle activiteitenfiches mee in de bijlage in het activiteitenboek zit verwerkt, bespreken we direct daarna vijf activiteiten vanuit het standpunt van de cliënt en de therapeut.

Als laatste formuleren we een algemene conclusie over het dagelijks toepassen van de activiteitenfiches op de dienst ergotherapie in De Mick.

2 Opbouw en vorm van een activiteitenfiche

2.1 Naam van de activiteit

2.1.1 Activiteitenfiche voor de therapeut

2.1.1.1 Doel

Het doel van de activiteit is hier kort en krachtig weergegeven.

2.1.1.2 Instructies

Hier vindt de therapeut de instructies terug die hij aan de cliënt kan geven voor het uitvoeren van de activiteit.

Benadruk voor de cliënt dat het niet erg is als hij sommige opdrachten niet zelfstandig kan oplossen. Laat hem dan zo goed mogelijk proberen.

Vraag altijd aan de cliënt om in te schatten hoe goed hij denkt te scoren op de activiteit, na het voorlezen van de instructies en duidt dit aan op het bijgevoegd evaluatieformulier achteraan.

2.1.1.3 Benodigheden

Dit is een opsomming van het materiaal nodig voor het uitvoeren van de oefening.

2.1.1.4 Variaties

Voel je niet verplicht om vast te houden aan alle instructies die worden gegeven. Als sommige oefeningen te gemakkelijk zijn, maak ze dan moeilijker. Maar omgekeerd geldt ook dat activiteiten vergemakkelijkt kunnen worden.

Pas de activiteiten zo aan dat ze aansluiten bij het dagelijks leven van de cliënt, bij de eigen voorkeuren. Dit kan je het beste doen door de cliënt erbij te betrekken.

2.2 Naam van de activiteit

2.2.1 Activiteitenfiche voor de cliënt

2.2.1.1 Opdracht

Dit is een omschrijving van de opdracht meegedeeld door de therapeut. Op deze manier kan de cliënt altijd terugblikken naar de instructies en zo zelfstandig aan de slag.

2.2.1.2 Voorbereiding

Hier wordt aan de cliënt gevraagd om te scoren hoe goed hij denkt de taak te zullen uitvoeren.

Het kan zinvol zijn om het belang van voorspellen en evalueren uitvoerig te bespreken met de cliënt. Het biedt namelijk de mogelijkheid om inzicht te verwerven en dat is heel belangrijk.

Toon de cliënt de eerste keer hoe hij het bijgevoegd evaluatieformulier moet invullen.

2.2.1.3 Tip

Dit bevat een kleine tip voor de cliënt.

Het is belangrijk om zelf eerst een keuze te maken of je die tip wil aanreiken of niet. Zonder een tip kan in sommige situaties het flexibel probleemoplossend vermogen meer naar boven komen.

2.2.1.4 Evaluatie

Gebruik om te scoren de achteraan bijgevoegde evaluatieformulieren. Houd voor elke activiteit een evaluatieformulier bij om op die manier evolutie te kunnen bespreken.

Bespreek na elke oefening de volgende zaken met de cliënt:

- Welke vaardigheden zijn aan bod gekomen?
- Wat was het doel van deze activiteit?
- Hoe goed heb je de activiteit uitgevoerd?
- Hoe kan deze oefening je helpen bij het uitvoeren van activiteiten in het dagelijkse leven?

Vertel aan de cliënt welke score hij heeft behaald en hoe hij aan het evolueren is. Vergeet hierbij niet om de cliënt ook consequent aan te moedigen.

De evaluatieformulieren kunnen zowel door de cliënt als de therapeut op alle momenten worden geraadpleegd en geven een snel en gemakkelijk overzicht van vooruitgang.

2.3 Evaluatieformulier : naam van de activiteit _____

2.3.1 Inschatting van je uitvoering

Voor je begint, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal kunnen uitvoeren door een cirkel te trekken rond het nummer dat van toepassing is.

- 5 Ik zal geen problemen hebben om deze activiteit zelfstandig en correct uit te voeren.
 - 4 Ik zal enkele problemen hebben maar ik zal in staat zijn de activiteit voor $\frac{3}{4}$ zelfstandig uit te voeren.
 - 3 Ik zal niet in staat zijn de activiteit volledig uit te voeren, maar ik zal meer dan de helft juist kunnen uitvoeren.
 - 2 Ik zal veel problemen hebben, dus zal ik maar een klein deel van de activiteit zelfstandig kunnen uitvoeren.
 - 1 Ik zal veel problemen hebben en reken op anderen om me tijdens deze activiteit te begeleiden.
-

2.3.2 Terugblik op je uitvoering

Als je de hele oefening hebt afgewerkt, geef jezelf dan een score over hoe goed je de oefening hebt uitgevoerd. Omcirkel het getal dat het beste je prestatie beschrijft.

- 5 Ik heb geen problemen ondervonden om de activiteit zelfstandig en correct uit te voeren.
 - 4 Ik heb enkele problemen gehad maar ik heb de activiteit voor $\frac{3}{4}$ zelf kunnen uitvoeren.
 - 3 Ik heb de activiteit niet volledig kunnen uitvoeren, maar ik heb meer dan de helft juist kunnen doen.
 - 2 Ik had wat problemen, dus heb ik maar een klein deel van de activiteit zelfstandig kunnen uitvoeren.
 - 1 Ik had veel problemen met deze activiteit en deed hierbij beroep op anderen om me te begeleiden.
-

2.3.3 Evaluatie door de therapeut

Omcirkel die score op de volgende schaal, die het beste weergeeft hoe de cliënt de oefening heeft uitgevoerd.

- 5 De cliënt is in staat de oefening zelfstandig en correct uit te voeren.
- 4 De cliënt is in staat het merendeel van de oefening zelfstandig en correct uit te voeren of met minimale hulp.
- 3 De cliënt is in staat een deel van de oefening zelfstandig en correct uit te voeren of met wat hulp.
- 2 De cliënt heeft veel hulp nodig bij het uitvoeren van de oefening.
- 1 De cliënt is niet in staat de oefening uit te voeren.

3 Opbouw van de nabespreking

3.1 Naam van de activiteit en de opdracht

Hier lichten we beknopt de activiteit die geobserveerd wordt toe. Voor meer informatie verwijzen we door naar het activiteitenboek.

3.2 Voorstelling cliënt

In deze paragraaf wordt de cliënt kort voorgesteld. Het gaat hier om een vermelding van de diagnose, de toekomstsituatie en de aandachtspunten tijdens de therapie. Bij enkele activiteiten komt eenzelfde cliënt terug. De voorstelling van de cliënt bij deze twee activiteiten is dan hetzelfde.

3.3 Evaluatieformulier

Dit zijn de scores die de cliënt en de therapeut geven bij het uitvoeren van de activiteit. Dankzij deze scores kan er in één oogopslag al een globaal beeld gevormd worden van de uitvoering.

3.4 Observatielijst

Aan de hand van een uniforme observatielijst worden alle executieve functies die naar boven komen tijdens de activiteit kort overlopen. Deze lijst is analoog opgesteld aan de neuropsychologische observatielijst die reeds gehanteerd wordt in De Mick.

3.5 Beschouwing cliënt

Dit is ruimte voor de bedenkingen, opmerkingen van de cliënt over de activiteit in het algemeen.

3.6 Beschouwing therapeut

Hier is er ruimte gelaten waar de bedenkingen, opmerkingen van de therapeut over de activiteit in het algemeen aan bod kunnen komen.

4 Activiteit 1

4.1 Informatie opzoeken: t.v.-gids

Beantwoord de 15 willekeurige vragen gebaseerd op TeVeBLAD van 24 juli 2007.

4.2 Voorstelling D.M.

M. heeft een hersenbloeding gehad t.h.v. de pons. In het ziekenhuis heeft hij enkele dagen een parese gehad, maar daarvan is hij nu volledig gerecupereerd. Enkel de fijne motoriek in zijn handen is nog niet helemaal terug. De therapeut merkte reeds een verminderde aandacht op en volgens zijn vrouw gedraagt hij zich kinderachtiger.

4.3 Evaluatieformulier

4.3.1 Inschatting van je uitvoering

3 Ik zal niet in staat zijn de activiteit volledig uit te voeren, maar ik zal meer dan de helft juist kunnen uitvoeren.

4.3.2 Terugblik op je uitvoering

3 Ik heb de activiteit niet volledig kunnen uitvoeren, maar ik heb meer dan de helft juist kunnen doen.

4.3.3 Evaluatie door de therapeut

4 De cliënt is in staat het merendeel van de oefening zelfstandig en correct uit te voeren of met minimale hulp.

4.4 Observatielijst

4.4.1 Problemen met inzicht

“Beschikken over een realistisch idee van persoonlijke sterktes en zwaktes.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Als M. de opdracht krijgt om informatie op te zoeken in een T.V.-gids vermoedt hij enkele problemen te ondervinden tijdens de uitvoering. Dit oordeel baseert hij op het feit dat het opzoeken van telefoonnummers vorige therapiesessie minder vlot verliep als verwacht.

4.4.2 Problemen met doelbepaling

“Het vermogen om reële doelen te stellen, die passend zijn bij iemands grenzen en mogelijkheden.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Hij verwacht alle vragen één voor één juist te beantwoorden als hij voldoende tijd krijgt om het op te lossen. Bij het beantwoorden van de vragen heeft hij een goed gevoel. Maar als de therapeut de oplossingen er naast legt, blijkt de laatste helft van de antwoorden toch fout te zijn.

4.4.3 Initiatieverlies

“Het vermogen om te starten en de verschillende stappen van een vooropgesteld plan tot een goed einde te brengen zonder aangezet te moeten worden.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Hij moet niet aangespoord worden om te starten of door te werken.

4.4.4 Disinhibitie

“Het vermogen om te inhiberen, om ongepast gedrag of ongepaste gedachten te stoppen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Hij gedraagt zich volwassen tijdens het opzoekingswerk en toont daarbij veel doorzettingsvermogen als hij iets niet vindt.

4.4.5 Problemen met planning & organisatie

“Het vermogen om de verschillende stappen te bedenken die nodig zijn om een taak uit te voeren, prioriteiten te stellen en deze in de goede volgorde te plaatsen om ze op een praktische manier tot uitvoer te brengen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Hij lost één voor één alle vragen op. Tijdens de zoektocht naar het juiste antwoord neemt hij altijd eerst de juiste dag er bij en dan de juiste zender. Hij schakelt niet over naar de volgende vraag vooraleer hij het antwoord gevonden heeft. Ook bij het verbeteren overloopt hij alle vragen.

4.4.6 Problemen met zelfcontrole & zelfevaluatie

“Het vermogen om de doeltreffendheid en geschiktheid van het eigen handelen te beoordelen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Bij het zoeken van de oplossingen, kijkt hij de antwoorden niet na. Als de therapeut achteraf vraagt om te verbeteren, merkt hij dat alle antwoorden op de laatste helft van de vragen foutief zijn. Bij het verbeteren valt hem op dat het juiste antwoord altijd op hetzelfde blad staat, maar hij had de vraag niet aandachtig genoeg gelezen. Daarom besloot hij tijdens het verbeteren de vragen en de antwoorden altijd nog eens te controleren.

4.4.7 Problemen met flexibel probleemoplossend vermogen

“Het vermogen om een probleem te herkennen en te anticiperen op problemen die in de nabije toekomst kunnen optreden. Het vermogen om alternatieve oplossingen te bedenken en de activiteit als een geheel te benaderen in probleemsituaties.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Hij is geen onverwachte problemen tegengekomen tijdens deze activiteit. Dus kunnen we hierover geen uitspraak doen.

4.4.8 Besluit

Het feit dat alle antwoorden op de laatste helft van de vragen fout zijn, kan te wijten zijn aan de verminderde aandacht. Door onvoldoende aandachtig de vragen te lezen, merkt hij niet op dat de vraagstelling verandert. Zo zoekt hij wel op de juiste pagina in het tijdschrift, maar schrijft het verkeerde antwoord op. Als hij dit controleert, merkt hij wel zelf de fouten op.

Om de problemen die in deze activiteit naar boven komen te bevestigen, lijkt het zinvol om meerdere taken te observeren zodat we een volledig beeld krijgen van zijn resterende vaardigheden.

4.5 Beschouwing cliënt

In het begin van de activiteit lijkt de opdracht voor M. te gemakkelijk, maar uiteindelijk gaat er toch meer mis dan verwacht. Daarom vindt hij het een goede activiteit.

4.6 Beschouwing therapeut

Er kruipt veel tijd in het samenstellen van de werkbladen, maar het is handig in gebruik. Er worden weinig eisen gesteld aan de omgeving om de activiteit te kunnen uitvoeren. De oplossingen met de vermelding van de juiste pagina, zorgen ervoor dat de therapeut gemakkelijk kan verbeteren. Bovendien gaat het om informatiebronnen die iedereen wel eens gebruikt in het dagelijks leven. Daardoor is deze activiteit voor velen aantrekkelijk. De wisselende, niet-alledaagse vraagstelling maakt de situatie nieuw voor de cliënt, zodat toch steeds de executieve functies worden aangesproken.

5 Activiteit 2

5.1 Taak organisatie

Schrijf alle deelstappen op die je nodig hebt om je tanden te poetsen en pas dit stappenplan daarna toe in de praktijk.

5.2 Voorstelling B.M.

M. is 35 jaar en heeft een vermoedelijke diagnose van ADEM (acute demyeliniserende encefalomyelitis). Een paar maanden bestaande problematiek van een subacuut ontstaan frontaal netwerk syndroom evolueerde naar een snel progressieve indaling van bewustzijn gecombineerd aan hersenstamdysfunctie en piramidale tekenen. Van een volledig bedlegerige cliënt is M. al geëvolueerd tot een mobiele cliënt. Hij blijft op dit moment nog steeds vooruitgang maken. Uit eerdere observaties komen geen neuropsychologische stoornissen naar voor, toch kan hij niet zelfstandig kleine dagelijkse activiteiten uitvoeren. Opvallend is zijn korte taakspanning. Omdat hij een afhankelijke houding aanneemt zou een buitenstaander hem kunnen onderschatten, maar eigenlijk kan hij veel meer. Nu probeert de therapeut M. te stimuleren tot het zelfstandig uitvoeren van kleine dagelijkse taken door gebruik te maken van lijsten waarop hij kan aanvinken wat hij allemaal al heeft uitgevoerd.

5.3 Evaluatieformulier

De therapeut heeft er voor gekozen om hier geen evaluatieformulier te gebruiken omdat dit te ver van zijn bed ligt. Het schrikt M. af terwijl hij vooral gemotiveerd moet worden om zoveel mogelijk dagelijkse activiteiten zelfstandig uit te voeren.

5.4 Observatielijst

5.4.1 Problemen met inzicht

“Beschikken over een realistisch idee van persoonlijke sterktes en zwaktes.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Volgens hem gaat alles nu veel minder goed als vroeger. Het tanden poetsen lukt bijvoorbeeld niet meer omdat hij de tandpasta niet uit de tube krijgt. Hoewel er nog veel meer mis loopt. Zo doet hij de tandpasta rechtstreeks in zijn mond, hij gebruikt geen glas water op vraag, hij heeft moeite met de snelle bewegingen enz.

5.4.2 Problemen met doelbepaling

“Het vermogen om reële doelen te stellen, die passend zijn bij iemands grenzen en mogelijkheden.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Nadat de therapeut de activiteit heeft uitgelegd, zegt hij het niet te halen omdat hij veel te moe is. Nadien voert hij toch alles uit met verbale begeleiding van de therapeut.

5.4.3 Initiatieverlies

“Het vermogen om te starten en de verschillende stappen van een vooropgesteld plan tot een goed einde te brengen zonder aangezet te moeten worden.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Hij voert geen enkele deeltaak uit zonder dat de therapeut hem aanspoort tot handelen. Wanneer de therapeut geen aanwijzingen geeft, laat hij alles liggen en vraagt om hulp. Eens hij een deeltaak gestart is, voert hij deze zelfstandig uit als er niets onverwachts gebeurt.

5.4.4 Disinhibitie

“Het vermogen om te inhiberen, om ongepast gedrag of ongepaste gedachten te stoppen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Als de therapeut de ruimte verlaat gaat hij zitten of legt zijn hoofd op de bank. Op het einde van de activiteit vertrekt hij meteen naar zijn kamer, terwijl de therapeut gevraagd heeft om samen terug te blikken.

5.4.5 Problemen met planning & organisatie

“Het vermogen om de verschillende stappen te bedenken die nodig zijn om een taak uit te voeren, prioriteiten te stellen en deze in de goede volgorde te plaatsen om ze op een praktische manier tot uitvoer te brengen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Wanneer de therapeut bevraagt welke stappen hij allemaal moet doorlopen, kan hij dit in grote lijnen zeggen. Soms slaagt hij al eens een deelstap over. Maar hij heeft wel verbale sturing nodig om uiteindelijk bij exact tien stappen uit te komen.

5.4.6 Problemen met zelfcontrole & zelfevaluatie

“Het vermogen om de doeltreffendheid en geschiktheid van het eigen handelen te beoordelen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Op het einde van een activiteit lijkt zijn taakspanning op en wil hij er zo gauw mogelijk van af zijn. Terwijl de therapeut wil terugblikken op de uitvoering staat hij al recht om naar zijn kamer te gaan. Hij neemt geen tijd om zijn uitvoering te controleren. De vraag blijft nu of hij fouten zou kunnen vermijden door even bij de activiteit stil te blijven staan.

5.4.7 Problemen met flexibel probleemoplossend vermogen

“Het vermogen om een probleem te herkennen en te anticiperen op problemen die in de nabije toekomst kunnen optreden. Het vermogen om alternatieve oplossingen te bedenken en de activiteit als een geheel te benaderen in probleemsituaties.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Hij is geen onverwachte problemen tegengekomen tijdens deze activiteit. Dus kunnen we hierover geen uitspraak doen.

5.4.8 Besluit

Tanden poetsen op zich is geen ongekende activiteit. Voor M. is ze ‘nieuw’ omdat de activiteit in een relatief onbekende omgeving wordt uitgevoerd. Bovendien moet hij gezien zijn beperkingen op zoek naar een andere en nieuwe manier van handelen.

Tijdens de uitvoering blijkt dat M. soms beperkt wordt door zijn verminderde fijne motoriek en handkracht. Belemmerend voor de activiteit is vooral het initiatiefverlies, maar ook de lage taakspanning. Het is belangrijk om hem regelmatig te motiveren.

Om de problemen die in deze activiteit naar boven komen te bevestigen, lijkt het zinvol om meerdere taken te observeren zodat we een volledig beeld krijgen van zijn resterende vaardigheden.

5.5 Beschouwing cliënt

M. vindt het belangrijk om terug zijn tanden zelf te kunnen poetsen. Het opstellen van zo'n stappenplan helpt hem om door te blijven werken tijdens de uitvoering.

5.6 Beschouwing therapeut

In deze activiteit staan dagelijkse activiteiten centraal, waarmee iedereen in aanraking komt. De executieve functies zijn vooral van belang voor het analyseren van de taak en het verdelen in een vooropgesteld aantal stappen. Dankzij de uitvoering krijgt de cliënt rechtstreeks feedback over het stappenplan. Door de aansluiting bij het dagelijks leven is deze activiteit ook uiterst geschikt voor cliënten die cognitief nog meerdere beperkingen ondervinden. Aan de hand van dit voorbeeld willen we dit duidelijk maken. Het is aan ons om de activiteit aan te passen en op een andere manier aan te brengen, zodat ze toegankelijk wordt voor deze cliënten. Dankzij deze observatie kunnen we ook aantonen dat verschillende handelingen tijdens de uitvoering niet altijd eenduidig in te passen zijn in de observatielijst. Sommige kunnen we zelfs bij twee verschillende stoornissen onderbrengen.

6 Activiteit 3

6.1 Tijdschema: zelf taken selecteren

Kies uit een lijst één of meerdere taken die je op een half uur tijd kan uitvoeren. Maak daarvoor een tijdstabel die aantoont hoe jij de taken zou uitvoeren binnen een tijdspanne van 30 minuten. De tabel moet aantonen in welke volgorde en hoe je die taken zou uitvoeren. Daarna kan je de tijdstabel uitvoeren.

6.2 Voorstelling V.D.B.M.

M. werd opgenomen in De Mick omwille van een linker cerebrale hersenbloeding. Hier is hij opmerkelijk goed van hersteld en volgende week mag hij terug naar huis. In zijn dagelijks leven wordt hij nog het meest belemmerd door zijn afasie. Daarom liet de therapeut hem enkele activiteiten uitvoeren waarbij hij moest leren om rekening te houden met zijn afasie.

6.3 Evaluatieformulier

6.3.1 Inschatting van je uitvoering

5 Ik zal geen problemen hebben om deze activiteit zelfstandig en correct uit te voeren.

6.3.2 Terugblik op je uitvoering

5 Ik heb geen problemen ondervonden om de activiteit zelfstandig en correct uit te voeren.

6.3.3 Evaluatie door de therapeut

5 De cliënt is in staat de oefening zelfstandig en correct uit te voeren.

6.4 Observatielijst

6.4.1 Problemen met inzicht

“Beschikken over een realistisch idee van persoonlijke sterktes en zwaktes.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Vooraleer hij de activiteit start, schat hij zich goed in. Alles gaat zonder problemen verlopen volgens hem. Uiteindelijk blijkt dat hij alles binnen de vooropgestelde tijd kan uitvoeren, rekening houdend met zijn afasie.

6.4.2 Problemen met doelbepaling

“Het vermogen om reële doelen te stellen, die passend zijn bij iemands grenzen en mogelijkheden.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Bij het uitkiezen van de taken houdt hij rekening met zijn eigen mogelijkheden. Koken is namelijk niets voor hem. Hij bouwt bij het opstellen van de tijdstabel bij elke deeltaak een kleine tijds marge in en eindigt zo zelfs nog met enkele minuten overschot.

6.4.3 Initiatiefverlies

“Het vermogen om te starten en de verschillende stappen van een vooropgesteld plan tot een goed einde te brengen zonder aangezet te moeten worden.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Het is moeilijk om als therapeut de activiteit aan te brengen, omdat hij de opdracht niet altijd begrijpt. Maar eens hij weet wat er van hem verlangd wordt, schiet hij onmiddellijk in actie.

6.4.4 Disinhibitie

“Het vermogen om te inhiberen, om ongepast gedrag of ongepaste gedachten te stoppen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Als hij iets wil vragen aan de therapeut geeft hij een sein en wacht rustig af.

6.4.5 Problemen met planning & organisatie

“Het vermogen om de verschillende stappen te bedenken die nodig zijn om een taak uit te voeren, prioriteiten te stellen en deze in de goede volgorde te plaatsen om ze op een praktische manier tot uitvoer te brengen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Uit zijn tijdstabel blijkt dat hij op voorhand al uitgezocht heeft wat de efficiëntste manier van handelen zou kunnen zijn. Bovendien stemt hij tijdens de activiteit alle handelingen op elkaar af. Zo begint hij af te wassen wanneer er melk op het vuur staat om een warme chocomelk te maken.

6.4.6 Problemen met zelfcontrole & zelfevaluatie

“Het vermogen om de doeltreffendheid en geschiktheid van het eigen handelen te beoordelen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Tijdens het uitvoeren van de activiteit houdt hij de tijdstabel bij de hand om aan te duiden wat hij al gedaan heeft. Bij de nabespreking kan hij ook kaderen waarom hij een bepaalde oplossingsstrategie heeft gebruikt.

6.4.7 Problemen met flexibel probleemoplossend vermogen

“Het vermogen om een probleem te herkennen en te anticiperen op problemen die in de nabije toekomst kunnen optreden. Het vermogen om alternatieve oplossingen te bedenken en de activiteit als een geheel te benaderen in probleemsituaties.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Voor hij een tijdstabel opstelt, wikt en weegt hij alle voor- en nadelen van de taken tegen elkaar af. Bovendien verwerkt hij alle handelingen al in zijn tijdstabel. Zo probeert hij problemen te vermijden tijdens de uitvoering.

6.4.8 Besluit

Het is niet gemakkelijk om als therapeut de activiteit aan te brengen omwille van afasie. Maar tijdens de activiteit blijkt dat hij wel rekening houdt met zijn afasie voor het inschatten van de tijd bij een activiteit. Ondanks het feit dat er geen executieve functiestoornissen opgemerkt worden, is de activiteit toch nuttig geweest. Nu beseft de therapeut dat hij veel meer kan als verwacht. Oorspronkelijk wou de therapeut hem confronteren, maar uiteindelijk lost hij alles feilloos op.

6.5 Beschouwing cliënt

Het is niet gemakkelijk om de opdracht te begrijpen, maar het uitvoeren gaat wel goed. Een opdracht buiten de therapiezaal is weer eens wat anders. Bovendien kent hij de weg al omdat zijn dochter hier werkt.

6.6 Beschouwing therapeut

Het laten uitvoeren van dubbeltaken is ideaal om de executieve functies te observeren. Dit is een hele concrete taak, waarbij de cliënt toch al gauw voor verrassingen komt te staan. Ideaal dus om het dagelijks handelen van een cliënt in te kunnen schatten. Tijdens deze activiteit wordt ook duidelijk rekening gehouden met de wensen en verlangens van de cliënt. Via de uitvoering krijgt hij direct feedback over zijn tijdstabel. De tijd geeft dan weer duidelijk aan of de cliënt in zijn opzet geslaagd is. Uit deze uitvoering van de activiteit blijkt dat de activiteiten voor het observeren van de executieve functies soms toch toegepast kunnen worden bij iemand met neuropsychologische functiestoornissen.

7 Activiteit 4

7.1 Maaltijd samenstellen: een dag alleen thuis

Je bent de komende week een dag alleen thuis. Wat ga je klaarmaken voor ontbijt, middagmaal en avondmaal. Stel een bestelbon op voor Caddy Home van Delhaize.

7.2 Voorstelling F.A.

Deze M.S. cliënte is opgenomen naar aanleiding van het overlijden van haar man. Ze is gekend met suïcidaal gedrag. De therapeut wil nu vooral werken aan de vaardigheid om activiteit en vermoeidheid op elkaar af te stemmen als ze binnenkort een weekend naar huis gaat.

7.3 Evaluatieformulier

7.3.1 Inschatting van je uitvoering

5 Ik zal geen problemen hebben om deze activiteit zelfstandig en correct uit te voeren.

7.3.2 Terugblik op je uitvoering

5 Ik heb geen problemen ondervonden om de activiteit zelfstandig en correct uit te voeren.

7.3.3 Evaluatie door de therapeut

4 De cliënt is in staat het merendeel van de oefening zelfstandig en correct uit te voeren of met minimale hulp.

7.4 Observatielijst

7.4.1 Problemen met inzicht

“Beschikken over een realistisch idee van persoonlijke sterktes en zwaktes.”

- Niet aanwezig
 Dubieus
 Aanwezig

Opmerkingen:

Omdat ze graag terug een leesbaar boodschappenlijstje wil samenstellen, krijgt ze deze opdracht. Volgens haar wordt het leesbaar schrijven het moeilijkste, al de rest kan geen probleem geven. Toch vergeet ze aanvankelijk enkele producten en schrijft ze productnamen en prijzen verkeerd over.

7.4.2 Problemen met doelbepaling

“Het vermogen om reële doelen te stellen, die passend zijn bij iemands grenzen en mogelijkheden.”

- Niet aanwezig
 Dubieus
 Aanwezig

Opmerkingen:

Ze beweert op voorhand in haar hoofd bedacht te hebben wat ze allemaal wil maken en nodig heeft. Toch is ze onmiddellijk na het geven van de opdracht in de catalogus beginnen bladeren. Als blijkt dat enkele dingen ontbreken, vertelt ze dat ze de gewoonte heeft om alleen maar de belangrijkste dingen op haar boodschappenlijstje te zetten. In de winkel gaat ze alle rekken af en neemt dan andere dingen mee die ze tegenkomt.

7.4.3 Initiatieverlies

“Het vermogen om te starten en de verschillende stappen van een vooropgesteld plan tot een goed einde te brengen zonder aangezet te moeten worden.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Ze moet niet aangezet worden om door te werken. Integendeel ze neemt misschien wel te weinig rust. Haar handen beven soms maar toch doet ze voort. Ze zegt zelf dat ze niets kan laten liggen waar ze aan begonnen is.

7.4.4 Problemen met zelfinhibitie

“Het vermogen om te inhiberen, om ongepast gedrag of ongepaste gedachten te stoppen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Ze stelt veel overbodige vragen als de therapeut er bij blijft zitten, maar kan wel zelfstandig blijven verder werken als ze geen / een open antwoord krijgt.

7.4.5 Problemen met planning & organisatie

“Het vermogen om de verschillende stappen te bedenken die nodig zijn om een taak uit te voeren, prioriteiten te stellen en deze in de goede volgorde te plaatsen om ze op een praktische manier tot uitvoer te brengen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Ze denkt nauwelijks op voorhand na over wat te doen. Ze begint direct aan de taak en kijkt in de catalogus wat ze tegenkomt onderweg. Daardoor verliest ze al gauw de rode draad. Soms lijkt ze te beseffen dat ze niet efficiënt werkt, maar heeft dan toch heel wat tijd nodig om zich te herpakken.

Zo is ze op een gegeven moment op zoek naar het brood. Als ze door de catalogus bladert, komt ze ondertussen de boter tegen. Nadat ze hiervan alles genoteerd heeft begint ze terug te bladeren. Ze komt in de verkeerde categorieën terecht en blijft toch verder doen. Dan pas komt ze op het idee om naar de inhoudstafel te kijken en zo vindt ze het brood.

Op het einde staan alle producten door elkaar op het werkblad. Het is niet duidelijk wat er bij het ontbijt, de lunch of het avondmaal hoort. De therapeut probeert haar met de onoverzichtelijke lijst te confronteren, maar zo ontstaat er een discussie. Ze lijkt zichzelf en haar gedrag goed te praten en vindt toch dat de opdracht geslaagd is.

7.4.6 Problemen met zelfcontrole & zelfevaluatie

“Het vermogen om de doeltreffendheid en geschiktheid van het eigen handelen te beoordelen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Ze kijkt of leest niet na wat ze geschreven heeft, waardoor er vaak fouten insluipen tijdens het overschrijven van de producten en prijzen. Wanneer de therapeut haar vraagt om wat ze opschrijft na te kijken, vindt ze de fout. Toch begint ze nadien niet spontaan zelf te controleren.

7.4.7 Problemen met flexibel probleemoplossend vermogen

“Het vermogen om een probleem te herkennen en te anticiperen op problemen die in de nabije toekomst kunnen optreden. Het vermogen om alternatieve oplossingen te bedenken en de activiteit als een geheel te benaderen in probleemsituaties.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Tijdens het uitvoeren van de activiteit is ze geen onverwachte probleemsituaties tegengekomen. Dus kunnen we hierover geen uitspraak doen. De ergotherapeut heeft er voor gekozen om eventuele rampscenario's (bijvoorbeeld: het brood is op) niet voor te leggen. Het zou te hard kunnen confronteren en misschien lokt het doorvragen alleen maar meer discussie uit.

7.4.8 Besluit

Gezien haar depressief toestandsbeeld is het moeilijk om als therapeut inzichtgevend te werken zonder al te hard te confronteren. Toch blijft dit het belangrijkste werkpunt.

Het kan een gewoonte zijn om in de winkel alle rekken af te gaan en zo te zien of ze niets vergeten is. Toch is dit af te raden omwille van M.S. en haar erg beperkte inspanningstolerantie. Het is een tijdrovende en energievretende oplossing. Door in de volgende therapiesessies meer aandacht te schenken aan planning en organisatie zou ze toch heel wat energie en tijd kunnen sparen tijdens het uitvoeren van deze dagelijkse activiteiten.

Om de problemen die in deze activiteit naar boven komen te bevestigen, lijkt het zinvol om meerdere taken te observeren zodat we een volledig beeld krijgen van haar resterende vaardigheden.

7.5 Beschouwing cliënt

De catalogus is erg handig en eenvoudig in gebruik. Ze moet net zoals in de winkel een beetje zoeken waar alles staat. Alleen moet ze hier echt alles opschrijven wat ze wil gaan halen. Thuis maakt ze altijd een boodschappenlijstje met het voornaamste op. In de winkel vult ze nog aan met de dingen die ze tegenkomt.

7.6 Beschouwing therapeut

In deze opdracht kunnen oneindig veel variaties worden aangebracht al naargelang de thuissituatie en de toekomst van de cliënt. Zo kan het perfect aansluiten bij ieders leefwereld. Dankzij de catalogus wordt de winkel een beetje in huis gehaald. Voor elke opdracht zijn er verschillende oplossingsmogelijkheden. Als therapeut kan je niet altijd zeggen wat goed of fout is, dit kan tot discussie leiden. Samen een duidelijk doel en een concreet eindresultaat vooropstellen kan handig zijn bij deze open taken om die discussies te vermijden.

8 Activiteit 5

8.1 Vrije activiteit

Kies een activiteit uit die je de komende sessies gaat uitvoeren. Dit zijn enkele aandachtspunten:

- Wat ga je maken?
- Is er een duidelijk eindresultaat?
- Is al het materiaal aanwezig?
- Hoeveel tijd neemt het in beslag?
- Welke dagen ga je er aan werken?
- Wat doe je wanneer?

8.2 Voorstelling V.K.

K. is aangekomen in het revalidatiecentrum De Mick in coma naar aanleiding van een hersenbloeding. Van daaruit is ze overgeplaatst naar een R.V.T. afdeling. Na in totaal 10 maanden coma is ze ontwaakt. Nu heeft ze een lange revalidatieperiode achter de rug en is ze van plan dit jaar alleen te gaan wonen op een appartement. Binnen de afdeling is er onenigheid of ze dit aankan omwille van executieve functiestoornissen. Om de overgang kleiner te maken zal ze in het begin 3 maal per week gezinshulp krijgen, maar op termijn wilt ze volledig zelfstandig gaan wonen. Daarnaast is ze nog op zoek naar een voorlopig bewindvoerder.

8.3 Evaluatieformulier

8.3.1 Inschatting van je uitvoering

5 Ik zal geen problemen hebben om deze activiteit zelfstandig en correct uit te voeren.

8.3.2 Terugblik op je uitvoering

4 Ik heb enkele problemen gehad maar ik heb de activiteit voor ¾ zelf kunnen uitvoeren.

8.3.3 Evaluatie door de therapeut

4 De cliënt is in staat het merendeel van de oefening zelfstandig en correct uit te voeren of met minimale hulp.

8.4 Observatielijst

8.4.1 Problemen met inzicht

“Beschikken over een realistisch idee van persoonlijke sterktes en zwaktes.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

In het begin van deze activiteit lijkt ze zichzelf te overschatten omdat ze ineens drie grote smyrna matten wil maken op twee weken. Bij de nabespreking geeft ze zelf toe dat dit toch te hoog gegrepen was. Zeker nu het al zo lang geleden is dat ze het nog eens gedaan heeft.

8.4.2 Problemen met doelbepaling

“Het vermogen om reële doelen te stellen, die passend zijn bij iemands grenzen en mogelijkheden.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

De eerste dagen verandert haar doel en haar activiteit voortdurend. Zo wil ze eerst smyrna matten maken, dan schilderen en uiteindelijk gaat ze een sjaal breien.

8.4.3 Initiatiefverlies

“Het vermogen om te starten en de verschillende stappen van een vooropgesteld plan tot een goed einde te brengen zonder aangezet te moeten worden.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Ze start de activiteit tijdens de eerste therapie en werkt ze volledig zelfstandig af in haar vrije tijd.

8.4.4 Disinhibitie

“Het vermogen om te inhiberen, om ongepast gedrag of ongepaste gedachten te stoppen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Wanneer ze de opdracht te horen heeft gekregen, neemt ze meteen een beslissing. Haar besluit lijkt vast te staan, ze maakt afspraken met de therapeut, maar toch wisselt ze nog drie keer van idee. Elke keer wanneer er iets verandert in haar planning komt ze dit te pas en te onpas melden tijdens therapiesessies van anderen. Eens ze al het materiaal gekocht heeft, gaat ze al aan de slag voor de therapiesessie. Bovendien stopt ze de eerste dagen 's avonds alleen met breien als haar armen pijn beginnen doen.

8.4.5 Problemen met planning & organisatie

“Het vermogen om de verschillende stappen te bedenken die nodig zijn om een taak uit te voeren, prioriteiten te stellen en deze in de goede volgorde te plaatsen om ze op een praktische manier tot uitvoer te brengen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Ze weet goed welk materiaal ze allemaal nodig heeft om een sjaal te kunnen breien. Om naar de winkel te kunnen gaan belt ze haar zus op. En ze kan een duidelijke planning opstellen voor het uitvoeren van alle deelstappen.

8.4.6 Problemen met zelfcontrole & zelfevaluatie

“Het vermogen om de doeltreffendheid en geschiktheid van het eigen handelen te beoordelen.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Ze meet regelmatig hoeveel centimeter ze al gebreed heeft en controleert in het begin na elke pen of er geen steek gevallen is.

8.4.7 Problemen met flexibel probleemoplossend vermogen

“Het vermogen om een probleem te herkennen en te anticiperen op problemen die in de nabije toekomst kunnen optreden. Het vermogen om alternatieve oplossingen te bedenken en de activiteit als een geheel te benaderen in probleemsituaties.”

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen:

Als ze probleem tegenkomt, schakelt ze anderen in. Zo belt ze haar zus om het vervoer naar de winkel te regelen en het personeel van De Mick helpt haar bij het nameten van de lengte van de sjaal.

8.4.8 Besluit

Tijdens het individueel contact valt op dat ze geen goed luistergedrag heeft. Ze onderbreekt de therapeut regelmatig. Het is belangrijk dat ze naar de toekomst toe rekening houdt met gemaakte afspraken en deze ook naleeft. In het andere geval zou ze onbedoeld toch regelmatig in conflictsituaties terecht kunnen komen. Het inzicht hieromtrent is er nog niet. Eerst denken en dan doen wordt een prioriteit. Het is wel heel goed dat ze anderen inschakelt als ze zelf geen oplossing kan bedenken.

Om de problemen die in deze activiteit naar boven komen te bevestigen, lijkt het zinvol om meerdere taken te observeren zodat we een volledig beeld krijgen van haar resterende vaardigheden.

8.5 Beschouwing cliënt

Ze heeft er echt plezier in gevonden om na zoveel jaren nog eens te breien. Het is zeker iets wat ze gaat blijven doen als ze alleen gaat wonen. Ze heeft echt geen schrik om zich te gaan vervelen als ze op haar appartement zit. Nu deze sjaal af is, gaat ze er alvast nog één maken voor haar zus.

8.6 Beschouwing therapeut

Tijdens een vrije activiteit kunnen alle executieve functies tot uiting komen. Het is wel heel belangrijk om steeds vooraf goed uit te leggen waarom je de activiteit wil laten uitvoeren. Anders kan dit wel weerstand opwekken bij cliënten. Doordat de cliënt zelf de activiteit mag kiezen is hij veel meer gemotiveerd om de activiteit tot een goed einde te brengen. Bovendien biedt dit een mogelijkheid om tijdens de therapie op zoek te gaan naar een geschikte vrije tijdsinvulling voor niet-werkenden. Als een cliënt nog niet over voldoende inzicht beschikt is het belangrijk om te observeren en door te brieven naar de mantelzorgers en de omgeving waarin de cliënt terecht komt.

9 Dagelijkse toepassing van de activiteitenfiches in De Mick

Het uiteindelijke resultaat van het activiteitenboek kan dagelijks toegepast worden in de praktijk. Het dient dan vooral als een leidraad, niet als een allesomvattende handleiding.

De voorbeeldtaken die in deze bundeling zijn opgenomen, moeten nog individueel afgestemd worden op het dagelijks leven van de cliënt.

Als dat echt gebeurt, wordt één activiteit nooit tweemaal op dezelfde manier aangebracht.

Daarnaast worden executieve functies en het disexecutief syndroom veelal als een alles of niets fenomeen omschreven. Daarom kunnen executieve stoornissen theoretisch gezien niet behandeld worden als er nog andere cognitieve stoornissen aanwezig zijn.

Maar in de praktijk is de grens niet altijd even duidelijk te leggen. Eerder zijn er reeds cliënten aan bod gekomen die op executief niveau functioneren, maar toch nog belemmerd worden in het dagelijks leven door afasie of aandachtsstoornissen.

Mogen daarom deze activiteiten niet toegepast worden?

Toch wel, zolang er maar rekening mee wordt gehouden bij het aanbrengen, de uitvoering, de observatie en het scoren van de activiteit kan dit. Er zijn immers cliënten die thuis volledig zelfstandig moeten kunnen functioneren, maar toch afasie hebben. Ook zij kunnen in aanraking komen met nieuwe, onbekende situaties.

In praktijk stellen cliënten met voldoende inzicht in overleg met therapeuten enkele doelen voorop, waar tijdens de therapie aan gewerkt zal worden. Dit doel zal op het einde misschien bereikt zijn, maar we kunnen niet verwachten dat al de executieve functies a.d.h.v. de aangeboden activiteiten verbeteren.

Door verschillende activiteiten te laten uitvoeren, krijgen we als therapeut wel een veelzijdig beeld van de cliënt. En omdat de activiteiten zo dicht aansluiten bij het dagelijks leven, zijn we ideaal geplaatst om in te schatten hoeveel en welke hulp de cliënt nodig zal hebben als hij op dat moment naar huis gaat. Dit stelt ons in staat om een goede doorverwijs- of ontslagregeling op te stellen naar de toekomst toe.

10 Samengevat

Het activiteitenboek vormt een handige leidraad in de dagelijkse praktijk, maar is zeker niet allesomvattend.

Centraal blijft de cliënt staan met zijn hulpvraag. Hieraan moeten de activiteiten aangepast worden. Dus niet alle activiteiten zijn voor iedereen even geschikt.

Het belangrijkste bij het aanbieden van activiteiten is onderling overleg met de cliënt. Pas als hij het nut van de activiteit inziet, zal de activiteit effect hebben. De cliënt beschikt dan over voldoende inzet en motivatie om er voor te gaan.

Dit effect is niet altijd 'genezend', maar dient in de eerste plaats inzichtgevend te werken, zowel voor de cliënt als voor de therapeut. Dit is dan weer erg waardevol naar de doorverwijs- of ontslagregeling toe. Het gaat dus vooral om het observeren en het analyseren.

Algemeen besluit

In dit algemeen besluit wil ik terugblikken op de weg die ik afgelegd heb vanuit mijn onderzoeksvraag. “Welke invloed hebben functionele activiteiten op executieve disfuncties bij cliënten in een revalidatiecentrum?”

In eerste instantie ben ik op zoek gegaan naar de betekenis van executieve functies. Al gauw ontdekte ik dat er geen sluitende wetenschappelijke structuur voor handen is. Daarom heb ik gekozen voor de werkbare versie van Elsa Van Schouwen. Eén van de belangrijke voorwaarden om hiermee aan de slag te kunnen gaan is overleg en eensgezindheid binnen het team. Zo spreekt iedereen dezelfde taal. Onder executieve functiestoornissen verstaan wij problemen met inzicht, doelbepaling, zelfinitiatie, zelfinhibitie, planning en organisatie, zelfcontrole & zelfevaluatie en flexibel probleemoplossend vermogen.

Het in kaart brengen van de executieve functies vanuit verschillende assessment technieken staat nog in de kinderschoenen. Daarom heb ik in samenspraak met mijn promotoren besloten om op dit moment te vertrekken vanuit observatie.

Hier op verder bouwend pas ik functionele activiteiten toe op basis van Cognitieve Revalidatie Therapie. Daar zijn ook elementen van de educatie, de procestraining en de strategietraining in verwerkt.

Met papiertaken en scans kan het multidisciplinaire team een globaal beeld schetsen van de cliënt. Deze zeggen echter niet hoe de cliënt functioneert in “zijn dagelijks handelen”, op dit gebied kunnen wij als ergotherapeut een “meerwaarde” bieden binnen een team. Het is natuurlijk de kunst om de functionele activiteiten goed af te stemmen op het concreet en individueel toekomstperspectief van de cliënt. Zo kan er zeer specifiek en contextgericht onderzocht en begeleid worden. Op deze manier zorgt de ergotherapeut voor de link tussen de theoretische deskundigheid en het dagelijks leven van de cliënt.

Tijdens mijn stage heb ik geprobeerd om cliëntvriendelijke educatiefiches en een gebruiksklaar activiteitenboek samen te stellen. Het is de bedoeling dat de cliënt en de therapeut hier samen mee aan de slag kunnen gaan. Het activiteitenboek is apart gebundeld als bijlage om ook andere therapeuten de kans te geven hier gemakkelijk gebruik van te kunnen maken. Het materiaal dat ik voorstel zoals bijvoorbeeld een telefoonboek of een kookboek is voor iedereen gemakkelijk te vinden. Ik denk wel dat ik er in geslaagd ben om een werkboek te ontwikkelen waarmee therapeuten op een relatief eenvoudige manier ongestructureerde taken kunnen aanbrengen en observeren bij de cliënt. Op basis van verdere praktijkervaringen kan het activiteitenboek nog bijgestuurd, uitgebreid en/of verbeterd worden. Bij het werk als ergotherapeut blijft creativiteit en dynamiek een belangrijk gegeven.

Wanneer de ‘top manager’ niet meer sturen wil, kunnen functionele activiteiten ons de kans geven om de executieve functiestoornissen te observeren en te analyseren. Indien de activiteiten niet de gewenste verbetering tot stand brengen, geven ze bijkomende informatie om als team gericht door te kunnen verwijzen.

Persoonlijk is het werken met executieve functies voor mij een aangename en leerrijke ervaring geweest. Het was zeker een bijkomende uitdaging om dit proces neer te schrijven in een eindwerk. Het feit dat er op dit moment veel interesse gaat naar dit onderwerp, creëert automatisch hoge verwachtingen. Dit heb ik op sommige momenten als extra druk ervaren. Daarnaast heb ik mij in mijn zoektocht steeds ondersteund gevoeld door mijn promotoren en het team. Dit was voor mij een goede balans tussen autonomie, teamwerk en coaching. Ik ben blij dat ik zoveel kansen heb gekregen om te leren en wil me hier zeker nog verder in bekwamen.

Ik hoop dat jullie veel leesplezier hebben gehad!

Figurenlijst

Figuur 1: driehoek hiërarchie (Malia & Brannagan, 2005)	15
Figuur 2: mogelijke werkmethodes bij C.R.T. (Op de Beeck, 2008)	34
Figuur 3: drie-componentenmodel (Op de Beeck, 2008).....	50
Figuur 4: hiërarchische organisatie van de hersenen volgens Luria (Kok, 2004, p. 67)	51

Bibliografie

11 Boeken

Arnadottir, G. (1990). *The brain and behavior: Assessing cortical dysfunction through activities of daily living*, St. Louis: C.V. Mosby Company.

Beeckmans, K., Michiels, K. (2005). *Leven met een hoofdprobleem. Neuropsychologische gevolgen van een niet-aangeboren hersenletsel*, Antwerpen,: Garant Uitgevers nv.

Caine, G., Nummela Caine, R. (2006). Meaningful Learning and the Executive Functions of the Brain. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 110, 53-61.

Cummings, J. L., Trimble, M.R. (2002). *Concise Guide to Neuropsychiatry and Behavioral Neurology*, Arlington: American Psychiatric Publications.

Deelman, B., Eling, P., de Haan, E., van Zomeren, E. (2004). *Klinische neuropsychologie*, Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Eilander, H., van Belle-Kusse, P., Vrancken, P. (2006). *Hersenletsel: achtergronden en aanpak. Ze zeggen dat ik zo veranderd ben*, Den Haag: Lannoo.

Grieve, J., Gnanasekaran, L. (2008). Executive Functions. In: Grieve, J., Gnanasekaran, L. (2008). *Neuropsychology for Occupational Therapists Cognition in Occupational Performance*, Oxford: Blackwell Publishing.

Hochstenbach, J. (1998). *Hersenscherven na een beroerte: een werkboek voor patiënten en hun familie*, Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Jolles, J. (1992). Neuropsychologie: de wetenschap van hersenen en gedrag. In: van der Molen, G.M., Schmidt, A.J.M. *Psychologie voor de arts*, Houten / Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Kaplan, G. B., Hammer, R.P. (2002). *Brain Circuitry and Signaling in Psychiatry. Basic science and clinical implications*, Arlington: American Psychiatric Publications.

Kok, A. (2004). *Het hiërarchisch brein: inleiding tot de cognitieve neurowetenschap*, Assen: Uitgeverij Van Gorcum.

Lafosse, C. (1999). *Zakboek neuropsychologische symptomatologie*, Leuven: Acco.

Malia, K., Brannagan, A. (2005). *How to do Cognitive Rehabilitation Therapy. A Guide for All of Us*, Surrey: Brain Tree Training.

Malia, K. B., Bewick, K.C., Raymond, M. J., Bennet, T. L. (2000). *Executive Functions Therapist and Client Workbooks: Cognitive Strategies and Techniques for Brain Injury Rehabilitation.*, United States of America: Pro-ed.

Sohlberg, M. M., Mateer, C.A. (2001). *Cognitive Rehabilitation: An integrative Neuropsychological Approach*, New York: Guilford Press.

Van Cranenburgh, B. (2004). *Neurorevalidatie: uitgangspunten voor therapie en training na hersenbeschadiging*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

van der Linden, M. (2006). *Hersenen en gedrag. Evolutie, biologie & psychologie*, Amsterdam: Uitgeverij Boom.

12 Artikels

- Alvarez, J. A., Emory, E. (2006). Executive Function and the Frontal Lobes: A Meta-Analytic Review. *Neuropsychology Review*, 16(1), 17-42.
- Bamdad, M. J., Ryan, L.M., Warden, D. L. (2003). Functional assessment of executive abilities following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 17(12), 1011-1020.
- Burgess, P. W., Simons, J.S. (2005). Theories of Frontal Lobe Executive Function: Clinical Applications. In: Halligan, P. W., Wade, D.T. (Red.), *Effectiveness of Rehabilitation for Cognitive Deficits*, Oxford, Oxford University Press: 211-232.
- Elliot, R. (2003). Executive functions and their disorders. *British Medical Bulletin*, 65, 49-59.
- Fish, J., Evans, J.J., Nimmo, M., Martin, E., Kersel, D., Bateman, A., Wilson, B. A., Manly, T. (2007). Rehabilitation of executive dysfunction following brain injury: 'Content-free' cueing improves everyday prospective memory performance. *Neuropsychologia*, 45, 1318-1330.
- Friedman, N. P., Miyake, A., Young, S. E., Defries, J. C., Corley, R. P., Hewitt, J. K. (2008). Individual differences in executive functions are almost entirely genetic in origin. *Journal of Experimental Psychology*, 137(2), 201-225.
- Gilbert, S. J., Burgess, P.W. (2008). Executive Function. *Current Biology*, 18(3), R110-R114.
- Godbout, L., Grenier, M.C., Braun, C.M.J., Gagnon, S., (2005). Cognitive structure of executive deficits in patients with frontal lesions performing activities of daily living. *Brain Injury*, 19(5), 337-348.
- Godefroy, O. (2003). Frontal syndrome and disorders of executive functions. *Journal of Neurology*, 250, 1-6.
- Kennedy, M. R. T., Coelho, C., Turkstra, L., Ylvisaker, M., Sohlberg, M. M., Yorkston, K., Chiou, H., Kan, P. (2008). "Intervention for executive functions after traumatic brain injury: A systematic review, meta-analysis and clinical recommendations." *Neuropsychological rehabilitation*, 18(3), 257-299.
- Mateer, C. A., Sohlberg, M.M. (2003). Cognitive Rehabilitation Revisited. *Brain Impairment*, 4(1), 17-24.
- Mateer, C. A. (1999). Executive Function Disorders: Rehabilitation Challenges and Strategies. *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 4(1), 50-9.
- Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M. J., Wager, T. D. (2000). The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex 'Frontal Lobe' Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.
- Nys, G. M. S., Van Zandvoort, M.J.E., Roks, G., Kappelle, L.J., De Kort, P.L.M., De Haan, E.H.F. (2004). The Role of Executive Functioning in Spontaneous Confabulation. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 17, 213-218.
- Royall, D. R., Lauterbach, E.C., Cummings, J.L., Reeve, A., Rummans, T.A., Kaufer, D.I., LaFrance, W.C., Coffey, C.E. (2002). Executive Control Function: A Review of Its Promise and Challenges for clinical Research. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 14, 377-405.

Serino, A., Ciaramelli, E., Di Santantonio, A., Malagu, S., Servadei, F., Ladavas, E. (2007). A pilot study for rehabilitation of central executive deficits after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 21(1), 11-19.

Stuss, D. T., Alexander, M.P. (2000). Executive functions and the frontal lobes: a conceptual view. *Psychological research*, 63, 289-298.

Zelazo, P. D., Carter, A., Reznick, S. J., Frye, D. (1997). "Early Development of Executive Function: A Problem-Solving Framework." *Review of General Psychology*, 1(2): 198-226.

13 Richtlijnen

Commissie CVA Revalidatie (2001). *Revalidatie na een beroerte, richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners*, Den Haag: Nederlandse hartstichting.

Cup, E. H. J., Steultjens, E.M.J. (2005). *Ergotherapie richtlijn Beroerte*, Utrecht: N.V.E.

Malia, K., Law, P., Sidebottom, L., Bewick, K., Danziger, S., Schold-Davis, E., Martin-Scull, R., Murphy, K., Vaidya, A. (2004). *Recommendations for best practice in cognitive rehabilitation therapy: acquired brain injury*, The Society for Cognitive Rehabilitation.

Rasquin (2007). *Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel*, Nijmegen: ZonMw.

Spikman, J., Smeding, H., Kovacs, F., Fasotti, L. (2003). Richtlijn voor neuropsychologisch onderzoek (NPO) stoornissen in executieve (uitvoerende) functies, Richtlijnen revalidatie: Commissie Testgebruik en Diagnostiek, NIP sectie Neuropsychologie.

14 Wetgeving

Artikel 23, § 1, eerste lid, van het koninklijk besluit nr.78 van 10 november 1967. (1996, 4 september). *Belgische Staatsblad*.

15 Bijscholingen

Anthonis, C. (2008). Mantelzorg na NAH. *Sterk In Grenzen verleggen (SIG)*, Sint-Antonius-Zoersel.

Op de Beeck, B. (2008). Ergotherapeutische diagnostiek en behandeling van cognitieve stoornissen. *Werkgroep-vorming Ergotherapie, Logopedie, Kinesitherapie*, Brasschaat.

Thiery, E., van Geel, S., Desoete, A., Op de Beeck, B., Van Acker, M. (2009). Executief functioneren ontwikkelt. *Vlaams Ergotherapeutenverbond VZW*, Flanders-Expo Gent.

van Schouwen, E. (2007). Introductie in de cognitieve revalidatie. *Hersenwerk*, Enkhuizen.

16 Eindwerken

Joosen, E. (2007). *Screening van neuropsychologische functiestoornissen met behulp van een spel kaarten*, Geel: Katholieke Hogeschool Kempen.

Vanzeir, A. (2006). *Cognitieve Revalidatie*, Geel: Katholieke Hogeschool Kempen.

BIJLAGE 1

EDUCATIE HERSENEN

EDUCATIE HERSENEN

DOEL

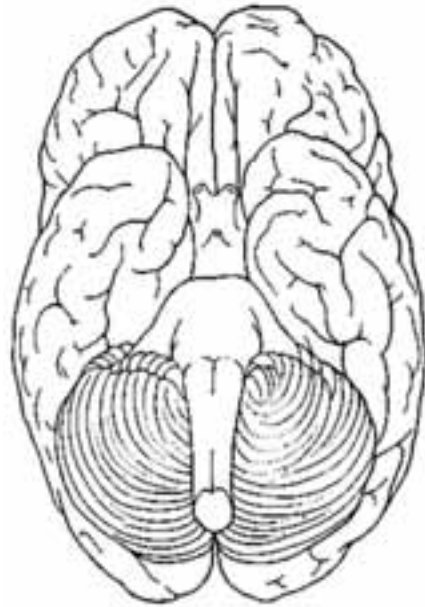
Iedereen kennis laten maken met de basis anatomie van de hersenen.



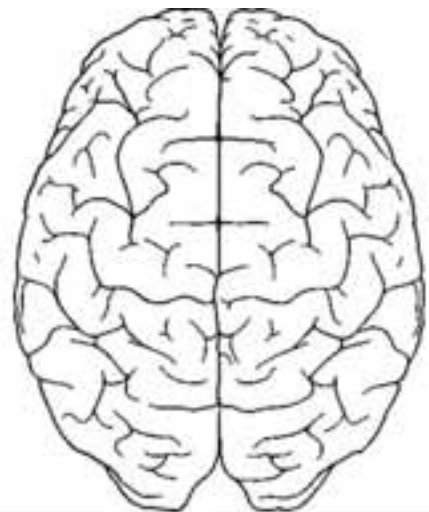
ZIJAANZICHT



ONDERAANZICHT



BOVENAANZICHT



DE HERSELEN



Het brein is een soort regelcentrum, een grote computer waardoor al onze activiteiten op elkaar worden afgestemd. Dit proces gebeurt grotendeels onbewust.

Om de hersenen te beschermen beschikken we over verschillende bescherm lagen. Enerzijds is er de schedel, anderzijds zijn er de drie hersenvliezen: het harde hersenvlies (Dura Mater), het zachte hersenvlies (Pia Mater) en het spinnewebvlies (Arachnoidia).



SCHEDER
DURA MATER
ARACHNOÏDEA
PIA MATER

De structuur van het brein lijkt op koude boter. Hierdoor kan er al schade ontstaan als de hersenen stevig door elkaar worden geschud.

Snelle bewegingen kunnen grote gevolgen hebben voor ons brein. Zo kunnen de hersenen tegen de binnenzijde van de schedel botsen of er kunnen scheurtjes en letsels in het hersenweefsel zelf ontstaan. Dit komt omdat de hersenen niet vasthangen aan de schedel, maar eerder in een vloeistof drijven.

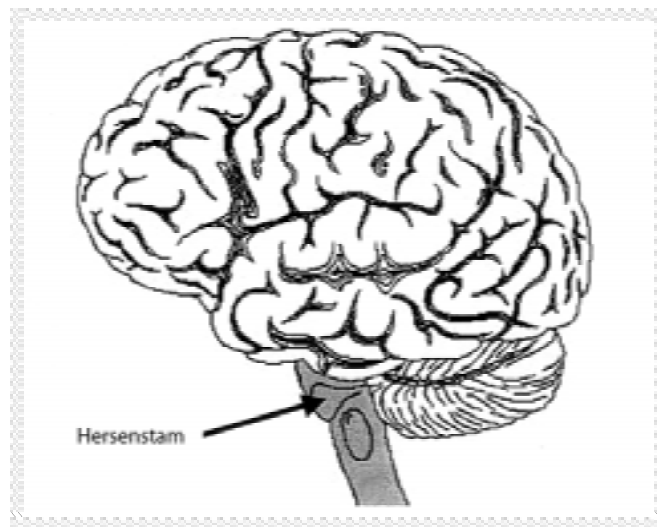


De hersenen bestaan uit 4 grote delen.

- 1. De hersenstam**
- 2. De kleine hersenen**
- 3. De cortex van de grote hersenen**
- 4. De subcorticale structuren van de grote hersenen**

DE HERSENSTAM

Aan de basis van de schedel is een kleine, ovale opening waar de hersenstam door loopt. Dit lager gelegen gedeelte van de hersenen vormt de verbinding tussen het ruggenmerg en de hersenen. Via deze weg communiceren de hersenen met de rest van het lichaam en omgekeerd.



BLOEDDRUK



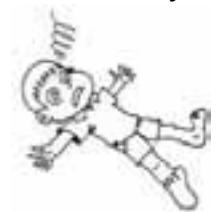
HARTSLAG



ADEMHALING



BEWUSTZIJN



De hersenstam controleert de basis overlevingsmechanismen.

AUTOMATISCHE REFLEXEN



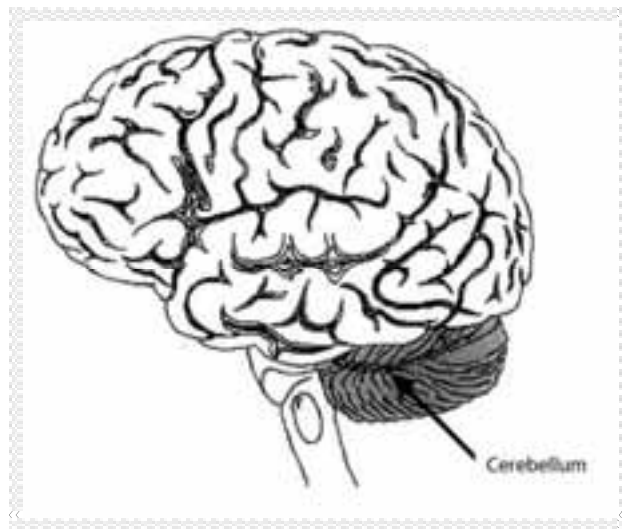
LICHAAMS TEMPERATUUR



DE KLEINE HERSENEEN



De kleine hersenen worden ook wel eens het cerebellum genoemd. Het bevindt zich tussen de grote hersenen en de hersenstam en bestaat uit twee helften, die ongeveer de grootte van een perzik hebben. De linker helft van het cerebellum stuurt de linker lichaamshelft aan en omgekeerd.



Het cerebellum staat in verbinding met de grote hersenen, het ruggenmerg en de hersenstam, en ontvangt ondermeer informatie uit zintuigorganen en uit diverse spieren.

Wij kennen de volgende functies toe aan de kleine hersenen:



BEWEGINGSCONTROLE en BEWEGINGSPLANNING om vloeiende, precieze bewegingen uit te kunnen voeren.

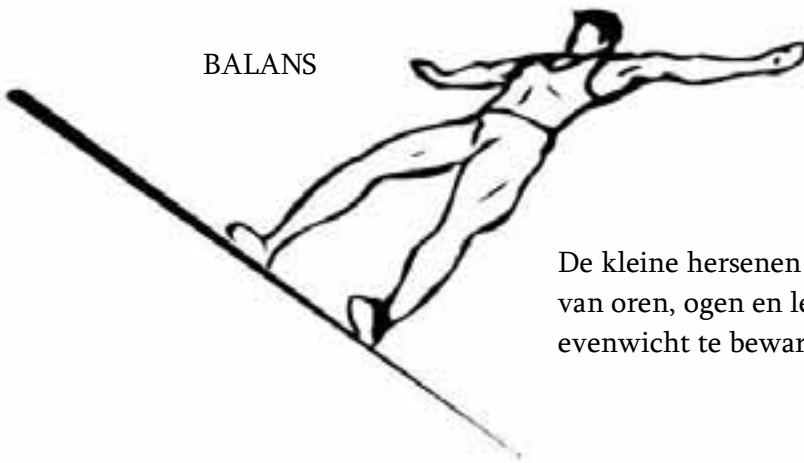


INVLOED OP EMOTIONELE EN MENTALE PROCESSEN

Er is steeds meer bewijs dat de kleine hersenen een rol spelen in taal, informatieverwerking en het geheugen.



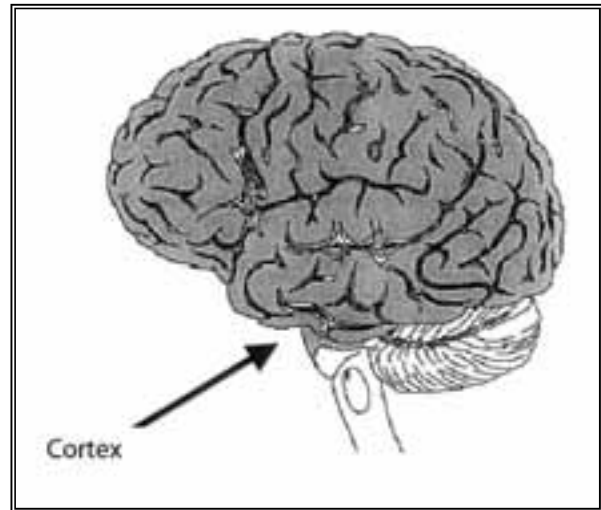
BALANS



De kleine hersenen coördineren ook informatie van oren, ogen en ledematen met als doel het evenwicht te bewaren.

DE CEREBRALE CORTEX

Het grootste deel van de hersenen wordt gevormd door de cerebrale cortex. Dit is het buitenste deel van de hersenhelften en bestaat uit een dun laagje hersenschors, 2-6 mm dik.



De cortex is de plaats waar al het bewuste denken plaatsvindt.

Wij gaan de hersenschors verder op 2 verschillende manieren ontleden. Enerzijds kan de hersenschors opgedeeld worden in de linker en de rechter hersenhelft, anderzijds bestaat de cortex uit 4 kwabben.

Links-Rechts Onderverdeling

De cortex kan gezien worden als een grote verschrompelde walnoot, die uit 2 delen bestaat. De linker hersenhelft en de rechter hersenhelft. De rechterhemisfeer controleert de linker lichaamshelft en omgekeerd.



Verschillende centra van onze hersenen verzorgen specifieke functies.

1. FUNCTIES LINKS EN RECHTS AANWEZIG

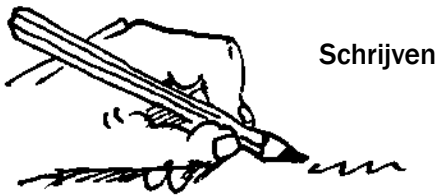
De meeste centra zijn zowel links als rechts aanwezig. Dit geldt onder andere voor spierbewegingen, gevoel voor aanraking, temperatuur, pijn, gehoor en zien.

2. FUNCTIES IN ÉÉN HERSENHELFT AANWEZIG

Daarnaast zijn er centra die voornamelijk in één hersenhelft voorkomen.

LINKS – TAAL EN HANDELEN!

RECHTS – RUIMTELIJK EN AANDACHT!



Schrijven



Rekenen



Lezen

Tekenen



Kunst

MUZIEK



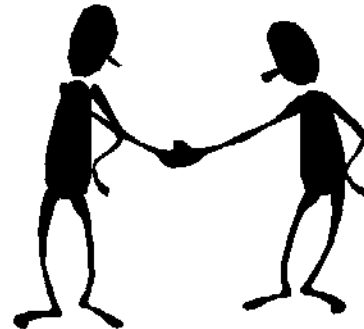
De linker hersenhelft werkt analytisch, de rechter hersenhelft integreert het geheel.

3. FUNCTIES VERDEELD OVER HEEL HET BREIN

Bepaalde functies, met name de hogere hersenfuncties zoals het geheugen en aandacht, zijn meer verdeeld over de hersenen.

BEIDE HERSENHELFTEN ZIJN NODIG EN ER IS EEN INTENSIEVE
SAMENWERKING TUSSEN BEIDE!

Die samenwerking komt tot stand door een dikke weefselband. Het corpus callosum, ook wel de balk genoemd, verbindt beide hemisferen en laat de uitwisseling van informatie tussen die hemisferen toe.

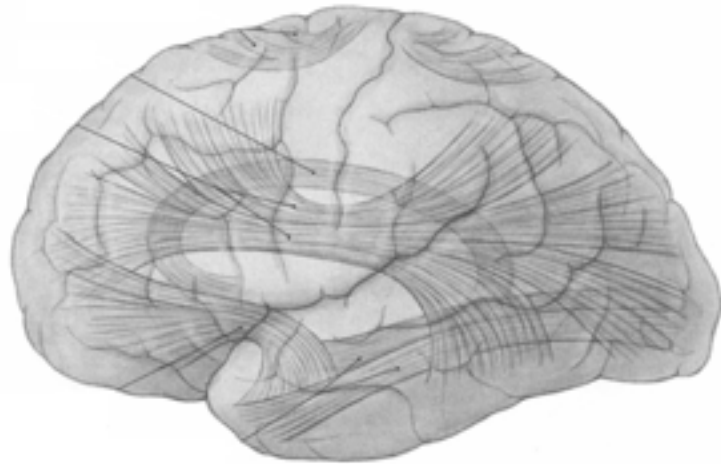


Onderverdeling in 4 kwabben

De cortex bestaat uit 4 kwabben :

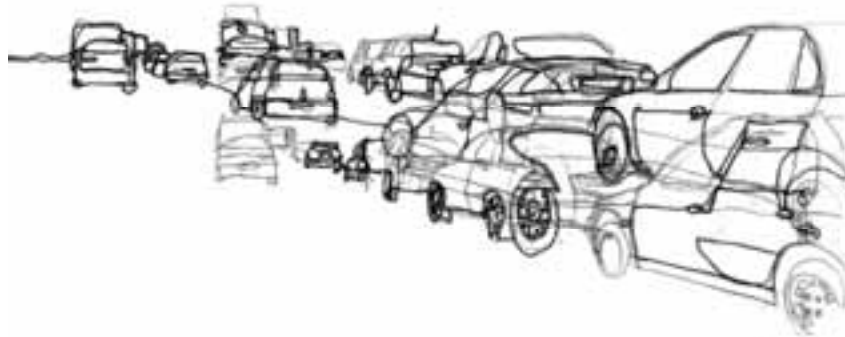
1. de frontale kwab
2. de temporale kwab
3. de pariëtale kwab
4. de occipitale kwab

Communicatiebanen tussen de verschillende hersenkwabben



Wat belangrijk is om te onthouden, is dat alle kwabben van de hersenen met elkaar in verbinding staan en dus met elkaar communiceren.

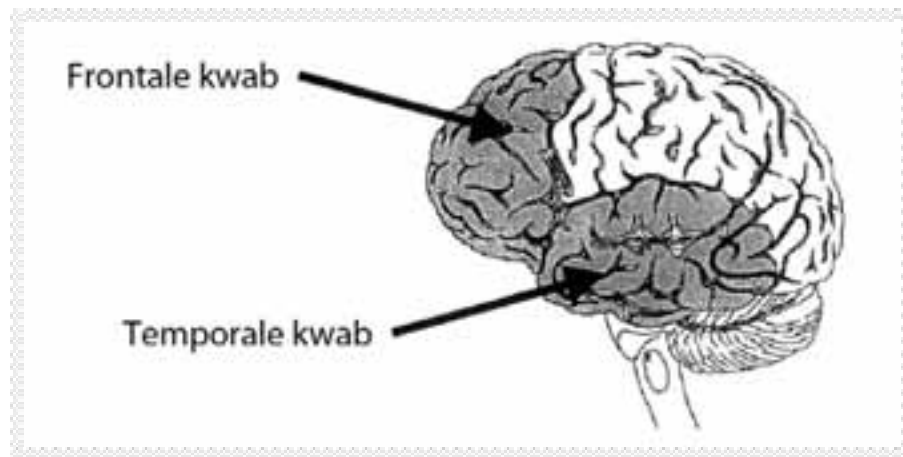
Dit gebeurt via verschillende "snelwegen" in de hersenen, waarlangs informatie vervoerd wordt. Schade aan 1 bepaald gebied kan door die talrijke verbindingen dus ook een weerslag hebben op vaardigheden die gecontroleerd worden in andere hersengebieden die niet perse beschadigd zijn.



**ER KUNNEN DUS VAARDIGHEDEN GESTOORD ZIJN
DIE NIET IN HET GEBIED VAN HET
HERSENLETSEL GELOKALISEERD ZIJN.**

DE FRONTALE KWAB

De grootste hersenkwab is de frontale kwab. Deze kwab wordt ook wel de voorhoofdskwab genoemd omdat ze achter ons voorhoofd zit.



De frontaalkwab is essentieel voor coördinatie en controle van emoties, persoonlijkheid, gedrag en executieve functies



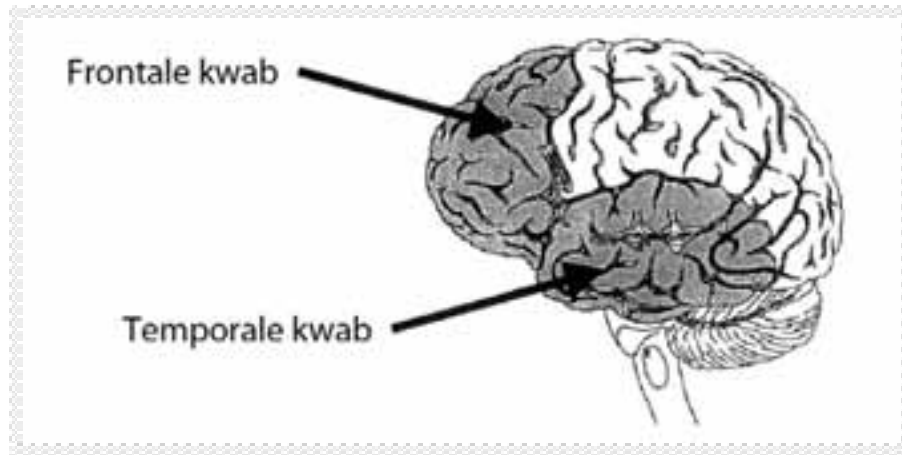
Hierbij hoort ook ons beoordelingsvermogen, het beredeneren, onze motivatie en het controleren van gedrag. Bovendien zit in het achterste gedeelte het centrum voor het uitvoeren van vrijwillige spierbewegingen.





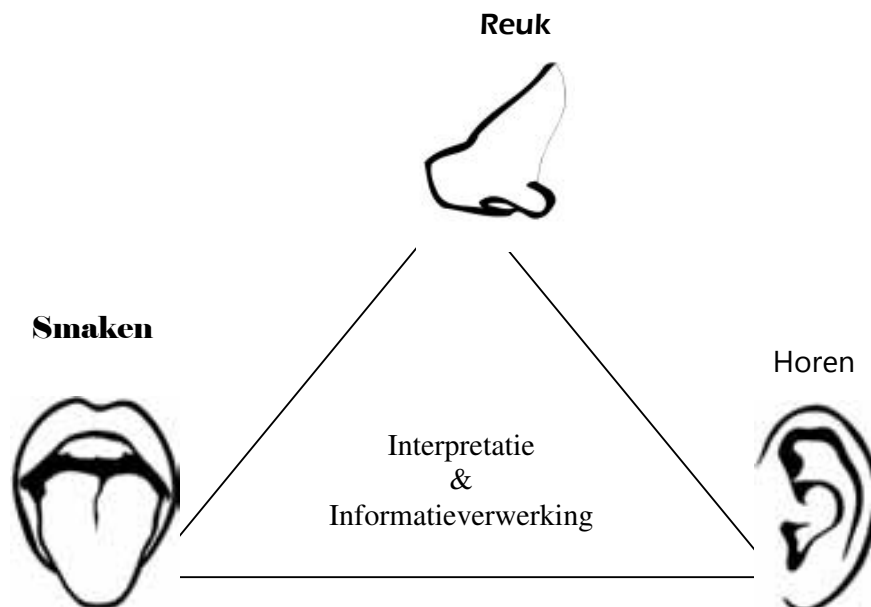
Eigenlijk kunnen we de frontale kwab zien als de dirigent van de hersenen. Als een dirigent met zijn stokje de juiste muzikanten van een orkest aanwijst, zal er muziek klinken. Maar als de dirigent zijn werk niet goed doet, loopt alles mis!

DE TEMPORALE KWAB

Deze kwab wordt ook wel de temporaalkwab genoemd. Hij bevindt zich achter de oren, achter en onder de frontale kwab.

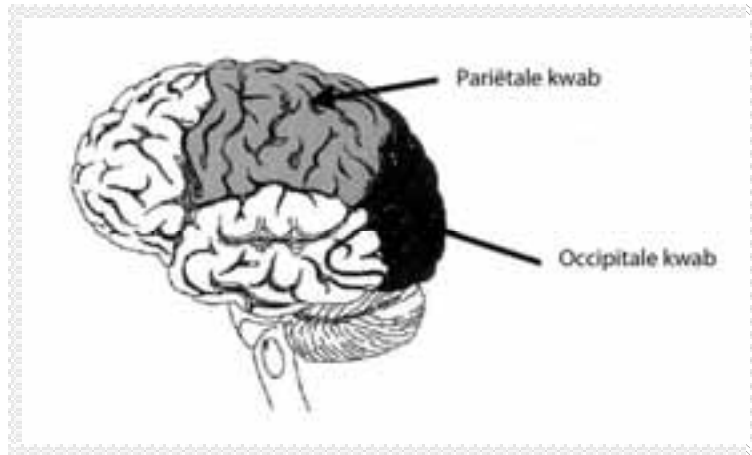


 **In de temporale kwab zit ons geheugen en taal** 

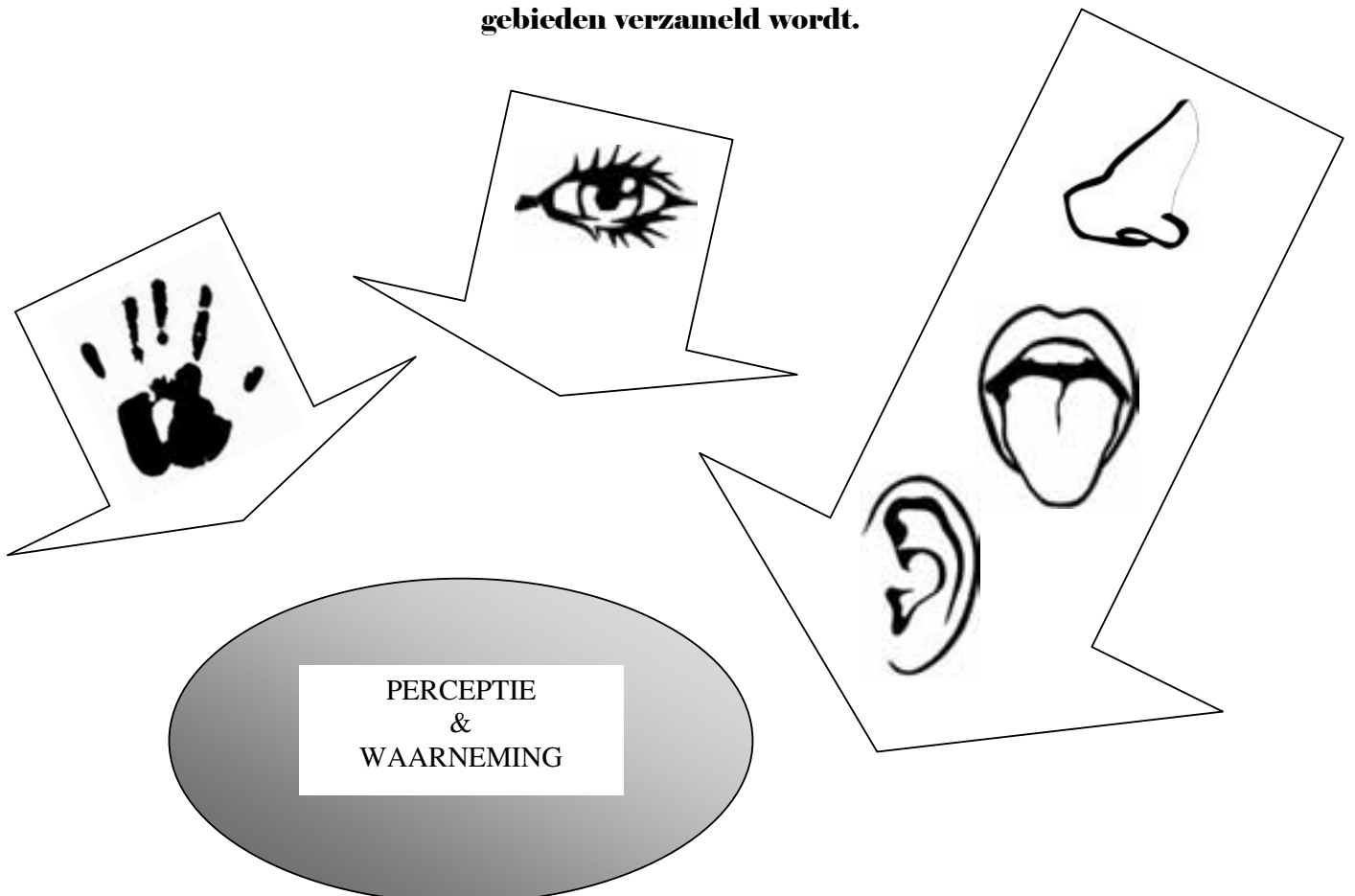


DE PARIETALE KWAB

Deze kwab wordt ook wel de wandbeenkwab genoemd. Hij bevindt zich achteraan in de schedel, boven de oren.



Dit is een groot gebied waar alle informatie uit de verschillende zintuiglijke gebieden verzameld wordt.



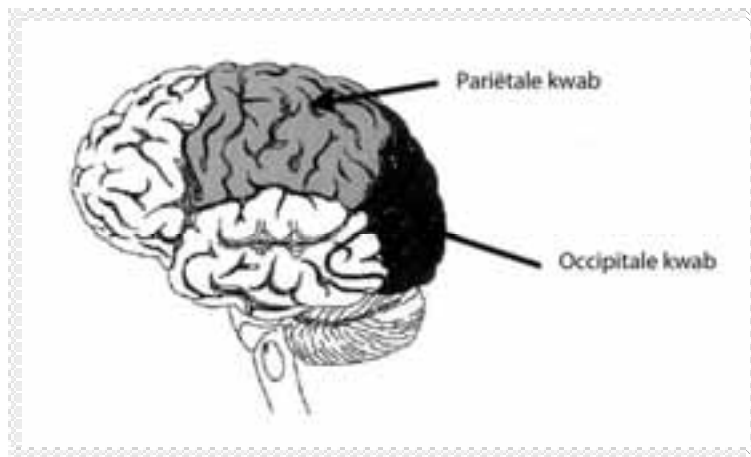
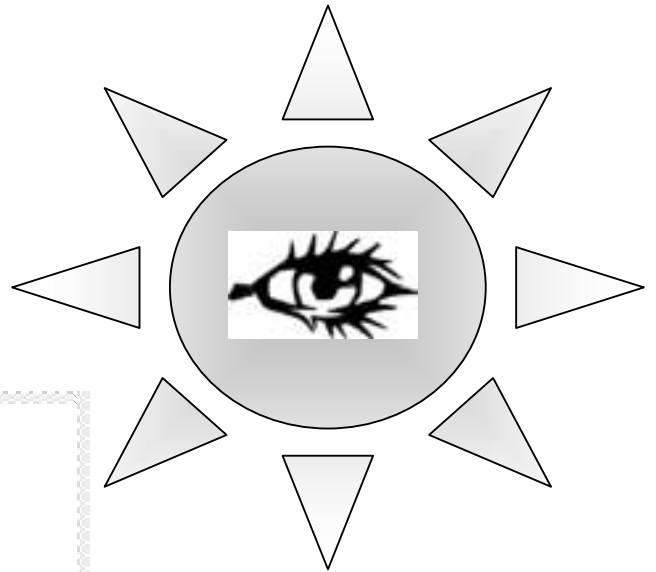
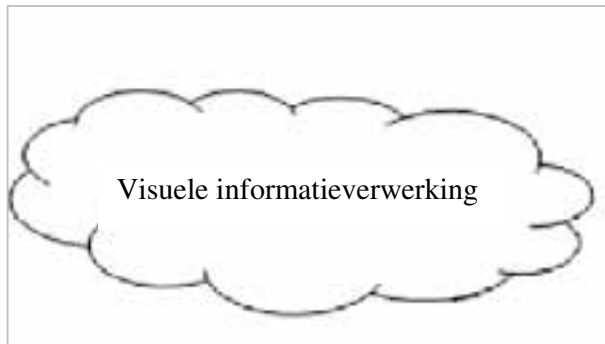


Samengevat lijkt de pariëtale kwab op een groot station waar alle sensorische of zintuiglijke informatie door moet "reizen" zodat het begrepen en kan worden door de rest van het lichaam

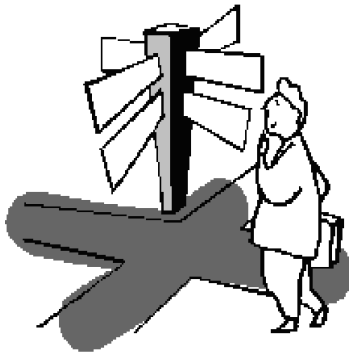


DE OCCIPITALE KWAB

Deze kwab wordt ook wel de achterhoofdkwab genoemd. Het is de kleinste hersenkwab, die achteraan in de hersenen ligt.



DE SUBCORTICALE STRUCTUREN



Onder de cortex bevindt zich een complexe reeks van structuren en wegen, die een verbinding hebben met elk van de kwabben. Hierlangs reist alle binnenkomende informatie naar de hersenen.

Dat zijn de subcortical structuren.

DE BELANGRIJKSTE SUBCORTICALE STRUCTUUR IS HET LIMBISCH SYSTEEM.



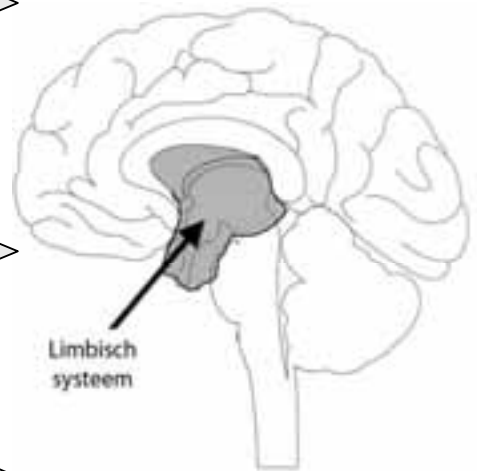
controle van de stofwisselingssystemen



emotionele en gedragsmatige expressie



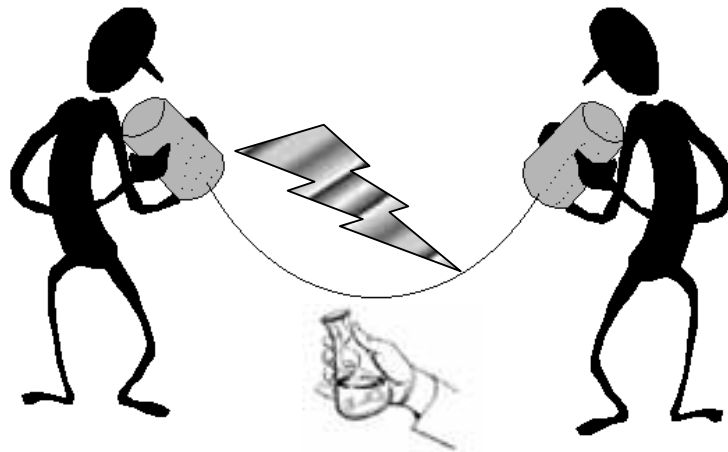
belangrijke rol in het geheugenproces



Vanuit het limbisch systeem wordt constant
Informatie naar boven gestuurd.
Daarom voelen we ons gedreven door onze emoties!

DE WERKING VAN DE HERSELEN

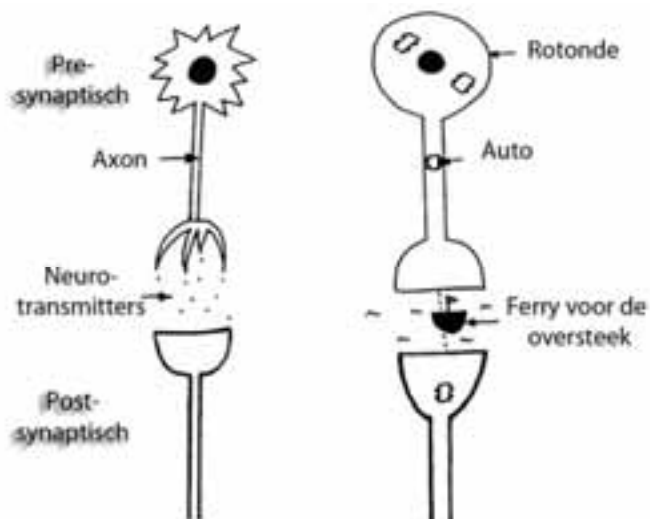
Communicatie tussen de verschillende gebieden van de hersenen gebeurt door middel van elektrische of chemische signalen.



INFORMATIETRANSPORT

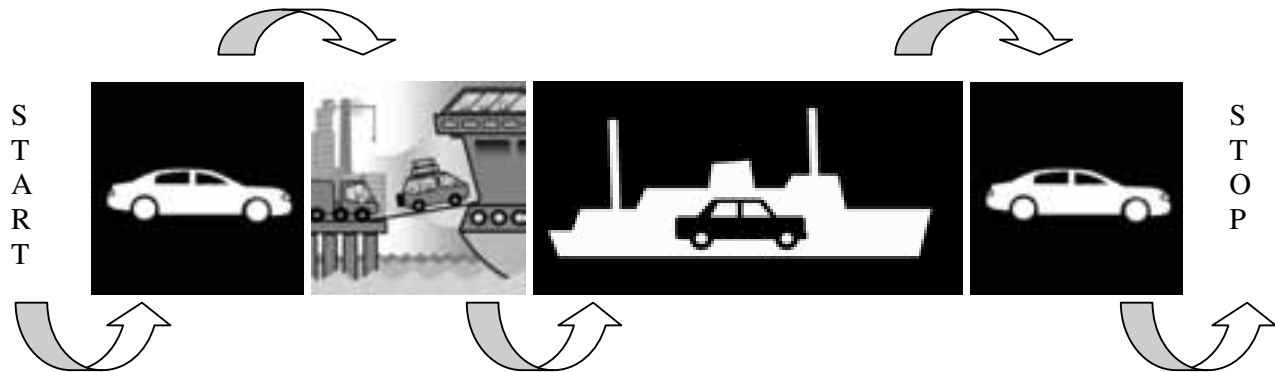
1. Als er een elektrisch signaal vertrekt in een hersencel, loopt het signaal langs de axon. Zo bereikt het de kleine uiteinden van de cel.

2. Hier aangekomen bereikt het elektrische signaal een opening tussen twee cellen. Deze opening wordt synaps genoemd. Het elektrische signaal kan nu niet meer verder, maar door de inwerking van het elektrische signaal komt er wel een chemische stof, namelijk de neurotransmitter vrij.



3. Deze neurotransmitter kan de synaps wel oversteken en hecht zich vast op specifieke plaatsen op de dendrieten of takken van naburige cellen. Als er voldoende van die chemische stof op een specifieke plaats is aangekomen, wordt het signaal terug in een elektrisch signaal veranderd en kan het via de axon naar de cel "reizen".

De axon kan gezien worden als een weg langswaar een auto rijdt. Het einde van de cel ligt dan aan de zee. De auto kan dan niet meer verder rijden. Maar als hij aan boord gaat van een ferry kan hij de oversteek maken. Eens de zee overgestoken kan de auto terug verder rijden.



Het is op dit microscopisch niveau dat hersenletsels optreden.

Alle functionele problemen die het gevolg zijn van een hersenletsel kunnen teruggebracht worden naar ofwel een probleem op gebied van het elektrisch signaal ofwel een probleem in de neurotransmitter.

HET IS BELANGRIJK TE ONTHOUDEN DAT HET ORIGINELE LETSEL DIKWILS NIET HET ENIGE LETSEL IS.

In de uren na het hersenletsel laten de hersenen een heleboel neurotransmitters vrij die kunnen lijden tot stoornissen in de informatieverwerking van de hersenen. Bovendien kan er nog verdere sterfte van hersencellen optreden.



Referenties

Boeken

Malia, K. and A. Brannagan (2005). How to do Cognitive Rehabilitation Therapy. A Guide for All of Us. Surrey, Brain Tree Training.

Israël, L. Uw geheugen beheren. Trainingsoefeningen. Paris, ECPA.

Hochstenbach, J. (1998). Hersenscherven na een beroerte. Een werkboek voor patiënten en hun familie. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg.

Tekeningen

Malia, K. and A. Brannagan (2005). How to do Cognitive Rehabilitation Therapy. A Guide for All of Us. Surrey, Brain Tree Training.

BIJLAGE 2

ACTIVITEITENBOEK

» Inhoudstafel

Executieve functies overzicht	3
Informatie opzoeken	4
Taak organisatie	19
Tijdschema	22
Weekplanning	28
Situatieschets ontleden	34
Maaltijd samenstellen	40
Winkelen	45
Vervoer	50
Post	54
Plattegrond	58
Vakantie Plannen	60
Afdeling	62
Vrije activiteit	64
Evaluatieformulier	66
Observatielijst	67

EXECUTIEVE FUNCTIES

Executieve functie	Definitie executieve functie	Voorbeeld van communiceren	Voorbeeld van winkelen
1. Inzicht	"Beschikken over een realistisch idee van persoonlijke sterktes en zwaktes."	De cliënt beweert dat hij goed voor een groep kan spreken, terwijl het is al moeilijk om hem te verstaan in een individueel gesprek.	De cliënt zegt dat hij nooit iets van zijn boodschappenlijst vergeet alhoewel dit regelmatig het geval is.
2. Doelbepaling	"het vermogen om reële doelen te stellen, die passend zijn bij iemands grenzen en mogelijkheden."	De cliënt wil een gsm gebruiken, maar kan deze niet hanteren gezien zijn beperkingen.	De cliënt gaat een sieraad kopen ter waarde van duizenden euro's, zonder dat hij over dit bedrag beschikt.
3. Zelfinitiatie	"Het vermogen om te starten en de verschillende stappen van een vooropgesteld plan tot een goed einde te brengen zonder aangezet te moeten worden."	De cliënt begint geen gesprek uit zichzelf en spreekt met een monotone stem zonder veel expressie te uiten. De cliënt verliest zijn interesse en blijft niet bij het onderwerp van gesprek.	De cliënt gaat niet op eigen initiatief winkelen, zelfs wanneer de koelkast leeg is of hij brengt niet al de benodigdheden van op de boodschappenlijst mee.
4. Zelfinhibitie	"Het vermogen om te inhiberen, om ongepast gedrag of ongepaste gedachten te stoppen."	De cliënt maakt ongepaste opmerkingen en onderbreekt de andere regelmatig tijdens het voeren van een gesprek.	De cliënt begint impulsief en ondoordacht te winkelen. Hij koopt overbodige producten die aantrekkelijk lijken in de winkel
5. Planning & organisatie	"Het vermogen om de verschillende stappen te bedenken die nodig zijn om een taak uit te voeren, prioriteiten te stellen en deze in de goede volgorde te plaatsen om ze op een praktische manier tot uitvoer te brengen."	De cliënt springt van de hak op de tak als hij aan het woord is. Hij komt niet tot de essentie van de boodschap, maar draait rond de pot.	De cliënt maakt geen boodschappenlijstje voor hij gaat winkelen. Hij gebruikt niet de hoofdaanwijzingen in de winkels om alle benodigdheden te verzamelen, waardoor hij veel moet rondlopen en lang moet zoeken.
6. Zelfcontrole & zelfevaluatie	"Het vermogen om de doeltreffendheid en geschiktheid van het eigen handelen te beoordelen."	Als de cliënt een brief geschreven heeft leest hij deze niet na op fouten en evalueert hij niet of de brief daadwerkelijk alles bevat wat hij wou vertellen.	Vooraleer naar de kassa te gaan, overloopt de cliënt zijn boodschappenlijstje niet meer.
7. Flexibel probleemoplossend vermogen	"Het vermogen om een probleem te herkennen en te anticiperen op problemen die in de nabije toekomst kunnen optreden. Het vermogen om alternatieve oplossingen te bedenken en de activiteit als een geheel te benaderen in probleemsituaties."	De cliënt heeft moeite om open vragen te antwoorden. Bij een discussie blijft hij bij zijn standpunt ook al zijn de argumenten van de andere overtuigend genoeg	Wanneer het benodigde product niet meer in de rekken ligt, weet de cliënt niet hoe hij dit kan oplossen.

» Doel

Het efficiënt opzoeken van gegevens in een telefoonboek, een t.v.-gids en/of een kookboek.

» Instructies

Op de activiteitenfiche van de cliënt staan enkele opdrachten waarbij de informatiebron wisselt. Kies een opdracht uit die bij de cliënt past en leg deze voor!

Bij deze activiteit kan je de vaardigheid ontwikkelen om efficiënt gegevens op te zoeken in een telefoonboek / een t.v.-gids / een kookboek. Thuis kan je op dezelfde manier gebruik maken van deze informatiebronnen om iets op te zoeken. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan het telefoonnummer van een verre vriend, iets interessant op t.v. opzoeken of bedenken wat je wil koken

Denk er aan jezelf een score te geven over hoe goed je denkt de oefening te zullen kunnen, en hoe goed je denkt de oefening uiteindelijk te hebben uitgevoerd als je klaar bent.

» Benodigheden

- activiteitenfiche cliënt informatie opzoeken
- evaluatieformulier informatie opzoeken
- pen, potlood
- werkblad
- De Witte Gids van Antwerpen-Noord 2008-2009 OF
- TeVeBLAD van 24 juli 2007 OF
- Ons Kookboek

» Variaties

- De vragen kunnen volgens eenzelfde structuur of een verschillende structuur opgesteld worden.
- Indien de cliënt gewend is om internet te gebruiken kunnen de vragen ook via deze weg opgezocht worden.
- Informatie kan ook opgezocht worden in een woordenboek.

» **Opdracht 1: t.v.-gids**

Beantwoord de 15 willekeurige vragen gebaseerd op TeVeBLAD van 24 juli 2007.

» **Opdracht 2: telefoonboek**

Beantwoord de 15 willekeurige vragen opgesteld aan de hand van De Witte Gids van Antwerpen-Noord 2008-2009.

» **Opdracht 3: kookboek**

Beantwoord de 10 willekeurige vragen opgesteld aan de hand van Ons Kookboek.

» **Vorbereiding**

Zodra je weet wat je moet doen, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal uitvoeren. Duid dit aan op het evaluatieformulier.

» **Tip**

Denk eerst na over je werkwijze vooraleer je begint te handelen.

» **Evaluatie**

Nadat je de oefening hebt afgewerkt, moet je invullen hoe goed je denkt de activiteit te hebben uitgevoerd. Duid deze score aan op het evaluatieformulier.

Nadien zal de therapeut feedback geven over de uitvoering van de activiteit onderaan het evaluatieformulier.

» T.V.-GIDS GEBRUIKEN

Vraag 1

p. 36: Half & Half

Vraag 2

p. 94: Flodder

Vraag 3

p. 81: 19u.10

Vraag 4

p. 40: 20u.25

Vraag 5

p. 108: één uur en drie kwartier of 105 minuten.

Vraag 6

p. 55: een half uur of 30 minuten.

Vraag 7

p. 27: 03u.25

Vraag 8

p. 65: 23u.55

Vraag 9

p. 32: "Defending our Kids: The Julie Posey Story", "The Third Wheel", "Lady Audley's Secret", "From Russia with Love", "I cento passi" en "Witness for the Prosecution"

Vraag 10

p. 68: Vitaya

Vraag 11

p. 93: één

Vraag 12

p. 52: Home and Away, The O.C., Cold Case

Vraag 13

p. 95: Het gaat over de ongewervelde dieren op het vasteland

Vraag 14

p. 19: In totaal zijn dit acht verschillende zenders (BBC 2, ARD, EEN, JIM, NED 3, CAN, NED 1, ZDF)

Vraag 15

p. 66: De hondenfluisteraar

T.V. GIDS GEBRUIKEN

1. Welk t.v.-programma komt er op zondag 29 juli op VTM om 13u.40?

2. Welk t.v.-programma komt er op donderdag 2 augustus op VT4 om 17u.35?

3. Om hoe laat begint het tv-programma 'DEGRASSI': the next generation op canvas op woensdag 1 augustus?

4. Om hoe laat begint de film 'LADY AUDLEY'S SECRET' op VITAYA op 29 juli?

5. Hoe lang duurt de film 'LOSER' op VT4 op vrijdag 3 augustus?

6. Hoe lang duurt de serie 'WONDEREN BESTAAN' op NED 1 op maandag 30 juli?

7. Om hoe laat eindigt het t.v.-programma 'GRIM' op NED2 op zaterdag 28 juli?

8. Om hoe laat eindigt 'MISSING' op dinsdag 31 juli op één?

9. Welke films (enkel de titels) worden aangeraden bij de filmwijzer voor zondag 29 juli?

10. Op welke zender kan je op dinsdag 31 juli om 19.55 All Saints volgen?

11. Op welke zender kan je donderdag 2 augustus de documentaire 'KOPPEN' bekijken om 21u.20?

12. Welke SERIES toont KANAAL TWEE op 30 juli?

13. Waarover gaat de documentaire 'RARE STREKEN' om 20u.50 op Canvas op 2 augustus?

14. Hoeveel verschillende ZENDERS tonen op zaterdag 28 juli SPORT?

15. Welk programma voor hondenliefhebbers zendt VT4 op dinsdag 31 juli uit?

» TELEFOONBOEK GEBRUIKEN 1

Vraag 1

p. 517: Tel: 03/260.38.00

Vraag 2

p. 25: 5000

Vraag 3

p. 22: 2980 of

Vraag 4

p. 213: 2

Vraag 5

p. 410: 3

Vraag 6

p. 18: 089

Vraag 7

p. 18: 060

Vraag 8

p. 341: 03/664.29.02

Vraag 9

p. 492: 03/568.83.16

Vraag 10

p. 10: 1

Vraag 11

p. 10: 32

Vraag 12

p. 61: Ten Eekhovelei 1, Deurne

Vraag 13

p. 432: Heuvel 20, 2920 Kalmthout

Vraag 14

p. 253

Vraag 15

p. 113

TELEFOONBOEK GEBRUIKEN 1

1. Wat is het telefoonnummer van de PERMEKE bibliotheek in ANTWERPEN?

2. Wat is de POSTCODE van NAMEN?

3. Wat is de POSTCODE van HALLE?

4. Hoeveel mensen in ANTWERPEN noemen PING N.?

5. Hoeveel mensen in HOOGSTRATEN noemen MACHIELSEN?

6. Wat is de ZONENUMMER van GENK?

7. Wat is de ZONENUMMER van CHIMAY?

8. Wat is het TELEFOONNUMMER van CELS J. in BRASSCHAAT?

9. Wat is het TELEFOONNUMMER van LAMOT G. in STABROEK?

10. Welk LANDNUMMER moet je gebruiken om vanuit BELGIE naar VERENIGDE STATEN te bellen?

11. Welk LANDNUMMER moet je gebruiken om vanuit ITALIE naar BELGIE te bellen?

12. Wat is het adres van DAGBLADHANDEL DEN BOEKENHOEK in DEURNE?

13. Wat is het adres van VOETEN L – PEDICURE in KALMTHOUT?

14. Op welke PAGINA staan de gegevens van TANDY

15. Op welke PAGINA staan de gegevens van 'T FORNUIS

» TELEFOONBOEK GEBRUIKEN 2

Vraag 1

p. 517: Kiel, Linkeroever, Luchtbal, Paleis, Permeke

Vraag 2

p. 517: Tel: 03/828.13.50

Vraag 3

p. 26: 7972

Vraag 4

p. 1: Een slang die in haar eigen staart bijt

Vraag 5

p. 12: 87,45 eurocent of 0,8745 euro

Vraag 6

U hebt verschillende mogelijkheden:

- ofwel gaat u naar een Belgacom-verkooppunt
- ofwel neemt u contact op met de telefonische klantendienst
- ofwel doet u een aanvraag via de Belgacom-website:

Vraag 7

p. 300: 3 mensen

Vraag 8

p. 18: 056

Vraag 9

p. 16: Het Belgisch instituut voor postdiensten en telecommunicatie

Vraag 10

p. 10: 221

Vraag 11

p. 429: www.stevensmeubelen.be

Vraag 12

p. 232: Turnhousebaan 92-94, 2100 Deurne

Vraag 13

p. 396: woensdag, donderdag, vrijdag, zaterdag en zondag

Vraag 14

p. 86: wijnen en sterke drank

Vraag 15

p. 491

TELEFOONBOEK GEBRUIKEN 2

1. Welke STADSKANTOREN vinden we terug in ANTWERPEN?

2. Wat is het TELEFOONNUMER van het MIDDELHEIMMUSEUM?

3. Wat is de POSTCODE van QUEVAUCAMPS?

4. Welk dier staat SYMBOOL voor het ANTIGIFCENTRUM?

5. Welk BEDRAG moet je betalen bij belgacom als je 5 minuten naar een mobistar gsm belt met de vaste lijn om acht uur 's avonds?

6. Hoe kan je een AANSLUITING bij Belgacom verkrijgen?

7. Hoeveel mensen in ANTWERPEN noemen M. VAN ORSHOVEN?

8. Wat is de ZONENUMMER van KORTRIJK?

9. Waarvoor staat de afkorting B.I.P.T.?

10. Welk LANDNUMMER moet je gebruiken om vanuit BELGIE naar SENEGAL te bellen?

11. Wat is de website van STEVENS KEUKENS in KALMTHOUT?

12. Wat is het adres van SCHAEPS BVBA in DEURNE?

13. Wanneer is restaurant ESSENHOF in ESSEN open?

14. Wat verkoopt DESPERT & CO NV in ANTWERPEN?

15. Op welke pagina staan de gegevens van IVEKA- EANDIS ENERGIE?

» KOOKBOEK GEBRUIKEN 1

Vraag 1

p. 90: Het verwijderen van de draderige delen van groenten.

Vraag 2

p. 93: zie puntzeef

p. 99: Een puntzeef is een puntvormige zeef, voorzien van een steel.

Vraag 3

p. 105: 1/8 l

Vraag 4

p. 106: 15 gram

Vraag 5

p. 574: 4 manieren

Vraag 6

p. 438: Vlees

Vraag 7

p. 948: (1 kg) pruimen en (800g) suiker

Vraag 8

p. 507: bonen schoonmaken

- top de peulen door beide uiteinden af te breken.
- het eventuele draadje komt dan gemakkelijk mee.
- goed spoelen.

Vraag 9

p. 385: een winkellijst met:

- 3 dikke varkenssneetjes
- 6 reepjes gerookt spek
- een fles droge witte wijn
- een klein doosje champignons
- een trosje kleine tomaten
- basilicum
- 1 dl room
- een kleine bus melk
- peper, zout en tijm
- vetstof
- vleesbouillonblokjes
- een klein botervlootje

Vraag 10

p. 450: 6 verschillende soorten

KOOKBOEK GEBRUIKEN 1

1. Wat is AFHALEN?

2. Wat is CHINOIS?

3. Hoeveel LITER is 1 KOPJE?

4. Hoeveel GRAM is 1 AFGESTREKEN LEPEL SUIKER?

5. Op hoeveel verschillende manieren kan je CHOCOLADESAUS maken?

6. In welk hoofdstuk kan je een VERRASSINGSSTRIKJE terugvinden?

7. Welke ingrediënten heb je nodig om PRUIMENCONFITUUR te maken?

8. Hoe maak je BONEN schoon?

9. Wat moet je in de winkel gaan halen om voor 3 PERSONEN VARKENSMEDAILLONS IN WITTE WIJNSAUS klaar te maken?

10. Hoeveel verschillende STAMPPOTTEN staan er in het kookboek?

» KOOKBOEK GEBRUIKEN 2

Vraag 1

p. 103: Uien gras is bieslook, een kruid met een zachte uien smaak.

Vraag 2

p. 91-92: 4 bindmiddelen uit de onderstaande lijst

- eierdooier en room
- bloem- of kneedboter
- boter
- bloem, maïszetmeel, aardappelzetmeel, arrowroot, enz.

Vraag 3

p. 105: 120 tot 140 gram

Vraag 4

p. 106: 45 gram

Vraag 5

p. 338: 2 manieren

Vraag 6

p. 346: Gevogelte

Vraag 7

p. 663: (5) eierdooiers, (175g) griessuiker, (1) vanillestokje, (2dl) melk en (1/2l) room

Vraag 8

p. 503: spruiten schoonmaken:

- neem de buitenste onfrisse bladeren weg.
- snijd het resterende stengeltje af.
- geef de kern een kruisgewijze insnijding.
- spoel de spuitjes.

Vraag 9

p. 384: een winkellijst met:

- 350 gram varkensgebraad
- een klein beetje vetstof
- zout, cayennepeper, gemalen komijn
- 1 knoflook
- een fles witte droge wijn
- een kleine fles sinaasappelsap
- 1 sinaasappel
- 1 ui

Vraag 10

p. 451-452: 7 verschillende soorten

KOOKBOEK GEBRUIKEN 2

1. Wat is UIENGRAS?

2. Noem 4 verschillende BINDMIDDELEN op?

3. Hoeveel GRAM weegt een doorsnee APPEL?

4. Hoeveel weegt 1 LANGWERPIGE SNEDE VOLKORENBROOD?

5. Op hoeveel verschillende manieren kan je OSSOBUCCO VAN KALKOEN OP Z'N PROVENCAALS maken?

6. In welk hoofdstuk kan je een HARTIGE KIPPENTAART terugvinden?

7. Welke ingrediënten heb je nodig om het basisrecept van ROOMIJS te maken?

8. Hoe maak je SPRUITEN schoon?

9. Wat moet je in de winkel gaan halen om voor 3 PERSONEN GEBRAAD MET SINAASOPPELWIJNSAUS klaar te maken?

10. Hoeveel verschillende AARDAPPELSALADES staan er in het kookboek?

» Doel

Het analyseren en ontleden van dagelijkse taken in verschillende stappen.

» Instructies

Dit is een activiteit waarbij taken geanalyseerd en opgesplitst moeten worden in deelhandelingen. Bijvoorbeeld als ik mijn muts op zet, stap ik eerst naar de kapstok, dan neem ik mijn muts en als laatste zet ik hem op mijn hoofd. Als je een stappenplan voor het uitvoeren van een taak opgesteld hebt, kan je het uitproberen om te evalueren of de taak op die manier vlot verloopt.

Denk er aan jezelf een score te geven over hoe goed je denkt de oefening te zullen kunnen, en hoe goed je denkt de oefening uiteindelijk te hebben uitgevoerd als je klaar bent.

» Benodigdheden

- activiteitenfiche cliënt taak organisatie
- evaluatieformulier taak organisatie
- pen, potlood
- kladpapier
- werkblad

» Variaties

- Je kunt ook andere activiteiten voorop stellen die zich meer richten naar het interesseveld en het dagelijks leven van de cliënt.
- Vraag aan je cliënt om bij de verschillende deelhandelingen een tijdsduur in te schatten.
- Spreek met je cliënt het aantal deelstappen af.
- In plaats van met een vooropgestelde structuur te werken, geef je een blanco blad.

» Opdracht

Schrijf alle deelstappen op die je nodig hebt om de volgende activiteiten uit te voeren.

- tanden poetsen
- een bad nemen
- in een auto stappen en de auto starten
- een tas thee zetten
- in de winkel een tijdschrift kopen
- ontbijt voor jezelf maken (toast, ontbijtgranen en koffie)
- een hemd met lange mouwen en een kraag strijken
- je handen en je gezicht wassen
- beddengoed verschonen
- de afwas doen
- enzovoorts

Pas dit stappenplan daarna toe in de praktijk.

» Voorbereiding

Zodra je weet wat je moet doen, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal uitvoeren. Duid dit aan op het evaluatieformulier.

» Tip

Let er op dat het aantal deelstappen uitkomt op het einde.

» Evaluatie

Nadat je de oefening hebt afgewerkt, moet je invullen hoe goed je denkt de activiteit te hebben uitgevoerd. Duid deze score aan op het evaluatieformulier.

Nadien zal de therapeut feedback geven over de uitvoering van de activiteit onderaan het evaluatieformulier.

STAPPENPLAN

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

» Doel

Een tijdschema opstellen en uitvoeren om een reeks taken binnen 30 minuten uit te voeren.

» Instructies opdracht 1

Op de activiteitenfiche van de cliënt staan enkele opdrachten waarbij de vraagstelling verschilt. Kies een opdracht uit die bij de cliënt past en leg deze voor!

De vaardigheid om jezelf zo te organiseren dat je oefeningen en taken binnen een bepaalde tijdsperiode kan afwerken, is belangrijk in het dagelijks leven. Deze activiteit laat je toe om dit in te oefenen.

Denk er aan jezelf een score te geven over hoe goed je denkt de oefening te zullen kunnen, en hoe goed je denkt de oefening uiteindelijk te hebben uitgevoerd als je klaar bent.

» Benodigdheden

- activiteitenfiche cliënt tijdschema
- evaluatieformulier tijdschema
- pen, potlood
- (ruitjes)papier
- eventueel een vooropgestelde structuur van een tijdstabel

» Variaties

- De taken binnen de activiteit kunnen in samenspraak met de cliënt variëren zodat het binnen het interesseveld van de cliënt blijft.
- Een tijdstabel kan je variëren in moeilijkheidsgraad door meer of minder structuur aan te bieden. Gaande van een blanco blad tot een gestructureerd schema.
- De tijdsduur van de activiteit kan in samenspraak met de cliënt variëren. Iemand die op voorhand zegt dat hij 45 minuten nodig heeft om de activiteit uit te voeren sinds hij éénhandig werkt, schat zichzelf zeer goed in.

» Opdracht 1: vaste volgorde van taken

Voer volgende opdrachten in deze volgorde uit binnen een half uur:

- Breng een rolletje papiertape mee
- Bel me binnen een kwartier op de dienst ergotherapie, zeg je naam en de plaats waar je jezelf bevindt.
- Zoek de prijs van een cola in de cafetaria
- Waar liggen het meeste aantal patiënten? Op het eerste of het derde?

» Opdracht 2: vaste taken

Maak een tijdstabel die aantoont hoe jij de volgende reeks van taken zou uitvoeren binnen een tijdspanne van 30 minuten. De tabel moet aantonen in welke volgorde en hoe je die taken zou uitvoeren. Nadien is het de bedoeling om de 4 taken binnen het half uur uit te voeren.

- Zet een tas thee of koffie om op te drinken over een half uurtje.
- Zoek het telefoonnummer op van Papens D. in Antwerpen.
- Schrijf een postkaartje aan van vriend.
- Hang één hemd en één broek op.

» Opdracht 3: zelf taken selecteren

Kies uit de volgende lijst één of meerdere taken die je op een half uur tijd kan uitvoeren. Maak daarvoor een tijdstabel die aantoont hoe jij de taken zou uitvoeren binnen een tijdspanne van 30 minuten. De tabel moet aantonen in welke volgorde en hoe je die taken zou uitvoeren. Daarna kan je de tijdstabel uitvoeren.

» Voorbereiding

Zodra je weet wat je moet doen, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal uitvoeren. Duid dit aan op het evaluatieformulier.

» Tip

Durf voldoende tijd te nemen om een goede planning op te maken. Je zou ongeveer 15 minuten kunnen spenderen aan het opstellen van de tijdstabel en 30 minuten aan het uitvoeren van de taken.

» Evaluatie

Nadat je de oefening hebt afgewerkt, moet je invullen hoe goed je denkt de activiteit te hebben uitgevoerd. Duid deze score aan op het evaluatieformulier.

Nadien zal de therapeut feedback geven over de uitvoering van de activiteit onderaan het evaluatieformulier.

» Taken

- een blik soep opwarmen
- een warme chocomelk maken
- verse soep maken voor twee personen
- koffie of thee zetten
- een eitje bakken of koken
- een ontbijt klaarmaken (koffie of thee, de tafel dekken, brood en beleg op tafel zetten)
- een kleine afwas van een ontbijt
- de ijskast uitkuisen
- een fles melk in de keuken gaan halen
- de was ophangen (één broek en één hemd)
- een hemd strijken
- was opplooien (één broek en één hemd)
- een ander hemd gaan aandoen
- vijf kussenslopen vervangen
- stofzuigen
- vijf planten water geven
- een plant verpotten
- uitzoeken wat er vanavond op de menu staat
- uitzoeken wat het volgende evenement is in de cafetaria
- een telefoonnummer opzoeken
- een t.v. programma opzoeken (zondag om 20.00 op canvas)
- het weerbericht opzoeken
- twee nieuwsfeiten van de dag omschrijven
- een postkaartje schrijven
- iets wegbrengen naar het onthaal
- een rolstoelgebonden patiënt wegbrengen naar zijn kamer
- een boterham smeren
- enzovoorts

TIJDSTABEL

MINUTEN	TAAK en OMSCHRIJVING
0 - 5	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
5 - 10	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
10 - 15	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
15 - 20	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
20 - 25	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
25 - 30	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

TASSEMUSEUM HENDRIKJE
MUSEUM OF BAGS AND PURSES



Herengracht 272
1017 CA Amsterdam
The Netherlands
Tel: +31 (0) 20 544 54 54

Email: info@tassemuseum.nl
www.tassemuseum.nl
www.museumofbagsandpurses.com

© Koningin Wilhelmina Postkantoor 2022

TASSEMUSEUM HENDRIKJE
MUSEUM OF BAGS AND PURSES



Herengracht 272
1017 CA Amsterdam
The Netherlands
Tel: +31 (0) 20 544 54 54

Email: info@tassemuseum.nl
www.tassemuseum.nl
www.museumofbagsandpurses.com

© Koningin Wilhelmina Postkantoor 2022

» Doel

Duidelijke en overzichtelijke weekplanningen opstellen.

» Instructies

Op de activiteitenfiche van de cliënt staan enkele opdrachten waarbij de tijdsduur opbouwt. Kies een opdracht uit die bij de cliënt past en leg deze voor!

Vandaag ga je een dag / weekschema opstellen. De bedoeling is dat dit schema zich echt richt naar jouw levenswijze zodat je deze vaardigheid ook buiten de therapiezaal kan gebruiken.

Denk er aan jezelf een score te geven over hoe goed je denkt de oefening te zullen kunnen, en hoe goed je denkt de oefening uiteindelijk te hebben uitgevoerd als je klaar bent.

» Benodigdheden

- activiteitenfiche cliënt weekplanning
- evaluatieformulier weekplanning
- pen, potlood
- (ruitjes)papier
- lat
- eventueel een vooropgestelde structuur van een weekschema

» Variaties

- Een weekschema kan je variëren in moeilijkheidsgraad door meer of minder structuur aan te bieden. Gaande van een blanco blad tot een gestructureerd schema.
- Laat de cliënt zelf inschatten hoeveel tijd hij nodig heeft om de activiteit te volbrengen.
- Planningen aanpassen en corrigeren is nog iets anders dan ze op te stellen.

Enkele voorbeelden zijn:

- Je had gepland om te rusten, maar plots staat er bezoek voor de deur.
- Je moet binnen vijf minuten op therapie zijn, maar je voelt je plots onwel.

» Opdracht 1

Ontwerp een duidelijk, overzichtelijk en realistisch schema zoals je dag er morgen uit ziet.

» Opdracht 2

Ontwerp een duidelijk, overzichtelijk en realistisch schema zoals je weer er in De Mick uit ziet.

» Opdracht 3

Ontwerp een duidelijk, overzichtelijk en realistisch schema zoals je weer er thuis uit zag voor je opgenomen werd.

» Opdracht 4

Ontwerp een duidelijk, overzichtelijk en realistisch schema zoals je weekend naar huis er uit zal gaan zien.

» Opdracht 5

Ontwerp een duidelijk, overzichtelijk en realistisch schema zoals je week thuis er uit gaat zien.

» Voorbereiding

Zodra je weet wat je moet doen, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal uitvoeren. Duid dit aan op het evaluatieformulier.

» Tip

Als je een duidelijk, overzichtelijk en realistisch wekschema wilt maken, begin je best met het opstellen van een structuur. Misschien kan je daarvoor wel gebruik maken van je eigen agenda. Houdt bij het invullen van je dagen steeds rekening met de balans tussen activiteit en rust.

» Evaluatie

Nadat je de oefening hebt afgewerkt, moet je invullen hoe goed je denkt de activiteit te hebben uitgevoerd. Duid deze score aan op het evaluatieformulier.

Nadien zal de therapeut feedback geven over de uitvoering van de activiteit onderaan het evaluatieformulier.

Je kan het wekschema van je verblijf hier deze week evalueren door het enkele dagen te gebruiken en zo na te gaan of de realiteit klopt met je schema.

	MAANDAG	DINSDAG	WOENSDAG	DONDERDAG	VRIJDAG	ZATERDAG	ZONDAG
DATUM							
OCHTEND							
VOORMIDDAG							
MIDDAG							
NAMIDDAG							
AVONDMAAL							
AVOND							

	MAANDAG	DINSDAG	WOENSDAG	DONDERDAG	VRIJDAG	ZATERDAG	ZONDAG
DATUM							
06.00 – 07.00							
07.00 – 08.00							
08.00 – 09.00							
09.00 – 10.00							
10.00 – 11.00							
11.00 – 12.00							
12.00 – 13.00							
13.00 – 14.00							
14.00 – 15.00							
15.00 – 16.00							
16.00 – 17.00							
17.00 – 18.00							
18.00 – 19.00							
19.00 – 20.00							
20.00 – 21.00							

	MAANDAG	DINSDAG	WOENSDAG	DONDERDAG	VRIJDAG	ZATERDAG	ZONDAG
DATUM							
06.00							
07.00							
08.00							
09.00							
10.00							
11.00							
12.00							
13.00							
14.00							
15.00							
16.00							
17.00							
18.00							
19.00							
20.00							

» Doel

Verschillende situaties ontleden vanuit verscheidene standpunten.

» Instructies

Het flexibel probleemoplossend vermogen is het vermogen om je denken en doen af te stemmen op wat er om je heen gebeurt. Het is belangrijk dat je problemen vanuit verschillende hoeken kan bekijken. Als je dit kan, heb je meer mogelijkheden om tot een goede oplossing te komen. Deze oefening leert je te kijken naar de positieve en negatieve aspecten van drie situaties. Gebruik het werkblad om je gedachten op te schrijven.

Denk er aan jezelf een score te geven over hoe goed je denkt de oefening te zullen kunnen, en hoe goed je denkt de oefening uiteindelijk te hebben uitgevoerd als je klaar bent.

» Benodigdheden

- activiteitenfiche cliënt situatieschetsen ontleden
- evaluatieformulier situatieschetsen ontleden
- pen, potlood
- werkblad

» Variaties

- De verschillende situaties die voorgesteld worden richten zich best naar het interesseveld van de cliënt.

» Opdracht

Schrijf 4 positieve en 4 negatieve aspecten op van elke van de volgende situaties. Je krijgt doelbewust weinig informatie. Het is aan jou om creatief te zijn en je eigen ideeën rond de situatie te ontwikkelen. Je mag elke situatie uitbreiden en er een verhaal aan breien zoals je wilt. Er is geen fout of juist in deze oefening zolang je maar 4 positieve en 4 negatieve aspecten opschrijft.

» Voorbereiding

Zodra je weet wat je moet doen, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal uitvoeren. Duid dit aan op het evaluatieformulier.

» Tip

Heb je zelf al gelijkaardige situaties meegemaakt? Of ken je iemand anders die dit reeds heeft voorgehad?

» Evaluatie

Nadat je de oefening hebt afgewerkt, moet je invullen hoe goed je denkt de activiteit te hebben uitgevoerd. Duid deze score aan op het evaluatieformulier.

Nadien zal de therapeut feedback geven over de uitvoering van de activiteit onderaan het evaluatieformulier.

SITUATIE 1

Je bent net gaan winkelen en wanneer je terug aan je auto bent, ontdek je dat je batterij plat is. De dame van de auto naast jou, biedt haar hulp aan.

POSITIEVE ASPECTEN	NEGATIEVE ASPECTEN
1. _____ _____ _____ _____ _____	1. _____ _____ _____ _____ _____
2. _____ _____ _____ _____ _____	2. _____ _____ _____ _____ _____
3. _____ _____ _____ _____ _____	3. _____ _____ _____ _____ _____
4. _____ _____ _____ _____	4. _____ _____ _____ _____

SITUATIE 2

Het hek tussen jou en je buur, die je niet zo goed kent, is omgewaaid in je tuin. Je beslist het hek te repareren, hoewel je niet goed weet hoe je dat moet doen.

POSITIEVE ASPECTEN	NEGATIEVE ASPECTEN
1. _____ _____ _____ _____ _____	1. _____ _____ _____ _____ _____
2. _____ _____ _____ _____ _____	2. _____ _____ _____ _____ _____
3. _____ _____ _____ _____ _____	3. _____ _____ _____ _____ _____
4. _____ _____ _____ _____	4. _____ _____ _____ _____

SITUATIE 3

Je hebt een heleboel geld gewonnen met de Lotto.

POSITIEVE ASPECTEN	NEGATIEVE ASPECTEN
1. _____ _____ _____ _____ _____	1. _____ _____ _____ _____ _____
2. _____ _____ _____ _____ _____	2. _____ _____ _____ _____ _____
3. _____ _____ _____ _____ _____	3. _____ _____ _____ _____ _____
4. _____ _____ _____ _____ _____	4. _____ _____ _____ _____ _____

SITUATIE 4

POSITIEVE ASPECTEN	NEGATIEVE ASPECTEN
1. _____ _____ _____ _____ _____	1. _____ _____ _____ _____ _____
2. _____ _____ _____ _____ _____	2. _____ _____ _____ _____ _____
3. _____ _____ _____ _____ _____	3. _____ _____ _____ _____ _____
4. _____ _____ _____ _____	4. _____ _____ _____ _____

MAALTIJD SAMENSTELLEN

» Doel

Budgetgericht gevarieerde maaltijden kunnen samenstellen rekening houdend met zichzelf, maar ook met de wensen van anderen.

» Instructies

Op de activiteitenfiche van de cliënt staan enkele opdrachten waarbij het aantal mensen en hun voorkeuren, het budget, de maaltijden en het aantal gangen wisselt. Kies een opdracht uit die bij de cliënt past en leg deze voor!

Bij de volgende activiteit staat het samenstellen van een maaltijd centraal rekening houdend met allerlei factoren zoals het budget, je eigen gewoontes, het aantal gangen, enz. Het is de bedoeling dat je een menu uitschrijft en een bestelbon voor Caddy Home van Delhaize opstelt.

Denk er aan jezelf een score te geven over hoe goed je denkt de oefening te zullen kunnen, en hoe goed je denkt de oefening uiteindelijk te hebben uitgevoerd als je klaar bent.

» Benodigheden

- activiteitenfiche cliënt maaltijd samenstellen
- evaluatieformulier maaltijd samenstellen
- pen, potlood
- werkblad
- rekenmachine
- Catalogus herfst-winter 2008 Caddy Home van Delhaize
- eventueel Ons Kookboek

» Variaties

- Je kan verscheidene opdrachten formuleren waarbinnen enkele vaste factoren variëren zoals:

- het aantal mensen en hun voorkeuren
- het budget
- de maaltijden
- het aantal gangen
- enzovoorts

Belangrijk blijft dat de omkadering van de opdracht bij het dagelijks leven van de cliënt aansluit.

- Een bestelbon kan je variëren in moeilijkheidsgraad door meer of minder structuur aan te bieden. Gaande van een blanco blad tot een gestructureerd schema.

- Indien de cliënt gewend is om internet te gebruiken kan de bestelbon ook via deze weg opgesteld worden.

- Bedenk bij de nabespreking enkele rampscenario's en evalueer hoe de cliënt het probleem oplost. Enkele voorbeelden zijn:

- de microgolfoven is stuk
- er komen meer mensen als verwacht
- het regent en de barbecue kan niet doorgaan

- Het onderwerp van de activiteit kan verschillen. Hieronder staan enkele variaties op het samenstellen van een maaltijd.

- aankoop van een auto
- aanleggen van een tuin
- enzovoorts

» Opdracht 1: een dag alleen thuis

Je bent de komende week een dag alleen thuis. Wat ga je klaarmaken voor ontbijt, middagmaal en avondmaal. Stel een bestelbon op voor Caddy Home van Delhaize.

» Opdracht 2: avondmaal voor een week

Voorzie elke dag van de week een avondmaaltijd van minstens twee gangen. Vergeet de drank niet. Je hebt een budget van 70 euro. Stel een bestelbon op voor Caddy Home van Delhaize.

» Opdracht 3: vrienden op bezoek

Volgende week komen er vrienden op bezoek. Je voorziet een hoofdmaaltijd voor 8 personen met een biljet van 100 euro. Wat ga je koken? Stel een bestelbon op voor Caddy Home van Delhaize.

» Opdracht 4: barbecue

Binnenkort is er een groot feest met een barbecue. Er komen 20 gasten. 16 Mensen eten vlees, 2 lusten enkel vis en er zijn 2 vegetariërs. Je zorgt voor een voorgerecht, een gevarieerde hoofdmaaltijd en een dessert. Voor drank moet je niet zorgen. Je beschikt over een budget van 400 euro. Wat ga je serveren? Stel een bestelbon op voor Caddy Home van Delhaize.

» Opdracht 5: vakantiehuisje

Je hebt een week een vakantiehuisje gehuurd voor 4 personen. Alle kasten zijn leeg. Je hebt een bedrag van 500 euro. Hoe ga je dit budget verdelen? Wat ga je allemaal kopen? Stel een bestelbon op voor Caddy Home van Delhaize.

» Voorbereiding

Zodra je weet wat je moet doen, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal uitvoeren. Duid dit aan op het evaluatieformulier.

» Tip

Als je niet weet wat je wil klaarmaken, kan je altijd een kookboek gebruiken.

» Evaluatie

Nadat je de oefening hebt afgewerkt, moet je invullen hoe goed je denkt de activiteit te hebben uitgevoerd. Duid deze score aan op het evaluatieformulier.

Nadien zal de therapeut feedback geven over de uitvoering van de activiteit onderaan het evaluatieformulier.



caddy home

BESTELBON

TOTAAL			

» Doel

Budgetgericht winkelen in verschillende situaties.

» Instructies

Op de activiteitenfiche van de cliënt staan enkele opdrachten waarbij telkens een andere situatie wordt geschetst. Aan de hand van de gegeven situatie werkt de cliënt met de La Redoute catalogus. Kies een opdracht uit die bij de cliënt past en leg deze voor!

Bij de volgende opdracht is het geldbeheer belangrijk. Denk goed na hoeveel geld je waar investeert. Tenslotte wil ik dat je een bestelbon opstelt voor Laredoute aan de hand van de volgende situatie.

Denk er aan jezelf een score te geven over hoe goed je denkt de oefening te zullen kunnen, en hoe goed je denkt de oefening uiteindelijk te hebben uitgevoerd als je klaar bent.

» Benodigdheden

- activiteitenfiche cliënt winkelen
- evaluatieformulier winkelen
- pen, potlood
- kladpapier
- rekenmachine
- enveloppe
- werkblad
- prijscatalogus Carrefour producten aan te vragen via Carrefour Belgium

» Variaties

- De situaties binnen de opdrachten kunnen variëren al naargelang het dagelijks leven van de cliënt.
- Indien de cliënt gewend is om internet te gebruiken kunnen de vragen ook via deze weg opgezocht worden.
- Een bestelformulier kan je variëren in moeilijkheidsgraad door meer of minder structuur aan te bieden. Gaande van een blanco blad tot een gestructureerd schema.
- Bedenk bij de nabespreking enkele rampscenario's en evalueer hoe de cliënt het probleem oplost. Enkele voorbeelden zijn:
 - de bestelling komt niet op tijd aan
 - de kleuren vloeken enorm
 - de kleren of de dekbedovertrek past niet

» Opdracht 1: een nieuwe outfit

Stel een nieuwe outfit samen voor 100 euro. Je hebt de keuze uit:

- een winter outfit
- een zomer outfit
- man / vrouw
- kinderen / volwassenen
- werk / vrije tijd

Als je een keuze gemaakt hebt, vul je het La Redoute bestelformulier in en maakt hem klaar om op te sturen.

» Opdracht 2: trouwfeest

Er is een trouwfeest in het verschiet. Je beslist om helemaal in het nieuw te gaan. Stel een nieuwe outfit samen met een maximum bedrag van 300 euro. Als je een keuze gemaakt hebt, vul je het La Redoute bestelformulier in en maakt hem klaar om op te sturen.

» Opdracht 3: nieuw bed

Je hebt een nieuw bed met verstelbaar rugeinde nodig. Vergeet de matras, de kussens en dergelijke niet. Tegelijk koop je een nieuwe dons en nieuwe lakens. De prijs zou beperkt moeten blijven. Als je een keuze gemaakt hebt, vul je het La Redoute bestelformulier in en maakt hem klaar om op te sturen.

» Opdracht 4: geboorte

Er is een baby bijgekomen in de familie. Koop een gepast geschenk voor de geboorte. Als je een keuze gemaakt hebt, vul je het La Redoute bestelformulier in en maakt hem klaar om op te sturen.

» Opdracht 5: woonkamer inrichten

Je wilt je woonkamer opfleuren. Je denkt hierbij aan een nieuwe zetel, eventueel tapijt en wat aanvullende decoratie. Zodat het terug een aangename ruimte wordt om in te vertoeven. Je kan hiervoor een maximum budget van 1000 euro vrijmaken. Als je een keuze gemaakt hebt, vul je het La Redoute bestelformulier in en maakt hem klaar om op te sturen.

» Opdracht 6: nieuwe situatie

Verzin zelf een gelijkaardige situatie. Leg een bepaald budget vast en vul het La Redoute bestelformulier in.

» Voorbereiding

Zodra je weet wat je moet doen, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal uitvoeren. Duid dit aan op het evaluatieformulier.

» Tip

Bepaal op voorhand goed naar wat je op zoek gaat.

» Evaluatie

Nadat je de oefening hebt afgewerkt, moet je invullen hoe goed je denkt de activiteit te hebben uitgevoerd. Duid deze score aan op het evaluatieformulier.

Nadien zal de therapeut feedback geven over de uitvoering van de activiteit onderaan het evaluatieformulier.

LA REDOUTE

BESTELFORMULIER

CODENUMMER	MAAT	BENAMING	PRIJS
TOTAAL			

» Doel

Het plannen en organiseren van vervoer.

» Instructies

Op de activiteitenfiche van de cliënt staan enkele opdrachten waarbij telkens een andere situatie wordt geschetst. Aan de hand van de gegeven situatie werkt de cliënt met de informatie van De Lijn en het fietsknooppuntennetwerk Antwerpen Kempen. Kies een opdracht uit die bij de cliënt past en leg deze voor!

Bij de volgende opdracht is het plannen en organiseren van vervoer belangrijk. Het gaat er om de beste reisweg van punt A naar punt B te zoeken.

Denk er aan jezelf een score te geven over hoe goed je denkt de oefening te zullen kunnen, en hoe goed je denkt de oefening uiteindelijk te hebben uitgevoerd als je klaar bent.

» Benodigdheden

- activiteitenfiche cliënt vervoer
- evaluatieformulier vervoer
- pen, potlood
- kladpapier
- rekenmachine
- fietskaart 2: fietsknooppuntennetwerk Antwerpen Kempen
- kaart van De Lijn in en rond Antwerpen
- aan te vragen via een kantoor van de lijn in jouw buurt,
of via <http://www.delijn.be/reisinformatie/netplannen/index.htm>
- busuren van De Mick

» Variaties

- De situaties binnen de opdrachten kunnen variëren al naargelang het dagelijks leven van de cliënt.
- Indien de cliënt gewend is om internet te gebruiken kan via de lijn of mappy.
- Bedenk bij de nabespreking enkele rampscenario's en evalueer hoe de cliënt het probleem oplost.
- Enkele voorbeelden bij het verplaatsen met de fiets:
 - er heeft iemand een platte band
 - er valt iemand
 - je neemt de verkeerde weg
 - je verliest iemand onderweg
- Enkele voorbeelden bij het verplaatsen met het openbaar vervoer:
 - je mist de bus / de halte
 - je zit op de verkeerde bus
 - de bus komt niet opdagen of de bussen staken

» Opdracht 1: daguitstap met de fiets

Organiseer een daguitstap met de fiets. Waaraan moet de daguitstap voldoen? Wat wil je allemaal doen?

Enkele voorbeelden :

- drank en eetpauzes / picknick
- culturele bezoeken
- tijdsduur
- type route : al dan niet auto vrij en al dan niet verhard
- aantal kilometers of afstand
- eventuele overnachtingen
- welk doel / gezelschap

Maak een planning op van de uitstap.

Opmerking: een gemiddelde amateur fietser legt 16 kilometer af per uur.

OF

Je organiseert een fietstocht voor je kleinkinderen. Zelf wacht je in een café in Oelegem. Je trakteert hen nadien op een wafel.

» Opdracht 2: afspraak Klina

Je hebt om 15.30 een afspraak gemaakt in het Klina in Brasschaat voor een controle. Wanneer moet je vertrekken? Welke bus moet je nemen?

Waarschijnlijk neemt die controle ongeveer een half uurtje in beslag. Welke bus ga je terug nemen? Om hoe laat ben je dan in de Mick?

Hoeveel gaan de biljetten voor deze heen- en terugrit je kosten? Je weet dat je één zone aflegt en niet in aanmerking komt voor vermindering.

Als je geen biljet koopt, hoeveel gaat dit dan kosten als ze je voor de eerste keer betrapten?

» Opdracht 3: Maria ter Heide - Wuustwezel

Welke bus moet je nemen van Maria ter Heide naar Wuustwezel? Hoeveel haltes moet je op deze bus blijven zitten als je aan de eindhalte er af moet?

Via welke knooppunten zou je dezelfde weg afleggen met de fiets?

» Opdracht 4: bezoek van Schoten

Je bezoek komt van Schoten. Ze vragen aan jou welke bus ze moeten nemen. Gaat het ook met de fiets? Hoe moeten ze dan fietsen?

» Voorbereiding

Zodra je weet wat je moet doen, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal uitvoeren. Duid dit aan op het evaluatieformulier.

» Tip

Houd altijd rekening met de legende van de kaart.

» Evaluatie

Nadat je de oefening hebt afgewerkt, moet je invullen hoe goed je denkt de activiteit te hebben uitgevoerd. Duid deze score aan op het evaluatieformulier.

Nadien zal de therapeut feedback geven over de uitvoering van de activiteit onderaan het evaluatieformulier.

Opdracht 2

- Als je om 14u.46 de bus van Maria-ter-Heide naar Mariaburg neemt, kom je om 15u.08 aan in Klina.
- Om 16.06 kan je de bus terugnemen van Mariaburg naar Maria-ter-Heide en dan kom je om 16.28 terug aan in De Mick.
- De prijs voor een biljet heen en een biljet terug bedraagt 2 x 1,60 euro.
- Als je voor de eerste keer geen geldig vervoersbewijs bij hebt, moet je een boete betalen van 75 euro.

Opdracht 3

- Met de bus
641 Fr. Rooseveltplaats – Maria ter Heide – Wuustwezel
14 haltes

- Met de fiets
37 – 68 – 91 – 92

Opdracht 4

- Met de bus
Het bezoek kan lijn 621 Antwerpen-Schoten nemen.

- Met de fiets
20 – 41 – 40 – 36

OF

- 20 – 32 – 35 – 36

» Doel

Het correct toepassen van nieuwe informatie bij het verzenden van brieven en pakjes.

» Instructies

Op de activiteitenfiche van de cliënt staan enkele opdrachten waarbij telkens een andere situatie wordt geschetst. Aan de hand van de gegeven situatie werkt de cliënt met de informatie van 'De Post'. Kies een opdracht uit die bij de cliënt past en leg deze voor!

Bij deze activiteit zal je nieuwe informatie correct moeten toepassen om een oplossing te kunnen vinden. Het is de bedoeling dat jij de meest efficiënte manier vindt om de pakjes en de brieven op te sturen.

Denk er aan jezelf een score te geven over hoe goed je denkt de oefening te zullen kunnen, en hoe goed je denkt de oefening uiteindelijk te hebben uitgevoerd als je klaar bent.

» Benodigdheden

- activiteitenfiche cliënt post
- evaluatieformulier post
- pen, potlood
- kladpapier
- rekenmachine
- postpakketten
- brochures van De Post te downloaden via www.post.be

» Variaties

- Je kan verscheidene opdrachten formuleren waarbinnen enkele vaste factoren variëren zoals:
 - de afmetingen en het gewicht van het voorwerp dat gepost moet worden
 - het budget
 - het land van aankomst
 - enzovoorts
- Belangrijk blijft dat de omkadering van de opdracht bij het dagelijks leven van de cliënt aansluit.
- Indien de cliënt gewend is om internet te gebruiken kunnen de vragen via deze weg opgezocht worden.

» Opdracht 1: familie in Frankrijk

Een deel van je familie woont in Frankrijk. Zo nu en dan schrijven jullie elkaar. Deze keer wil je bij de brief nog een hoop foto's steken. De enveloppe wordt dan wel een pak dikker en weegt zo'n 200 gram.

Welke zegels en hoeveel moeten er dan op de enveloppe kleven opdat de brief zeker aankomt? Hoeveel geld ben je dan kwijt?

» Opdracht 2: catalogus van Antwerpen

Je vraagt een catalogus aan van een winkel in Antwerpen. De winkel zegt dat die catalogus 500 gram weegt, maar ze willen dat je de verzendingskosten zelf betaalt. Maar je hebt alleen maar postzegels van eenheid 2 en eenheid 3.

Hoeveel geld ben je kwijt? Welke combinatie van postzegels kan je gebruiken?

» Opdracht 3: medicatie naar Spanje

Je bent op vakantie naar Spanje vertrokken. Maar je medicatie ligt nog thuis. Je kan die medicatie niet krijgen zonder voorschrift. Gelukkig heb je nog voor 3 dagen in je handtas zitten. Je belt je kinderen op om te vragen of ze het opsturen via de post. De medicatie weegt ongeveer zo'n 200g. De volgende dag krijg je een doos aan met een XS op.

Hoeveel moet jij ze terugbetalen in totaal? Vergeet niet de verzendingskosten bij de prijs van de doos op te tellen.

» Opdracht 4: poster naar Wallonië

Je hebt een foto laten uitvergroten tot posterformaat. Hij is 70 cm breed. Je wilt hem opsturen naar familie in Wallonië. Maak het pakket klaar om op te sturen.

Welke verpakking ga je gebruiken? Hoeveel gaat dit je kosten als je het zo goedkoop mogelijk wilt doen?

» Opdracht 5: handdoek naar Duitsland

Je komt terug thuis van een reis naar Duitsland. Je merkt dat er een kleine handdoek (weegt minder dan 1 kg) van het hotel in je koffer is terechtgekomen. Normaal hou je die handdoek gewoon bij, maar deze keer waren de mensen zo lief dat je toch eerlijk wilt zijn. Maak het pakket klaar om op te sturen.

Welke verpakking ga je gebruiken, als je weet dat de XS verpakkingen op zijn? Hoeveel gaat dit je kosten als je het zo goedkoop mogelijk wilt doen?

» Opdracht 6: trui in Noorwegen

Je bent je dikke trui vergeten op reis in Noorwegen. Hij kostte 60 euro toen je hem kocht. Ondertussen ben je er wel aan gehecht. Hij is zo gemakkelijk en nog degelijk. Hoeveel gaat dit je kosten om hem terug te laten komen? Is het nog de moeite?

» Voorbereiding

Zodra je weet wat je moet doen, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal uitvoeren. Duid dit aan op het evaluatieformulier.

» Tip

Bekijk eerst alle informatie grondig.

» Evaluatie

Nadat je de oefening hebt afgewerkt, moet je invullen hoe goed je denkt de activiteit te hebben uitgevoerd. Duid deze score aan op het evaluatieformulier.

Nadien zal de therapeut feedback geven over de uitvoering van de activiteit onderaan het evaluatieformulier.

Opdracht 1

2xzegels met eenheid 3 voor europa.

€ 5,40

Opdracht 2

€ 2,95

1 van eenheid 2 en 1 van eenheid 3

Opdracht 3

€1,30 XS doos verpakking + € 6,40 kilopost standard rest EU tot 350 gram = € 7,70

Opdracht 4

€ 2,15 koker verpakking + € 5,70 Taxipost 24 h etiket = € 7,85

Opdracht 5

€1,40 S doos verpakking + € 9,60 kilo standard tot 1 kg rest EU = € 11

Opdracht 6

€1,30 XL doos verpakking + €19,20 kilo standard tot 2 kg rest Europa = € 20,50

» Doel

Zelfstandig de weg kunnen vinden en aanwijzen.

» Instructies

Op de activiteitenfiche van de cliënt staan enkele opdrachten waarbij telkens een andere situatie wordt geschetst. Kies een opdracht uit die bij de cliënt past en leg deze voor!

Zelfstandig de weg kunnen vinden is een vaardigheid die je veel gebruikt in het dagelijks leven. Zeker tijdens nieuwe situaties. Bij de volgende opdrachten moet je niet alleen goed kunnen weergeven waar je nu bent, maar je moet ook zelf je weg kunnen vinden en anderen de weg kunnen wijzen.

Denk er aan jezelf een score te geven over hoe goed je denkt de oefening te zullen kunnen, en hoe goed je denkt de oefening uiteindelijk te hebben uitgevoerd als je klaar bent.

» Benodigheden

- activiteitenfiche cliënt kaart lezen
- evaluatieformulier kaart lezen
- pen, potlood
- kladpapier
- meetlat
- eventueel plattegrond

» Variaties

- De activiteit kan zich ook richten naar het huis van de cliënt, zijn dorp, enz. indien de therapeut daar over voldoende achtergrondkennis beschikt.
- Een plattegrond kan je variëren in moeilijkheidsgraad door meer of minder structuur aan te bieden. Gaande van een blanco blad tot een gestructureerd schema.

» Opdracht 1: plattegrond opstellen

Teken een plattegrond van

- je afdeling
- je kamer
- revalidatiecentrum De Mick

» Opdracht 2: wegbeschrijving

Ik ben patiënt op kamer

- 3038 en ik wil naar de kapper
- 1007 en ik wil naar de ergo
- 2037 en ik wil naar de cafetaria

Beschrijf me de weg.

» Opdracht 3: plattegrond lezen

Op deze plattegrond staan vijf plaatsen aangeduid. Ga er naartoe en beschrijf mij nadien wat je gezien hebt.

» Voorbereiding

Zodra je weet wat je moet doen, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal uitvoeren. Duid dit aan op het evaluatieformulier.

» Tip

Je moet niet in dit lokaal blijven om de opdracht te maken.

» Evaluatie

Nadat je de oefening hebt afgewerkt, moet je invullen hoe goed je denkt de activiteit te hebben uitgevoerd. Duid deze score aan op het evaluatieformulier.

Nadien zal de therapeut feedback geven over de uitvoering van de activiteit onderaan het evaluatieformulier.

» Doel

Een vakantie plannen met een vakantieplanning, een dagplanning en een berekening van de uitgaven.

» Instructies

Voor de één is vakantie urenlang staan kokkerellen, voor de ander een roman lezen op een zonovergoten strand. Maar één ding is zeker. Op vakantie gaan brengt altijd een hoop organisatie met zich mee. Om dat te oefenen wil ik je vragen een vakantie te plannen voor 4 personen met een budget van 1200 euro. Hoeveel dagen denk je te kunnen doorbrengen? Hoe ga je dit budget verdelen? Wat ga je allemaal doen tijdens je vakantie?

Denk er aan jezelf een score te geven over hoe goed je denkt de oefening te zullen kunnen, en hoe goed je denkt de oefening uiteindelijk te hebben uitgevoerd als je klaar bent.

» Benodigdheden

- activiteitenfiche cliënt vakantie plannen
- evaluatieformulier vakantie plannen
- pen, potlood
- kladpapier
- rekenmachine
- vakanties winter 2008 – 2009 Defensie
(te downloaden op volgende website: <http://www.mil.be/sociocult/doc/viewdoc.asp?LAN=nl&FILE=&ID=488>)
- eventueel een voorbeeld

» Variaties

- Je kan verscheidene opdrachten formuleren waarbinnen enkele vaste factoren variëren zoals:
 - het aantal personen en hun voorkeuren
 - het budget
 - enzovoorts
- Belangrijk blijft dat de omkadering van de opdracht bij het dagelijks leven van de cliënt aansluit.
- Indien de cliënt gewend is om internet te gebruiken kunnen de vragen ook via deze weg opgezocht worden.
- Bedenk bij de nabespreking enkele rampscenario's en evalueer hoe de cliënt het probleem oplost. Enkele voorbeelden zijn:
 - de auto valt in panne
 - de accommodatie is per ongeluk dubbel verhuurd
 - het regent alle dagen

» Opdracht

Plan een vakantie voor 4 personen met een budget van 1200 euro. Het vervoer heen en terug niet meegerekend. Hoe ga je dit budget verdelen? Hoeveel dagen denk je te kunnen doorbrengen? Wat ga je allemaal doen tijdens je vakantie?

» Voorbereiding

Zodra je weet wat je moet doen, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal uitvoeren. Duid dit aan op het evaluatieformulier.

» Tip

Denk aan de reizen die je zelf al gemaakt hebt en let op mogelijke aanbiedingen.

» Evaluatie

Nadat je de oefening hebt afgewerkt, moet je invullen hoe goed je denkt de activiteit te hebben uitgevoerd. Duid deze score aan op het evaluatieformulier.

Nadien zal de therapeut feedback geven over de uitvoering van de activiteit onderaan het evaluatieformulier.

» Doel

Zelfstandig een planning maken van een activiteit en zich hieraan houden.

» Instructies

Bij deze activiteit is het de bedoeling dat je een dagelijkse taak gaat opnemen om uit te voeren in De Mick. Zo leer je taken in te plannen tijdens je dag. Bovendien moet je ze uitvoeren zoals afgesproken of de consequenties er van dragen als je dit niet doet.

Denk er aan jezelf een score te geven over hoe goed je denkt de oefening te zullen kunnen, en hoe goed je denkt de oefening uiteindelijk te hebben uitgevoerd als je klaar bent.

» Benodigheden

- activiteitenfiche cliënt afdeling
- evaluatieformulier afdeling

» Variaties

- De taken die opgenomen kunnen worden zijn afhankelijk van de mogelijkheden van de instelling.
- De ondersteuning die aangeboden wordt bij het uitvoeren van deze activiteit kan gaan van het volledig samen uitvoeren tot het volledig zelfstandig uitvoeren.
- Om het vergelijkbaar te maken met een sollicitatie in een echte werksituatie, kan je de cliënt vragen zelf afspraken te maken met de desbetreffende dienst.

» Opdracht

Leg jezelf een dagelijkse taak op die je zelfstandig kan uitvoeren in De Mick.

Voorbeelden:

- planten water geven op je verdieping
- tafels afkuisen
- tafels dekken
- karren van de keuken naar een afdeling brengen
- bed opdekken
- patiëntenvervoer
- onkruid wieden via de technische dienst
- enzovoorts

Welke taken zou je kunnen uitvoeren? Hoeveel tijd besteed je hier aan per dag? Hoeveel dagen ga je die activiteit uitvoeren? Om hoe laat ga je die activiteit uitvoeren?

» Voorbereiding

Zodra je weet wat je moet doen, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal uitvoeren. Duid dit aan op het evaluatieformulier.

» Tip

Bij het uitvoeren van deze activiteit moet je altijd overleggen met de therapeut en de desbetreffende dienst.

» Evaluatie

Nadat je de oefening hebt afgewerkt, moet je invullen hoe goed je denkt de activiteit te hebben uitgevoerd. Duid deze score aan op het evaluatieformulier.

Nadien zal de therapeut feedback geven over de uitvoering van de activiteit onderaan het evaluatieformulier.

» Doel

Zelfstandig een eigen activiteit uitwerken.

» Instructies

Tijdens deze vrije activiteit mag je zelf invullen wat je de komende sessies gaat doen. Het is belangrijk dat je nadien echt iets gemaakt hebt. Ik wil een duidelijk eindresultaat zien. Je mag hiervoor al het materiaal gebruiken dat in De Mick aanwezig is. Als je iets anders wilt hebben, zal je hiervoor zelf moeten zorgen. Zorg ervoor dat je een goede tijdsinschatting maakt en je hieraan houdt. Als het eindresultaat prachtig is, maar je hebt er dubbel zoveel tijd in gestoken. Dan is de opdracht voor mij niet geslaagd. Dus wat voor mij vooral telt is de planning die je op voorhand maakt en het gebruik van die planning.

Zoek het liefste iets wat je ook in de toekomst graag wil doen in je vrije tijd. Voorbeelden zijn: handwerk, schilderen, origami, enzovoorts.

Denk er aan jezelf een score te geven over hoe goed je denkt de oefening te zullen kunnen, en hoe goed je denkt de oefening uiteindelijk te hebben uitgevoerd als je klaar bent.

» Benodigdheden

- activiteitenfiche cliënt vrije activiteit
- evaluatieformulier vrije activiteit
- vrije tijd kaft

» Variaties

- De ondersteuning die aangeboden wordt bij het uitvoeren van deze activiteit kan gaan van het volledig samen uitvoeren tot het volledig zelfstandig uitvoeren.

» Opdracht

Kies een activiteit die je de komende sessies gaat uitvoeren. Dit zijn enkele aandachtspunten:

- Wat ga je maken?
- Is er een duidelijk eindresultaat?
- Is al het materiaal aanwezig?
- Hoeveel tijd neemt de activiteit in beslag?
- Wat doe je wanneer?

» Voorbereiding

Zodra je weet wat je moet doen, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal uitvoeren. Duid dit aan op het evaluatieformulier.

» Tip

Vooraleer te starten met de activiteit overleg je altijd met de therapeut.

» Evaluatie

Nadat je de oefening hebt afgewerkt, moet je invullen hoe goed je denkt de activiteit te hebben uitgevoerd. Duid deze score aan op het evaluatieformulier.

Nadien zal de therapeut feedback geven over de uitvoering van de activiteit onderaan het evaluatieformulier.

EVALUATIEFORMULIER

naam van de cliënt _____

naam van de activiteit _____

» Inschatting van je uitvoering

Voor je begint, moet je voorspellen hoe goed je de opdracht zal kunnen uitvoeren door een cirkel te trekken rond het nummer dat van toepassing is.

- 5 Ik zal geen problemen hebben om deze activiteit zelfstandig en correct uit te voeren.
- 4 Ik zal enkele problemen hebben maar ik zal in staat zijn de activiteit voor $\frac{3}{4}$ zelfstandig uit te voeren.
- 3 Ik zal niet in staat zijn de activiteit volledig uit te voeren, maar ik zal meer dan de helft juist kunnen uitvoeren.
- 2 Ik zal veel problemen hebben, dus zal ik maar een klein deel van de activiteit zelfstandig kunnen uitvoeren.
- 1 Ik zal veel problemen hebben en reken op anderen om me tijdens deze activiteit te begeleiden.

» Terugblik op je uitvoering

Als je de hele oefening hebt afgewerkt, geef jezelf dan een score over hoe goed je de oefening hebt uitgevoerd. Omcirkel het getal dat het beste je prestatie beschrijft.

- 5 Ik heb geen problemen ondervonden om de activiteit zelfstandig en correct uit te voeren.
- 4 Ik heb enkele problemen gehad maar ik heb de activiteit voor $\frac{3}{4}$ zelf kunnen uitvoeren.
- 3 Ik heb de activiteit niet volledig kunnen uitvoeren, maar ik heb meer dan de helft juist kunnen doen.
- 2 Ik had wat problemen, dus heb ik maar een klein deel van de activiteit zelfstandig kunnen uitvoeren.
- 1 Ik had veel problemen met deze activiteit en deed hierbij beroep op anderen om me te begeleiden.

» Evaluatie door de therapeut

Omcirkel die score op de volgende schaal, die het beste weergeeft hoe de cliënt de oefening heeft uitgevoerd.

- 5 De cliënt is in staat de oefening zelfstandig en correct uit te voeren.
- 4 De cliënt is in staat het merendeel van de oefening zelfstandig en correct uit te voeren of met minimale hulp.
- 3 De cliënt is in staat een deel van de oefening zelfstandig en correct uit te voeren of met wat hulp.
- 2 De cliënt heeft veel hulp nodig bij het uitvoeren van de oefening.
- 1 De cliënt is niet in staat de oefening uit te voeren.

OBSERVATIELIJST

naam van de cliënt: _____

Problemen met inzicht

"Beschikken over een realistisch idee van persoonlijke sterktes en zwaktes."

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen: _____

Problemen met doelbepaling

"het vermogen om reële doelen te stellen, die passend zijn bij iemands grenzen en mogelijkheden."

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen: _____

Initiatiefverlies

"Het vermogen om te starten en de verschillende stappen van een vooropgesteld plan tot een goed einde te brengen zonder aangezet te moeten worden."

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen: _____

OBSERVATIELIJST

Disinhibitie

"Het vermogen om te inhiberen, om ongepast gedrag of ongepaste gedachten te stoppen."

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen: _____

Problemen met planning & organisatie

"Het vermogen om de verschillende stappen te bedenken die nodig zijn om een taak uit te voeren, prioriteiten te stellen en deze in de goede volgorde te plaatsen om ze op een praktische manier tot uitvoer te brengen."

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen: _____

Problemen met zelfcontrole & zelfevaluatie

"Het vermogen om de doeltreffendheid en geschiktheid van het eigen handelen te beoordelen."

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen: _____

OBSERVATIELIJST

Problemen met flexibel probleemoplossend vermogen

"Het vermogen om een probleem te herkennen en te anticiperen op problemen die in de nabije toekomst kunnen optreden. Het vermogen om alternatieve oplossingen te bedenken en de activiteit als een geheel te benaderen in probleemsituaties."

- Niet aanwezig
- Dubieus
- Aanwezig

Opmerkingen: _____

Besluit
