



phl.be

Provinciale Hogeschool Limburg
Departement PHL - Healthcare
Opleiding Ergotherapie

Leefbaar wonen

Aanzet tot het uitwerken van een interdisciplinaire database gericht op het handelen van de kwetsbare thuiswonende oudere en zijn omgeving

Door **Sarah Everaerts, Dorien Lecoque** en **Lien Zurings**

Afstudeerproject aangeboden tot het bekomen van het diploma van
Bachelor in de Ergotherapie
o.l.v.
Myriam Westhovens, promotor

Hasselt, 2013



phl.be

Provinciale Hogeschool Limburg
Departement PHL - Healthcare
Opleiding Ergotherapie

Leefbaar wonen

Aanzet tot het uitwerken van een interdisciplinaire database gericht op het handelen van de kwetsbare thuiswonende oudere en zijn omgeving

Door **Sarah Everaerts, Dorien Lecoque** en **Lien Zurings**

Afstudeerproject aangeboden tot het bekomen van het diploma van
Bachelor in de Ergotherapie
o.l.v.
Myriam Westhovens, promotor

Hasselt, 2013

Inhoudsopgave

1	Trefwoorden.....	5
2	Abstract.....	5
3	Inleiding.....	6
4	Methodologie.....	8
5	Resultaten.....	10
5.1	Theoretische situering.....	10
5.1.1	De vergrijzing.....	10
5.1.2	Een kijk op de maatschappelijke beeldvorming van de ouderenbevolking.....	10
5.1.2.1	Empowerment.....	12
5.1.3	De thuiszorg.....	13
5.1.4	Het Woonzorgdecreet.....	14
5.2	De kwetsbare thuiswonende ouderen.....	17
5.2.1	Theoretisch uitgangspunt.....	17
5.2.1.1	De kwetsbare thuiswonende ouderen: algemeen.....	17
5.2.1.2	Het Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E).....	19
5.2.2	Het handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende oudere.....	25
5.2.2.1	De zoektocht naar Core Sets.....	25
5.2.2.2	De kwetsbare thuiswonende oudere in beeld gebracht volgens het CMOP-E.....	26
5.3	Interdisciplinariteit in de thuiszorg.....	33
5.3.1	Het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).....	33
5.3.2	Het Electronical Occupational Performance Profile (e-OPP).....	34
5.3.2.1	Klinisch redeneren in het e-OPP.....	34
5.4	Praktische uitwerking van de startdatabase.....	36
5.4.1	Opbouw van de database.....	36
5.4.2	Advies: hulpmiddelen en zorgtechnologieën.....	38
5.4.3	Assessmentinstrumenten.....	39

5.4.3.1	Criteria	39
5.4.4	Pre-testing van de startdatabase in de praktijk aan de hand van het e-OPP.....	41
6	Conclusie.....	42
7	Discussie	44
8	Bibliografie	46

1 Trefwoorden

Ouderen, interdisciplinair, CMOP-E, advies, assessments, e-OPP

2 Abstract

Inleiding: In deze literatuurstudie wordt de expertise omtrent het handelingsprofiel van de thuiswonende kwetsbare oudere opgebouwd. Er wordt stilgestaan bij het handelingsbeeld, de noden en behoeften en er wordt getracht een adviesverlening op te stellen aan de hand van een interdisciplinaire database. Vooral de domeinen ‘wonen en zorg’ worden uitgelicht.

Methode: Enerzijds werd een voorbereidend literatuuronderzoek gedaan a.d.h.v. wetenschappelijke artikels en boeken. De databanken Pubmed, Bohn Stafleu en Springerlink en basisboeken vanuit de opleiding ergotherapie werden hiervoor intensief gebruikt.

Anderzijds werd er een praktijkonderzoek uitgevoerd, waarbij de studenten het handelingsprofiel van de kwetsbare thuiswonende oudere en de startdatabase aftoetsten in het werkveld.

Resultaten: De literatuurstudie gaf als resultaat een handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende oudere, gekaderd binnen het CMOP-E. Dit handelingsbeeld werd opgenomen binnen het e-OPP, zodat zowel intramuraal, als extramuraal eenzelfde uitgangsvisie werd versterkt. Vervolgens werd een startdatabase bekomen met advies omtrent hulpmiddelen, zorgtechnologieën en assessments, aan de hand van de expertise die werd opgedaan binnen het voorbereidend onderzoek.

Discussie: Het handelingsbeeld en de startdatabase werden vertaald naar een interdisciplinair gegeven, maar moesten tevens ook in gebruik genomen kunnen worden door niet-professionele hulpverleners, de oudere zelf en zijn cliëntensysteem. Dit maakte dat de uitwerking een complex gegeven was.

Conclusie: Dit literatuuronderzoek is een goede aanzet tot het weergeven van het handelingsprofiel van de kwetsbare thuiswonende oudere en vervolgens het realiseren van een interdisciplinaire database. Na een aftoetsing van het handelingsprofiel en de startdatabase in het werkveld bleek dat het noodzakelijk is om aanpassingen door te voeren, opdat er op een snelle en efficiënte manier gericht advies verleend kan worden.

3 Inleiding

Ouder worden gaat gepaard met een stelselmatig verminderde zelfredzaamheid en toenemende kwetsbaarheid. Een deel van de 65-plussers ervaart moeilijkheden met de dagdagelijkse activiteiten en het zelfstandig wonen (Van de Velde & Vriendt, 2009). De vraag naar specifieke hulp- en dienstverlening zal in de toekomst toenemen omwille van de vergrijzing, maar ook omwille van de wens om zo lang mogelijk in de eigen vertrouwde omgeving te blijven wonen. Uit onderzoek in verschillende Europese landen bleek reeds dat thuiszorgtechnologie een positieve invloed heeft op het functioneren van de ouderen. Het kan ook een belangrijke ondersteuning bieden voor zowel de mantelzorgers als de hulpverleners in de thuiszorg (Lauriks, 2008, Grommen, W., persoonlijke communicatie, 15 september 2012).

Ouderen zouden hun eigen leven zo lang mogelijk in eigen handen moeten kunnen nemen. Dit is ook één van de krachtlijnen van de Expertisecel ouderenzorg (ECOZ), onder leiding van onderzoekscoördinator Wouter Grommen. Mede vanuit deze visie is het projectmatig wetenschappelijk onderzoek (PWO-project) ‘leefbaar wonen’ ontstaan. Het PWO-project sluit aan bij het Vlaams Ouderenbeleidsplan (2010) en het huidige Vlaamse Woonzorgdecreet (2010). Binnen dit drie jaar lopende PWO-project, zal er geprobeerd worden om de kennis omtrent de domeinen ‘wonen en zorg’ meer uit te breiden aan de hand van een literatuurstudie. De opgebouwde expertise zal vervolgens vertaald worden naar een database bestaande uit assessment, hulpmiddelen en zorgtechnologieën. Er zal een interdisciplinair interventieprogramma voor kwetsbare thuiswonende ouderen ontwikkeld en getest worden. Hierbij zal er ook gebruik gemaakt worden van het Electronical Occupational Performance Profile (e-OPP), om de kwetsbare thuiswonende oudere in kaart te brengen en vervolgens gericht advies te kunnen verlenen. Dit instrument werd ontwikkeld door Rudi Ghysels en mede gedigitaliseerd door Erwin Vanroye.

De doelstellingen van het drie jaar lopende PWO-project (Grommen, W., persoonlijke communicatie, 15 september 2012) zijn:

- Het inventariseren van de technologische innovaties in de thuisgezondheidszorg aan de hand van een literatuurstudie en de continue uitbouw van een netwerk met experts op het gebied van de domeinen “Zorg & Wonen”.
- Kennis uit het literatuuronderzoek transfereren naar een database (assessments, hulpmiddelen en zorgtechnologieën) en valoriseren in de zorg- en woonsector.

- Het ontwikkelen, uittesten, analyseren, optimaliseren en valoriseren van het interdisciplinair interventieprogramma voor kwetsbare thuiswonende ouderen gebruik makend van de webapplicatie “electronical-Occupational Performance Profile” (e-OPP: ehp.phl.be).
- De reeds opgebouwde expertise en de kennis vanuit het praktijkgericht onderzoek transfereren naar een vormings- en trainingsprogramma en consultancy voor ouderen, mantelzorgers en (toekomstige) zorgprofessionals.
- Het verder uitbouwen van een interdisciplinair Expertisecentrum “Zorg & Wonen” met aandacht voor maximale autonomie en participatie voor iedereen.

In dit academiejaar (2012 – 2013), welk tevens het eerste jaar is voor het project, werd een literatuuronderzoek gedaan omtrent de kwetsbare thuiswonende ouderen. Het doel hierbij was om zicht te krijgen op wie deze ouderen zijn, wat de noden en behoeften zijn en hoe het handelen eruit ziet. Er werd naar het idee van Core Sets toegewerkt, al kan deze uitwerking uiteraard geen echte Core Sets genoemd worden. Dit wordt later verder toegelicht.

Vervolgens werd er een startdatabase opgemaakt. Deze zal door het UD Woonlabo, een project van de PHL in samenwerking met het toegankelijkheidsbureau vzw, in gebruik genomen worden. De oudere, de mantelzorger en/of een (toekomstige) zorgprofessional kan met een al dan niet specifieke hulpvraag naar het UD Woonlabo komen. Het ultieme doel is om via het e-OPP de specifieke vraag te identificeren en hierop, met behulp van de database, een gepast advies te formuleren. Het UD Woonlabo wordt gecoördineerd door Mieke Nijs.

Vermits het ECOZ streeft naar een interdisciplinaire samenwerking, integreerden drie studenten ergotherapie en twee studenten sociale verpleegkunde hun kennis met elkaar. Hierbij werd door beide partijen het accent gelegd vanuit de eigen opleiding en deskundigheid. De studenten ergotherapie gaven een betekenis aan het handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende oudere. De focus werd gelegd op het handelen van de oudere en de moeilijkheden die daarbij ondervonden werden. Vervolgens werd er op zoek gegaan naar oplossingen voor de handelingsproblemen in de vorm van advies, zoals hulpmiddelen, zorgtechnologieën en assessments. De focus vanuit sociale verpleegkunde lag voornamelijk op het inventariseren van bestaande sociale voorzieningen, subsidies en vergoedingen voor het te verlenen advies.

4 Methodologie

In dit academiejaar, het eerste jaar van het drie jaar lopende PWO-project, werd er een afbakening van de doelgroep kwetsbare ouderen en een startdatabase opgemaakt. Het project bestond uit twee delen: een voorbereidend onderzoek en een praktijk onderzoek.

Binnen het voorbereidend literatuuronderzoek werd er eerst op zoek gegaan naar het handelingsbeeld van de kwetsbare ouderen. Hiervoor werd het ergotherapeutisch inhoudsmodel Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) gehanteerd. Dit model werd gekozen omwille van de complementariteit met het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Als basis om tot een handelingsbeeld te komen, werd er gebruik gemaakt van leerstofinhouden binnen de opleiding. Deze informatie werd vervolgens aangevuld met wetenschappelijke artikels. Databanken zoals Pubmed, Bohn Stafleu en Springerlink werden hiervoor gebruikt.

Een volgende stap binnen het voorbereidend onderzoek was het opmaken van een startdatabase. Hierbij moest er nagedacht worden over de indeling en hanteerbaarheid. Voor deze uitwerking werd er geregeld samengezeten met Mieke Nijs (coördinator UD Woonlabo), Wouter Grommen (onderzoekscoördinator ECOZ), Myriam Westhovens (onderzoeksmedewerker) alsook met de studenten sociale verpleegkunde. Vanuit ECOZ ligt de nadruk vooral op het handelingsgebied 'wonen en zorg'. Om de woning in kaart te brengen, werd er beroep gedaan op het afstudeerproject van de studenten van vorig jaar (Jeurissen, I.; Robben, E., 2012) 'Technologie in de thuiszorg: wetenschappelijk onderbouwde screeningsinstrumenten met aandacht voor een veilige woonomgeving voor ouderen'. Binnen dit project werd er namelijk een checklist ontworpen om de woning van de kwetsbare thuiswonende oudere te screenen. Het handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende oudere werd vervolgens afgetoetst aan de structuur en componenten van het e-OPP. Hiervoor werd er een overleg georganiseerd in aanwezigheid van Erwin Vanroye alsook Rudi Ghysels.

Binnen het praktisch gedeelte kreeg de database meer inhoud. Deze werd, vanuit de theoretische achtergrond, aangevuld met assessments en advies in de vorm van hulpmiddelen en zorgtechnologieën. Hiervoor werden reeds bestaande databanken met hulpmiddelen geraadpleegd (o.a. Vlibank en Advys). Ook werden er brochures aangeboden door Mieke Nijs

en werd er een rondleiding georganiseerd in het UD Woonlabo. Het gehele project onderging een pre-test in het werkveld. In eerste instantie zijn zes studenten nagegaan of de hulpvraag vanuit de extramurale zorg gespecificeerd kon worden via het e-OPP. In functie van dit afstudeerproject werd er door drie studenten ergotherapie en twee studenten sociale verpleegkunde, gekeken of de database een antwoord kon bieden op de specifieke hulpvragen. Op regelmatige basis werd er een interdisciplinair overleg georganiseerd tussen de studenten ergotherapie en sociale verpleegkunde, in het bijzijn van de promotoren Myriam Westhovens (ergotherapie) en Wouter Grommen (sociale verpleegkunde). Dit gebeurde over de hele lijn van het PWO-project. Ook werd er een overleg georganiseerd waar, vanuit de verschillende invalshoeken, casussen besproken werden omtrent het verlenen van gericht advies. Om alles in kaart te brengen werd er gebruik gemaakt van het e-OPP.

5 Resultaten

5.1 Theoretische situering

Om een goed beeld te verkrijgen van de kwetsbare thuiswonende ouderen, is het nodig om deze doelgroep te kaderen binnen de maatschappij. De vergrijzing is iets waar de samenleving niet omheen kan. Door de sterke toename van de ouderenbevolking en door de steeds positiever wordende beeldvorming omtrent de oudere, groeit de wens om langer zelfstandig thuis te blijven wonen. Door deze evolutie zal er nood zijn aan effectieve thuiszorgprojecten, waar het Woonzorgdecreet ook bij aansluit.

5.1.1 De vergrijzing

De levensverwachting van de Vlamingen stijgt, waardoor het aandeel 65-plussers, volgens Jacobs et al. (2004, in Van de Velde & Vriendt, 2009) in de toekomst nog zal toenemen. Deze toename van de ouderenbevolking heeft als direct gevolg een toename van de groep kwetsbare ouderen. Desmarests et al. (2002, in Van de Velde & Vriendt) omschrijven dat de vergrijzing chronische aandoeningen met zich meebrengt. Uit een Belgische gezondheidsenquête bleek reeds dat de meerderheid van de 75-plussers minstens twee chronische aandoeningen heeft, waarvan 56% van de mannen en 69% van de vrouwen. Dit heeft zelfredzaamheidsproblemen als gevolg, die zich volgens Jacobs et al. (in Van de Velde & Vriendt) eerst manifesteren op gebied van de Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven (IADL) en vervolgens kunnen evolueren tot problemen op gebied van de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL). 50% van de 75-plussers kampt daarbovenop met bewegingsbeperkingen.

5.1.2 Een kijk op de maatschappelijke beeldvorming van de ouderenbevolking

De maatschappelijke beeldvorming over een bepaalde populatie, wordt in de hand gewerkt door visies die gehanteerd worden binnen de maatschappij. Tot op heden heerst er nog vaak een negatief, stereotiep beeld over de huidige ouderenpopulatie, dat betrekking heeft op het oud zijn en het ouder worden. Marcoen (2006) en Geenen (2010, in De Coninck, 2010) beschreven beiden twee modellen omtrent de visie op het ouder worden: het deficitmodel en het competentiemodel. Afhankelijk van welk model er gehanteerd wordt binnen de samenleving, wordt de beleving en de beeldvorming van het oud zijn en ouder worden bepaald.

Het deficitmodel berust op de visie dat wanneer mensen ouder worden, de bekwaamheid om normaal en aangepast te kunnen functioneren afneemt. Op lichamenlijk vlak zijn er allerlei biologische slijtages en afbraakprocessen gaande, die onder andere een verminderde lichaamskracht en tragere reactiesnelheid met zich meebrengen. Op psychosociaal vlak wordt de oudere als minder intelligent beschouwd, de leercapaciteiten verminderen, er is een afname van interesse in de omgeving en er wordt vanuit gegaan dat ouderen geen rollen meer (kunnen) vervullen in de samenleving. Al deze negatieve (en foutieve) opvattingen zijn het gevolg van een slechte observatie en interpretatie van de mogelijkheden van de oudere. De 3^{de} (en 4^{de}) generatie wordt constant vergeleken met de jongere generatie(s), met de nadruk op de negatieve aspecten van het verouderingsproces en de verliesverschijnselen die dit proces met zich mee kan brengen. Doordat er zo gefocust wordt op de vaardigheden die de oudere niet meer kan uitvoeren, is de motivatie tot actief en succesvol ouder worden ver zoek.

Als reactie op bovenstaand model, kwamen Marcoen en Grommen (2006, in De Coninck, 2010) met *het competentiemodel* op de proppen. Dit model werd ontwikkeld om een positieve evolutie op het beeld van de oudere op gang te brengen. Het competentiemodel vertrekt vanuit de positieve kant van het verhaal. Er wordt aandacht besteed aan de manier waarop de oudere uitdagingen, die het ouder worden met zich meebrengt, aanpakt. Om dit te verwezenlijken, ontwikkelt de oudere competenties en maakt gebruik van de eigen talenten. Ouderen zijn wel degelijk in staat om, met eigen capaciteiten, succesvol ouder te worden en om nog betekenisvolle rollen te vervullen binnen de maatschappij. Deze opvatting dient als kern gehanteerd te worden binnen het therapeutisch handelen van verschillende hulpverleners.

‘Spreading the word’ is niet genoeg om de visie van het competentiemodel over te brengen naar de huidige generatie. Een deel van de populatie zal wel oor hebben voor het verhaal dat verkondigd wordt, maar er is meer nodig om de knop om te draaien. Daarom is het belangrijk dat hulpverleners die dagelijks in contact komen met kwetsbare thuiswonende ouderen, deze positieve boodschap overbrengen. Er kan gerichte sturing gegeven worden aan dit proces, door de manier waarop de hulpverlener met de oudere omgaat. Om dit te faciliteren, is het nodig dat er een *empowerende* benadering gehanteerd wordt.

5.1.2.1 Empowerment

Hiervoor werd reeds aangehaald dat er een evolutie plaats vindt binnen de oudere generatie. Er wordt dan niet alleen de beeldvorming van de maatschappij bedoeld, maar ook de visie van de oudere zelf ten opzichte van zijn verouderingsproces. In de huidige samenleving zijn er binnen de derde generatie, twee groepen ouderen met verschillende visies te onderscheiden, namelijk: *de stille generatie* (Vanden Boer & Pauwels, 2006, in Geenen, 2012) en *de protest generatie* (Geenen, 2012).

De stille generatie is de groep onder de ouderenbevolking die snel tevreden zijn met wat ze krijgen. Deze attitude is mede gegroeid vanuit de opvoeding die vroeger gehanteerd werd. Deze mensen kregen mee dat klagen geen oplossing is en lieten vaak hun eigen leven door anderen leiden. Een beperkte opleiding, het vooropstellen van arbeid en de zorg voor de kinderen zijn kenmerkend voor deze groep (Becker, 1987, in Geenen, 2012).

De protest generatie is de groep ouderen die in verloop van tijd meer en meer stem gaan krijgen in de samenleving. Deze generatie zal hogere eisen qua dienstverlening stellen en verwachten dat woon- en zorgplannen op maat van de eigen wensen en behoeften opgesteld worden. Deze evolutie vindt plaats door de stijging van ouderen met een degelijke opleiding, de mondigheid en de kritische kijk van deze nieuwe generatie.

Deze verschillen bestaan reeds al in de huidige ouderenpopulatie. Het is voor de hulpverleners een grote uitdaging om de kloof tussen beiden groepen kleiner te maken en te zorgen voor een vlotte overgang en samenvloeiing naar een modernere visie. Om dit te verwezenlijken, is het aangewezen om *de stille generatie* te empoweren. Deze mensen dienen gestimuleerd te worden om eigen beslissingen te nemen in plaats van zich aan te passen aan de veralgemeende norm 'omdat dit zo hoort'. Het is belangrijk dat de oudere de eigen verantwoordelijkheid behoudt, niet alleen opdat de regie over het eigen leven herwonnen wordt maar ook om de eigen levenskwaliteit te bevorderen (De Coninck, 2010; Geenen, 2012).

Ook binnen het UD Woonlabo wordt er belang gehecht aan het empoweren van de kwetsbare thuiswonende oudere. Er wordt gestreefd naar een cliëntgerichte en kwaliteitsvolle adviesverlening. Vanuit een empowerende visie wordt er getracht een ondersteunend klimaat te bieden, zowel voor de thuiswonende kwetsbare oudere als voor de betrokken omgeving. Om dit te faciliteren, worden de volgende principes gehanteerd (De Coninck, 2010; Geenen, 2012):

- De oudere accepteren zoals hij/zij is
- Aandacht hebben voor de relaties van de oudere, met het doel om de oudere te stimuleren tot deelname aan activiteiten
- Zorg voor de persoonlijke levenssfeer en leefomgeving
- De oudere activeren, eventueel perspectieven aanreiken
- Attent blijven voor de individuele behoeften van de oudere (cliëntgerichtheid)
- Aandacht voor eigen stijl van optreden als hulpverlener

5.1.3 De thuiszorg

Vanuit het competentiemodel en de empowerment gedachte is het voor de ouderen belangrijk om zelf beslissingen te nemen naargelang eigen wensen. Eén van de belangrijkste wensen is het zo lang mogelijk verblijven in de eigen woonst. Ouderen zullen sommige taken of activiteiten moeten laten vallen omdat het niet meer haalbaar is deze zelfstandig uit te voeren. Hulpverleners binnen de thuiszorgdiensten kunnen de oudere bijstaan om toch zo zelfstandig mogelijk thuis te blijven wonen. Opnames in rust- en ziekenhuizen worden dankzij goed afgestemde thuiszorg gereduceerd. Omwille van sociaal-maatschappelijke redenen is een verschuiving van intra- naar extramuraal ook onoverkomelijk. Natuurlijk heeft de thuiszorg een financiering nodig (de Almeida Mello, J. et al, 2012).

Het Expertisecentrum ouderenzorg (ECOZ) en het PWO-project leefbaar wonen pleiten ervoor dat ouderen het eigen leven in handen nemen. Om dit te verwezenlijken wil de overheid meer investeren in de vermaatschappelijking van de zorg. Het gaat hier vooral om een investering in innovatieve projecten in de thuiszorg die helpen om ouderen langer thuis te laten wonen. Om deze reden wordt er op dit moment onderzoek gedaan naar effectieve projecten in de thuiszorg. In het artikel van de Almeida Mello, J. et al (2012) wordt een onderzoeksdesign beschreven dat nagaat welk soort interventie het meest doeltreffend is. 34 thuiszorgprojecten zullen geëvalueerd worden om na te gaan welk type van project het meest geschikt is als interventie bij de kwetsbare thuiswonende ouderen. Het doel van dit drie jaar

lopende longitudinaal onderzoek is om na te gaan welke types van projecten geassocieerd worden met een vermindering van verlies op functioneel en cognitief gebied bij ouderen. Met andere woorden, welke interventies een vermindert risico geven op institutionalisering. Ook wordt er nagegaan welk type van project bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven. Het onderzoek maakt een vergelijking mogelijk van de kwetsbare thuiswonende ouderen en de ouderen die reeds geïnstitutionaliseerd zijn. Dit is belangrijke informatie om na te gaan wat de risico's voor institutionalisering zijn. Het onderzoek is momenteel nog lopende, maar het is alvast zeker dat de resultaten nuttig zullen zijn om zowel zorgverleners als politici te informeren. ECOZ (Expertisecel ouderenzorg) en het PWO- project leefbaar wonen kunnen later ook uit deze onderzoeken nuttige informatie halen. Zo kunnen ze verder inspelen op de noden en behoeften van thuiswonende ouderen of op de elementen waarin nog tekort geschoten wordt om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen (de Almeida Mello, J. et al, 2012).

5.1.4 Het Woonzorgdecreet

Op 1 januari 2010 trad het nieuwe Woonzorgdecreet in werking. Binnen het decreet wordt er een versoepeling voorzien van het zorgaanbod, in functie van de zorgvraag van de gebruiker. Vooral het bieden van zorg op maat en zorgcontinuïteit staan centraal in het nieuwe decreet (www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/ouderenzorg/het-nieuwe-woonzorgdecreet-voor-thuis-en-ouderenzorg).

Myncke en Vandekerckhove (2007) hebben een inventarisatie gemaakt van de woonwensen en -behoeften van de ouderen. De woning blijkt een belangrijk gegeven, wat maakt dat de ouderen langer zelfstandig willen functioneren in de woning (Vandeurzen, 2010). Ook de woonomgeving speelt een belangrijk rol, het geeft de mogelijkheid om contacten te houden met familie en vrienden en om actief te blijven deelnemen aan de maatschappij. De woonst biedt voor de meeste ouderen een garantie op gebied van privacy, comfort, veiligheid, woonzekerheid en identiteit. Uit het onderzoek van Myncke en Vandekerckhove blijkt dat 77% van de ouderen in een eengezinswoning wonen en iets meer dan één vijfde in een appartement. Problemen die ouderen ondervinden hebben vooral te maken met het onderhoud van de woning. Deze problemen vloeien niet zo zeer voort uit het financiële aspect maar eerder uit de fysieke mogelijkheden van de ouderen. Het onderzoek wijst ook uit dat de omgeving vaak onvoldoende aangepast is aan de veranderde behoeftes op latere leeftijd (Myncke & Vandekerckhove, 2007).

Vandeurzen (2010) geeft aan dat er een verandering plaatsvindt binnen de leefvormen. Ouderen zullen in de toekomst langer zelfstandig blijven wonen, wat als gevolg heeft dat het aantal opnames in collectieve woonvormen zullen afnemen. Ouderen verwachten van de woning dat deze ruim genoeg is en voldoende comfort biedt. De tekorten van de woning situeren zich in het groot aantal trappen binnenshuis, het ontbreken van een aangepaste badkamer of doucheceel, een slechte ligging van het toilet of het ontbreken van een tweede wc, slechte isolatie en geen centrale verwarming.

Het Vlaams ouderenbeleidsplan 2010 – 2014 heeft een aantal doelstellingen en acties geformuleerd voor het creëren van een aangepaste woning voor ouderen. Het “Universal Design” – principe wordt hierbij gehanteerd, dat staat voor levenslang, duurzaam en aanpasbaar wonen. Dit principe wordt vooral in de architectenwereld gepromoot opdat de toegankelijkheid van de woningen bevordert wordt. Woningaanpassingen die het thuis wonen van zorgbehoevende ouderen ondersteunen, worden op deze manier gestimuleerd en beter gecoördineerd. Het Woonzorgdecreet (2010) vergroot de rol van de regionale dienstencentra in dit verband. Hieronder wordt zowel het verlenen van objectief advies en het brengen van het volledige aanbod van materiële en immateriële hulp- en dienstverleningen verstaan. Alsook het geven van advies over woning- en technologische aanpassingen.

De ergotherapeutische begeleiding binnen dit gegeven kan bestaan uit het begeleiden van de woningaanpassingen: advies over mogelijke uitvoerders van de aanpassingswerkzaamheden, begeleiding bij uitvoering van de werkzaamheden en ondersteuning bij praktische en administratieve formaliteiten (Vandeurzen, 2010). Op 1 januari trad het nieuwe woonzorgdecreet in werking. Zorg op maat bieden en garanderen van zorgcontinuïteit staan hierbij centraal.

Het woonzorgdecreet heeft drie doelstellingen die terug te vinden zijn op de website van de Vlaamse Overheid (www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/ouderenzorg/het-nieuwe-woonzorgdecreet-voor-thuis-en-ouderenzorg):

- Continuïteit van het zorgaanbod en zorg op maat bieden door het correct en individueel aangepast inzetten van zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg.

- De regelgeving voor zorg, wonen en welzijn actualiseren en beter op elkaar afstemmen. Op deze manier kan de samenwerking tussen thuiszorg, residentiële zorg en thuiszorg ondersteunende zorg vergemakkelijken en versterken.
- Verhogen van de kwaliteit van wonen en zorg door passend in te spelen op de individuele fysieke en psychische behoeften van de zorgvrager. Met voldoende aandacht voor het sociale aspect en het welbehagen van de zorgbehovende.

Deze doelstellingen worden ook binnen het UD-Woonlabo nagestreefd. Vanuit deze theoretische achtergrond kan er nu overgegaan worden op de toelichting van de kwetsbare thuiswonende oudere.

5.2 De kwetsbare thuiswonende ouderen

5.2.1 Theoretisch uitgangspunt

Alvorens het handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende oudere te schetsen, was het nodig om theoretische achtergrondinformatie te verkrijgen. Allereerst zal er een algemene beschrijving gegeven worden van de kwetsbare thuiswonende oudere. Vervolgens zal er een beschrijving van het Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E), het ergotherapeutisch inhoudsmodel dat gebruikt werd om het handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende oudere te omschrijven, gegeven worden. Tenslotte zal het handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende ouderen in kaart worden gebracht, volgens het CMOP-E. Hierbij zal de focus zowel op de handelingsmogelijkheden als –moeilijkheden gelegd worden. Binnen de praktische uitwerking van het handelingsbeeld binnen het CMOP-E zullen ook nog de handelingsgebieden, die vanuit het ergotherapeutisch standpunt een belangrijke rol spelen, worden geded.

5.2.1.1 De kwetsbare thuiswonende ouderen: algemeen

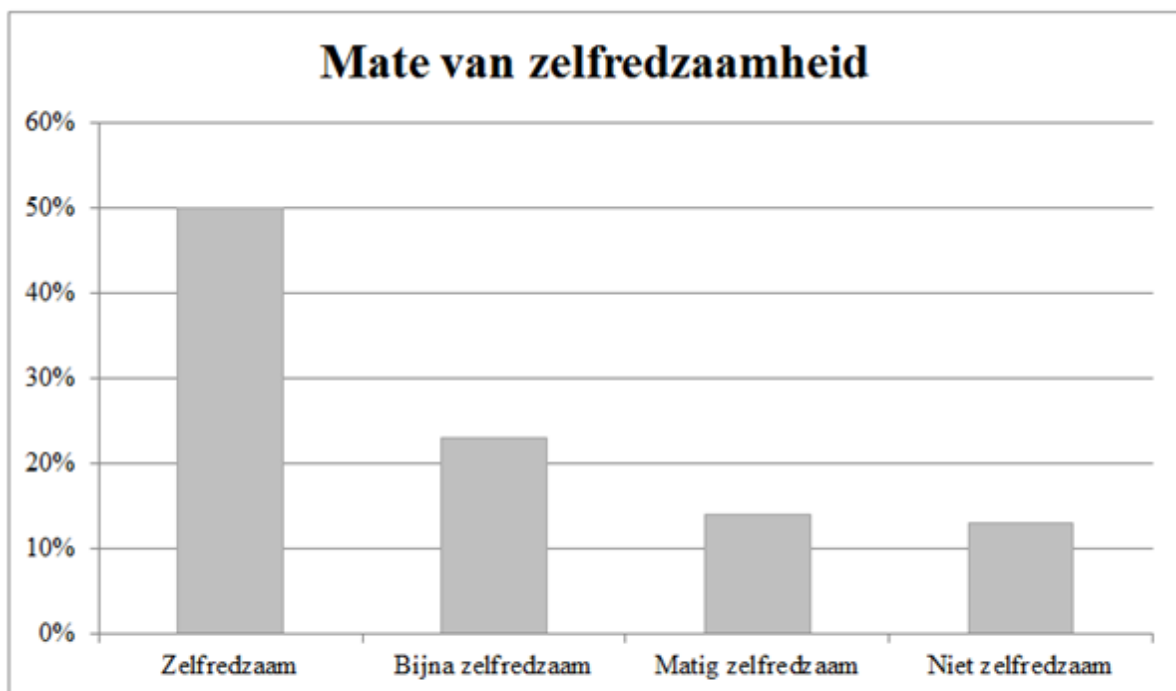
Vanuit het UD Woonlabo wordt, wat betreft de doelgroep ouderen, uitgegaan van 65-plussers die nog thuis wonen en vooral te kampen hebben met problemen als gevolg van de systematische veroudering. Hierbij gaat het dus om ouderen die kwetsbaar zijn.

Volgens Gobbens (2010, in Vermeer, 2011; in Den Draak & van Campen, 2012) is kwetsbaarheid een proces van opeenstapeling van verminderd lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren, wat de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functiebeperkingen, opname en overlijden, vergroot. Het omvat een meervoudige problematiek, met als gevolg het risico op zorgafhankelijkheid en het verlies van zelfstandigheid. Gobbens en collega's (2010, in den Draak & van Campen) hebben daarom, aan de hand van eerder wetenschappelijk onderzoek, een lijst opgesteld met determinanten en kenmerken van kwetsbaarheid. Het omvat een conceptueel model en beschrijft sociaal-demografische en sociaal-economische factoren die van invloed zijn op de mate van kwetsbaarheid bij ouderen:

- *Sociaal-demografische factoren:* (hoge) leeftijd, het geslacht, de burgerlijke staat (al dan niet alleenwonend), etniciteit.
- *Sociaal-economische factoren:* onderwijs (laag geschoold), (laag) inkomen.

Om de mate van kwetsbaarheid vast te stellen, wordt er niet enkel gekeken naar de chronologische leeftijd, maar naar de functionele, biologische leeftijd (Willemse, 2008). Aan de Universiteit van Tilburg werd een vragenlijst ontwikkeld om de omvang van de kwetsbaarheid vast te stellen en na te gaan binnen welke domeinen het zich manifesteert. De Tilburg Frailty Indicator (TFI) dient door de zelfstandige thuiswonende oudere, mits hulp van een mantelzorger of hulpverlener, ingevuld te worden (Vermeer, 2011). Het assessment werd opgenomen in de databank.

De meerderheid van de Vlaamse ouderen kent een grote zelfredzaamheid (**fig. 1**), maar er is een niet te verwaarlozen groep waarbij dit niet het geval is. Vooral alleenstaanden vormen een risicogroep, mits deze minder snel beroep (kunnen) doen op mensen uit de omgeving (Van de Velde & Vriendt, 2009).



Figuur 1: Onderzoek van Jacobs et al. (2004, in Van de Velde & Vriendt, 2009) naar de mate van zelfredzaamheid bij 75-plussers in Vlaanderen, ten aanzien van bewegingspersoonsverzorgende, huishoudelijke en bijzondere activiteiten.

De laatste jaren is er een groeiende aandacht omtrent de zorg voor kwetsbare ouderen. Deze is immers complex en dient interdisciplinair te gebeuren (Vermeer, 2011). Volgens Vanden Boer (1991, in Van de Velde & Vriendt, 2009) willen ouderen zo lang mogelijk zelfstandig (in eigen huis) wonen, op een veilige, ‘aangepaste’ manier, goed geïntegreerd én onafhankelijk. Een grote meerderheid van de kwetsbare ouderen woont dan ook nog

zelfstandig thuis. Vaak wordt er voorkeur gegeven aan professionele hulp om dit waar te maken (Van de Velde & Vriendt). Het thuiszorggebruik komt in grote mate overeen met de determinanten en kenmerken van kwetsbaarheid (Den Draak & van Campen, 2012):

- De leeftijd, de samenstelling van het huishouden en/of de aanwezigheid en ernst van fysieke beperkingen
- De aanwezigheid van chronische aandoeningen of multimorbiditeit en de psychische gezondheidsstatus
- Het aantal ziekenhuisopnamen in het voorgaande jaar
- De zorgvoorkeuren van de oudere

De zorgvoorkeuren van de ouderen zijn een subjectief gegeven en afhankelijk van de manier waarop de oudere de kwaliteit van het leven ervaart (Van de Velde & Vriendt, 2009).

Alhoewel er reeds vaker beroep gedaan wordt op professionele hulp, is er nog steeds een deel van de kwetsbare ouderen die geen gebruik maakt van professionele thuiszorgdiensten.

Aandacht besteden aan deze groep kwetsbare ouderen is dan ook van groot belang, opdat er vroegtijdig ingegrepen en ondersteuning geboden kan worden (Den Draak & van Campen, 2012).

5.2.1.2 Het Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)

Alvorens er een duidelijk beeld geschetst kon worden van de ouderen, moest er eerst met een bepaalde achtergrond naar de doelgroep gekeken worden. Hiervoor werd er vanuit de ergotherapie een inhoudsmodel gebruikt. Vanuit de samenstelling van het afstudeerproject, leek het logisch om een model te kiezen dat het best aansluit bij de terminologie van het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), mits deze een universele taal hanteert. Het Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) leek hierbij de beste keuze.

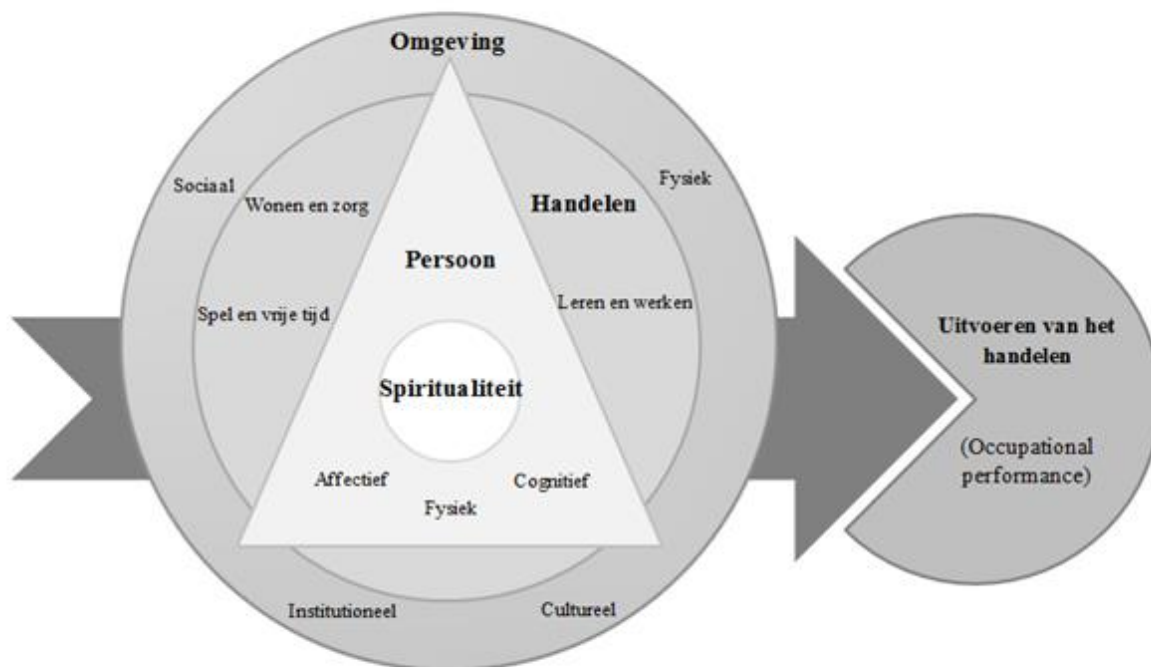
Ten grondslag van het CMOP-E ligt het Canadian Model of Occupational Performance (CMOP). Het model werd in 1997 geïntroduceerd door de Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) en vloeit voort uit het Occupational Performance Model (OPM). Tien jaar later, in 2007, werd het CMOP-E geïntroduceerd door Polatajko, Townsend en Craik (Polatajko et al., 2007; Van Hartingsveldt & Piskur, 2012). Polatajko et al. identificeerden engagement ('betrokkenheid') als een belangrijk aspect binnen het menselijk

handelen. De toevoeging van dit element bleek noodzakelijk, omwille van de ontwikkelingen en verbeteringen van het beroep ergotherapie doorheen de jaren. Deze werd namelijk meer handelings- en cliëntgericht en berustte op evidence-based practice. Door deze toevoeging van engagement, werd niet alleen de nadruk gelegd op het uitvoeren van handelingen, maar ook op het 'kunnen uitvoeren' van handelingen. Deze doelstelling komt ook sterk naar voren binnen het UD Woonlabo, door zijn Universal Design: er wordt gewerkt met een breed draagvlak om het woonconcept voor iedereen toegankelijk te maken. Het ontwerp maakt de verwezenlijking van het 'levenslang' en zo lang mogelijk zelfstandig functioneren in de eigen woning, zowel voor ouderen als andere doelgroepen, mogelijk.

Het CMOP-E betreft een inhoudsmodel waarbij de uitvoering van het handelen (*occupational performance*) en het cliëntgericht (*client-centered*) werken centraal gesteld worden. Verder bestaat het model uit vier belangrijke componenten: de persoon, het handelen, de omgeving en de spiritualiteit, wat een onderdeel vormt van de persoon (Polatajko et al., 2007; Van de Velde & Vriendt, 2009; Van Hartingsveldt & Piskur, 2012). De uitvoering van het handelen wordt gezien als een dynamische reactie tussen de persoon, de betekenisvolle activiteit(en) (het handelen) en de omgeving. Er wordt dus constant uitgegaan van een interactie tussen persoon, handelen en omgeving, waarin geen hiërarchie gehanteerd wordt (Van de Velde & Vriendt; Van Hartingsveldt & Piskur). Er bestaat een onderlinge afhankelijkheid binnen deze componenten (Polatajko et al.). Townsend (1997, in Van de Velde & Vriendt) merkt op dat een evenwichtige balans binnen deze interactie belangrijk is voor de levenskwaliteit van de persoon en zorgt ervoor dat er betekenisvol gehandeld kan worden. Eén verandering in één van de componenten kan voor een verandering binnen alle componenten zorgen, en kan tenslotte leiden tot een dysfunctie binnen het handelen. Een individu kan enkel optimaal functioneren indien de harmonie binnen de persoon-handelen-omgevingsinteractie bewaard wordt.

❖ Componenten van het CMOP-E

Zoals hierboven aangegeven, berust het CMOP-E op drie componenten.



Figuur 2: De componenten van het Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E).

Persoon: ‘wordt gezien als een geïntegreerd geheel van spirituele, sociale en culturele ervaringen en waarneembare capaciteiten’ (Van Hartingsveldt & Piskur, 2012). De persoon is gelegen in het centrum van het model en bestaat uit 3 aspecten: het affectieve, het cognitieve en het fysieke (Polatajko et al., 2007; Van de Velde & Vriendt, 2009; Van Hartingsveldt & Piskur). Het affectieve aspect beschrijft de gevoelens van de persoon. Het bevat sociale evenals emotionele functies en houdt rekening met zowel de inter- als intrapersoonlijke factoren. Het cognitieve aspect omvat het denken van de mens, alle mentale functies. Het fysieke aspect tenslotte, geeft de uitvoerende capaciteiten van de persoon weer tijdens het handelen, het ‘doen’. Het richt zich op de sensorische, motorische en sensomotorische functies (Van Hartingsveldt & Piskur).

Een belangrijk onderdeel van de persoon is de *spiritualiteit*. Het CMOP-E is het eerste raamwerk waarin dit component erkend wordt (Polatajko et al., 2007). Spiritualiteit wordt voorgesteld als de centrale kern van de persoon, maar is daarentegen ook onlosmakelijk verbonden aan de persoon-handelen-omgevingsinteractie. Het handelt over de intrinsieke

waarden, overtuigingen en doelen van de persoon, en weerspiegelt de essentie van het leven (Van Hartingsveldt & Piskur, 2012). Het komt tot uiting in alle acties en daden die de persoon onderneemt, het is de drijfveer tot het handelen (Van de Velde & Vriendt, 2009). Spiritualiteit is echter geen synoniem van religie, al ontdekken sommige individuen het wel via religieuze overtuigingen (Polatajko et al.).

Omgeving: is de context buiten het individu, waarin de persoon handelt (Polatajko et al., 2007). Het speelt een rol in de betekenis die de persoon toekent aan het handelen. De omgeving kan een faciliterende of remmende werking hebben op het handelen van de persoon: de persoon wordt in staat gesteld om te handelen, of wordt door de omgeving verhinderd om te komen tot handelen (Van de Velde & Vriendt, 2009). Verder bestaat de omgeving uit vier facetten: de culturele, de fysieke, de sociale en de institutionele omgeving.

De culturele omgeving houdt alle activiteiten in die gebaseerd zijn op de ethiek en het waardesysteem van bepaalde groepen. De institutionele omgeving omvat maatschappelijke organisaties en activiteiten, en bevat verder economische, juridische en politieke aspecten. De fysieke omgeving is de natuurlijke en bebouwde omgeving rondom de persoon en de sociale omgeving weergeeft de sociale prioriteiten van de persoon, zoals: relaties tussen mensen in een gemeenschap, sociale groeperingen (gebaseerd op gezamenlijke interesses, waarden, attitudes en overtuigingen) en sociale omgevingselementen (Van Hartingsveldt & Piskur, 2012).

Handelen: richt zich op de drie handelingsgebieden: wonen en zorg, leren en werken, en spel en vrije tijd. Pierce (2001, in Van Hartingsveldt & Piskur, 2012) ziet handelen als het uitvoeren van activiteiten die betekenis hebben binnen een specifieke context. Het is een complex proces waarbij de persoon in interactie treedt met de omgeving (Polatajko et al., 2007; Van Hartingsveldt & Piskur).

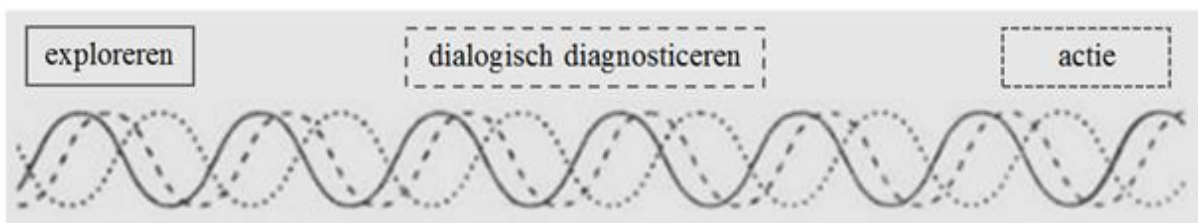
❖ **Gebruik van het CMOP-E**

Het model richt zich op het mogelijk maken van het handelen. Het geeft de hulpverlener de mogelijkheid om ondersteunende en beperkende factoren op te merken die een invloed hebben op de uitvoering van het handelen en de betrokkenheid van personen, organisaties en populaties binnen de handelingscontext. Er wordt een beeld verkregen op de persoon-handelen-omgevingsinteractie en biedt mogelijkheden om deze fit te verbeteren (Van Hartingsveldt & Piskur, 2012).

❖ CMOP-E vs. interdisciplinariteit

Het CMOP-E is een mooi voorbeeld van een ergotherapeutisch inhoudsmodel met een interdisciplinaire basis. Zo berust het op humanistische theorieën, waarbij de nadruk gelegd wordt op het cliëntgericht werken. Ook ontwikkelings- en leertheorieën komen aan bod, mits het individu de mogelijkheid heeft zich aan te passen aan veranderingen of om nieuwe vaardigheden te verwerven. Tenslotte handelt het CMOP-E over omgevingstheorieën. De omgeving vormt een belangrijk onderdeel binnen het model en beïnvloedt alsook het menselijk handelen (Polatajko et al., 2007).

Vanuit de sociale verpleegkunde wordt er gebruik gemaakt van het EDDA-model om de interventie met de oudere in kaart te brengen. Het EDDA-model is een dynamisch procesmodel dat bestaat uit drie fasen: het exploreren, het dialogisch diagnosticeren en de actiegerichte interventies. De drie interventies binnen het model verlopen spiraalvormig, dit wil zeggen dat de fasen niet opeenvolgend zijn maar door elkaar lopen. Bijvoorbeeld: tijdens een intakegesprek met de cliënt (explorerende activiteit) kan de hulpverlener reeds een beeld hebben van de problematiek (dialogisch diagnosticeren) en vervolgens tijdens het gesprek al oplossingen aanbieden (actiegerichte interventie). Doorheen het proces staat de wisselwerkingsgerichte communicatie tussen de hulpverlener en de cliënt centraal. Dit maakt dat de cliënt mede inspraak heeft gedurende het proces.



Figuur 3: Het EDDA-model: Exploreren, Dialogisch Diagnosticeren, Actie.

De nadruk binnen het EDDA-model ligt, net zoals bij het CMOP-E, op het cliëntgericht werken. Ook rust het model op verscheidene humanistische theorieën. Hieruit kan geconcludeerd worden dat mede vanuit sociale verpleegkunde een model gehanteerd wordt met een interdisciplinaire basis.

❖ CMOP-E vs. ICF/e-OPP

Om de interdisciplinariteit van het CMOP-E nog meer te benadrukken, werd er een vergelijkende studie gedaan met het ICF. Er werd gebruik gemaakt van terminologie van het e-OPP om deze vergelijkende studie te voltooien. Het e-OPP is een eclectisch model, samengesteld vanuit verscheidene modellen. Door deze samenstelling is er een brede interpretatie mogelijk alsook een ruime terminologie aanwezig. Het leek daarom logisch om van deze componenten gebruik te maken om de vergelijkende studie mee te staven:

<i>e-OPP</i>	Terminologie CMOP-E	Terminologie ICF
<u>Handelings-componenten:</u>	Functiegebieden: <ul style="list-style-type: none"> * Affectief * Cognitief * Fysiek (uitvoerende capaciteiten) 	Functies en anatomische eigenschappen: <ul style="list-style-type: none"> * Lichaamsfuncties * Lichaamsstructuren
<u>Handelingsgebieden en – patronen:</u>	<ul style="list-style-type: none"> * (Activiteiten worden uitgevoerd binnen) 3 handelingsgebieden (wonen en zorg, leren en werken, spelen en vrije tijd) * Participatie (zinnvolle deelname aan de maatschappij) 	<ul style="list-style-type: none"> * Activiteiten * Participatie
<u>Handelings-context:</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Omgeving (cultureel, institutioneel, fysiek en sociaal) * Spiritualiteit (persoonlijke context) 	<ul style="list-style-type: none"> * Externe factoren * Persoonlijke factoren

Handelen

Figuur 4: Vergelijking terminologie CMOP-E met het ICF, op basis van de terminologie van het e-OPP.

De terminologie van het CMOP-E sluit in grote lijnen aan bij de terminologie van het ICF. Er zijn echter enkele begrippen met een andere benaming, maar deze worden gelijkaardig beschreven in de toelichting van het CMOP-E/het ICF. Uit deze vergelijking kan besloten worden dat het CMOP-E, vanuit zijn ergotherapeutische basis, aansluiting vindt bij de

interdisciplinaire werking. Dit maakt dat het model gehanteerd kan worden voor het uitwerken van het handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende oudere alsook kan dienen voor de praktische uitwerking van de startdatabase.

5.2.2 Het handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende oudere

Met behulp van de structuur van het CMOP-E werd het handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende oudere opgesteld. Door het CMOP-E te hanteren kon er met een ergotherapeutische visie naar de doelgroep gekeken worden, om de oudere in al zijn facetten te beschrijven. In de zoektocht naar een handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende ouderen, werd er ook gewerkt vanuit het idee van een Core Sets.

5.2.2.1 *De zoektocht naar Core Sets*

Om het ICF meer toepasbaar te maken in de praktijk, werden er gebruiksvriendelijke beschrijvingen opgesteld om het functioneren en disfunctioneren te beschrijven: de zogenaamde Core Sets. Deze Core Sets vergemakkelijken de beschrijving van het functioneren van een bepaalde doelgroep binnen de klinische praktijk door een lijst te voorzien met specifieke gezondheidscondities en gezondheidszorgcontexten (www.icf-Core-Sets.org). Er werd een Core Set gevonden omtrent ‘post-acute zorg voor geriatrische patiënten’, maar deze paste niet in de beschrijving van de kwetsbare thuiswonende oudere. Binnen deze Core Sets van geriatrische patiënten werd een beschrijving geformuleerd vanuit de lichaamsfuncties en –structuren. De hulpvraag van de kwetsbare thuiswonende ouderen zal vooral voortkomen uit de eigen woonsituatie en –omgeving. Er wordt vertrokken vanuit een breder perspectief, namelijk het activiteiten- en participatieniveau.

In functie van het verdere verloop was het nodig om een ruime beschrijving te geven van het functioneren van deze doelgroep. Dit werd bekomen door integratie van verschillende literatuur, alsook met de ergotherapeutische basis van het CMOP-E in het achterhoofd.

5.2.2.2 *De kwetsbare thuiswonende oudere in beeld gebracht volgens het CMOP-E*

Volgens de componenten van het CMOP-E werd er een handelingsbeeld opgesteld van de thuiswonende kwetsbare oudere. Als basisboek werd hiervoor Ergotherapie in de gerontologie (De Coninck, 2010) gehanteerd. Aanvullend werden er artikels geraadpleegd alsook opgedane kennis uit de opleiding ergotherapie.

❖ **Persoon**

Affectief

Ouder worden gaat gepaard met het verlies van naasten. De oudere verliest niet alleen zijn ouders, maar het kan ook zijn dat hij zijn partner en vrienden verliest. Hierdoor kan er emotionele eenzaamheid ontstaan. Dit wil zeggen dat de oudere een gevoel van leegte en verdriet ervaart. Het gemis van intieme relaties is aanwezig. Ook andere belangrijke levenservaringen en rolverschuivingen hebben een grote invloed op de oudere. Op pensioen gaan kan positieve zaken teweeg brengen zoals meer tijd voor de kleinkinderen, uitstapjes kunnen maken, op reis gaan,... Het kan echter ook een minder goede invloed hebben op het welbevinden van de oudere. Doordat de oudere met pensioen gaat, vallen zijn belangrijke sociale contacten weg. Dit kan sociale eenzaamheid tot gevolg hebben. Ook moet de oudere zijn vrije tijd kunnen invullen. Het op zoek gaan naar nieuwe vrijetijdbestedingen is niet altijd gemakkelijk en de oudere wil zich natuurlijk ook nog nuttig voelen.

Cognitief

Op cognitief vlak kan er een lichte achteruitgang merkbaar zijn (usual aging). De systematische veroudering heeft als gevolg dat het korte termijn geheugen van de oudere afneemt. Mogelijke gevolgen hiervan kunnen zijn dat de oudere vergeetachtig is, cijfers en namen makkelijker vergeet, boodschappen moeilijker kan onthouden, elektrische apparaten zoals het vuur of het strijkijzer vergeet uit te schakelen,... Het ophalen van informatie uit het lange termijn geheugen verloopt ook minder accuraat. Ook het uitvoeren van complexe functies nemen af. De oudere heeft namelijk meer tijd nodig om beslissingen te nemen en bewegingen te plannen. Omwille van de verminderde verdeelde aandacht, is het ook moeilijker om dubbeltaken uit te voeren (bv. stappen en praten tegelijkertijd).

Spiritualiteit

Hieronder worden de wensen en behoeften van kwetsbare thuiswonende ouderen geplaatst. De spiritualiteit is niet enkel het geloof van de oudere. Het is de drijfveer van het handelen. Wat is de reden dat iemand nog wil blijven doorgaan met zijn leven? Vaak zijn de kleinkinderen een drijfveer voor ouderen om actief bezig te blijven. De wens van de doelgroep thuiswonende ouderen is om in eigen omgeving en huis te blijven wonen.

Fysiek

Op fysiek vlak vertonen ouderen rimpelvorming en grijs haar. De normale veroudering heeft ook gevolgen op motorisch, biofysisch en sensorisch vlak.

Motorisch is er sprake van toenemende instabiliteit die de kans op vallen vergroot. De oorzaak ligt niet in het evenwichtsorgaan. De coördinatie van vooral de proximale spieren, die via het extrapiramidale systeem worden aangestuurd, zijn de oorzaak. Daarnaast is er ook de verstijving van de gewrichten door bindweefselveroudering die er toe zal leiden dat de reactietijd verlengd is bij verstoringen van het evenwicht (Bernards en Bouman, 2008).

Biofysisch treedt er veroudering op in het cardiovasculair, digestief, urogenitaal en pulmonaal stelsel. Mogelijke gevolgen zoals vermoeidheid en kortademigheid, meer tijd nodig hebben, zware taken laten overnemen, duizeligheid, wazig zicht, concentratieproblemen,... kunnen optreden.

Naast motorische en biofysische veranderingen kunnen ouderen ook sensorische veranderingen ondervinden (visueel, auditief, tast, proprioceptie en evenwicht). Door een verminderde gezichtsscherpte zullen ouderen nood hebben aan een leesbril en aan meer licht. Het gehoor gaat in kwaliteit achteruit. Structurele veranderingen in onderdelen van het gehoorsysteem zorgen voor gehoorverlies (Bernards en Bouman, 2008).

Ook de tast vermindert. Ouderen hebben een verhoogde kans op kwetsuren doordat er een afname van pijngevoeligheid is en een vertraagde reactie door een vertraagde prikkelgeleiding (Bernards en Bouman, 2008).

❖ **Omgeving**

Volgens Heylen e.a. (2007, in De Coninck, 2008) is bijna 77% van de ouderen in Vlaanderen eigenaar van een woning. Ouderen zijn niet geneigd om te verhuizen. Bijna 83% van de 80-plussers met een eigen woning is helemaal niet geneigd om te verhuizen (Heylen e.a., 2007). Hartingsveldt en Piskur (2010, in Kinébanian, 2012) geven aan dat ouderen zolang mogelijk thuis willen blijven wonen en zijn gehecht aan hun woning. Een kwalitatieve woning voor ouderen is toegankelijk, veilig en biedt comfort. De woonomgeving speelt een belangrijke rol voor de ouderen. Ouderen weten niet altijd welke hulpmiddelen er bestaan om het leven te vergemakkelijken (Hartingsveldt & Piskur 2012). Omgeving kan opgesplitst worden in 4 soorten volgens Hartingsveldt en Piskur:

Cultureel

De culturele omgeving is een voorstelling van het doen en laten door de lokale bevolking, deze worden gedeeld met andere mensen in sociale interactie.

Volgens Valy, Ghysels, Neerinckx, Bouckaert, & Nuyttens blijkt dat ondanks de toename van het aantal ouderen er steeds minder ouderen politiek actief zijn. Toch bestaan er voor ouderen inspraak- en participatieraden op verschillende niveaus, waardoor de oudere een bijdragen kan leveren aan maatschappelijke ontwikkelingen.

Institutioneel

Hieronder vallen de vergoedingen, subsidies, economische en financiële diensten. Ook de juridische aspecten, de wetgeving en de politiek horen onder institutionele omgeving.

Naarmate een persoon ouder wordt, des te lager hun inkomen is. Ouderen met een laag inkomen besteden vaak het grootste deel van hun inkomen aan vaste lasten. Wanneer ouderen in een woonzorgcentrum verblijven, houden ze weinig geld over voor eigen besteding (Schippers, 2001). Deze informatie werd mede verkregen door de studenten sociale verpleegkunde.

Fysiek

Onder fysieke omgeving wordt de natuurlijke en bebouwde omgeving verstaan. Bestaande uit gebouwen, tuinen, wegen, transportvoertuigen, technologie,....

De woning is en blijft belangrijk voor ouderen, maar het is de woonomgeving die de mogelijkheid geeft contacten te houden met familie, vrienden en het actief te blijven deelnemen aan de maatschappij. Ouderen zijn in grote mate tevreden over hun woonsituatie, wonen vaak al lang in de woning waardoor er sprake is van belevingsaanpassing. In de woning kunnen zich verschillende obstakels voordoen waardoor het risico op vallen verhoogd wordt. Namelijk door matten in huis, meubels die in de weg staan,.... Belangrijke aandachtspunten wat betreft de woonomgeving zijn de verkeersveiligheid, de aanwezigheid van winkels voor dagelijkse voorzieningen en het aanbod aan diensten zoals openbaar vervoer. Ook moeten de winkels bereikbaar liggen en goed toegankelijk zijn (Myncke & Vandekerckhove, 2007). Wanneer ouderen in een onveilige buurt wonen kan er isolatie ontstaan waardoor contacten met de buitenwereld bemoeilijkt worden (Bouckaert, Geenen, Ghysels & Vincke, 2012).

Sociaal

Onder sociale omgeving worden relaties met mensen, verenigingen, interesses, hun waarden en normen, overtuigingen en attitudes verstaan. Een ergotherapeut kijkt zowel naar de cliënt als het cliëntsysteem. Familie en vrienden vormen voor de oudere de directe nabijheid. Deze mensen spelen een belangrijke rol in het leven van de oudere. Ook de buurt en plaats waar iemand woont valt onder de sociale omgeving. Er kunnen sociale netwerken ontstaan zoals clubs, kerk, vereniging, buurthuis... (Van Nes, Heysman & Désiron, 2006, in Kinébanian, 2006).

❖ **Handelen**

Als handelend wezen is de mens actief binnen drie handelingsgebieden: wonen en zorg, leren en werken en spel en vrije tijd. Deze handelingsgebieden zijn niet te beschouwen als categorieën die elkaar uitsluiten. Elke activiteit kan ondergebracht worden binnen de verschillende handelingsgebieden. Dit is afhankelijk van de beleving van de persoon. Bijvoorbeeld: tuinieren kan voor de ene persoon een hobby zijn ('Spel en vrije tijd'), maar voor de andere arbeid ('Leren en werken').

Als volgt worden de 3 handelingsgebieden besproken volgens de literatuur van van Hartingsveldt in Grondslagen van de ergotherapie (2012):

Wonen en zorg

Wonen en zorg is een universeel begrip, maar wordt door elke mens op een individuele manier ingevuld. Dit maakt dat deze begrippen moeilijk te omschrijven zijn. Van Hartingsveldt et al. (2010) beschreven wat wonen en zorg nu net omvat:

- Het verblijf in een woning en het daarbij behorende handelen op gebied van zelfzorg, zorg voor anderen en het zorg voor het huishouden.
- Goed voor zichzelf en anderen zorgen, waaronder rust en seksualiteit.
- De woning waarin geleefd wordt.

De woning wordt gezien als de basis voor het ondernemen van activiteiten, binnen de verschillende handelingsgebieden. Het vormt de basis voor participatie in de samenleving. De woonomgeving (ook de handelingscontext genoemd) heeft betrekking op 3 aspecten: de fysieke omgeving, de sociale omgeving en de persoonlijke omgeving.

Volgens het ergotherapeutisch beroepsprofiel, heeft zorg betrekking op het voor zichzelf en anderen zorgen. Het omvat alle taken die nodig zijn om iemands gezondheid en welzijn te waarborgen en om te kunnen participeren in de maatschappij. Zorg omvat de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) en volgens Babola (2004) het 'self-maintenance' of het zelfonderhoud. Binnen de ADL kan er een onderscheid gemaakt worden tussen de Basis of Persoonlijke Activiteiten van het Dagelijks Leven (BADL of PADL) en de Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven (IADL). De BADL of PADL hebben betrekking op basale taken: het voor zichzelf zorgen, baden en/of douchen, toiletgang, het aan- en uitkleden, eten, mobiliteit, persoonlijke hygiëne en verzorging, en slapen en rusten. Het zijn enkelvoudige taken die de mens dagelijks uitvoert. De IADL hebben betrekking op activiteiten in interactie met de omgeving: het zorgen voor anderen, zorg voor het huishouden, zorg voor huisdieren en mobiliteit buitenshuis. Van Huet et al. (2010) spreken van complexere activiteiten, die een beroep vergen op het probleemoplossend vermogen, sociale vaardigheden en een interactie tussen het individu en de omgeving.

BADL	IADL
<ul style="list-style-type: none"> • Wassen/douchen • Toileetteren • Aankleden • Eten (slikken, gebruik van hulpmiddelen enz.) • Functionele mobiliteit (incl. transfers en verplaatsen met een rolstoel enz.) • Persoonlijke hygiëne • Seksuele activiteiten • Slapen/rust 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgen voor anderen • Zorgen voor huisdieren • Kinderen opvoeden • Gebruik maken van communicatiehulpmiddelen • Mobiliteit binnen de gemeenschap • Regelen van geldzaken • Onderhouden van eigen en andermans gezondheid • Runnen van een huishouden • Maaltijden verzorgen • Zorg dragen voor veiligheid • Inkopen doen

Figuur 5: Basisactiviteiten van het Dagelijks Leven (BADL) en Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven (IADL), volgens de American Occupational Therapy Association (AOTA, 2003, in van Hartingsveldt & Kinébanian, 2012).

Het zelfonderhoud tenslotte, omvat alle ADL-activiteiten waarbij er een duidelijke interactie bestaat met de (sociale) omgeving.

Het vermogen tot zorg verliezen heeft als gevolg dat het vertrouwen in zichzelf verloren gaat en er een sterk afhankelijkheidsgevoel groeit. De ergotherapeutische interventie zal gericht zijn op het veranderen van dit handelen, zodat de sociale rollen van voordien weer opgepikt kunnen worden.

Leren en werken

Het handelingsgebied leren en werken kan gezien worden als een dynamische interactie tussen de persoon, de leer- en werkactiviteiten en de context waarin dit leren en werken plaats vindt. Werken heeft verschillende positieve kenmerken zoals: het zorgen voor structuur in het handelen, financiële inkomsten en het gevoel van ergens bij horen. Leren en werken brengen verschillende rollen met zich mee. De overgang van werk naar pensioen wordt door elke oudere werknemer anders ervaren beschrijft Dooghe en Van Houte (1995, in De Coninck, 2008). Het is afhankelijk van hun standpunt tegen over hun werk. Pensionering wil zeggen een nieuwe rol. De gepensioneerde kan zich concentreren op andere activiteiten zoals bv. een nieuwe hobby. Voor sommige gepensioneerden is het moeilijk om nieuwe activiteiten te zoeken, terwijl andere gepensioneerden rollen gaan opnemen die ze voordien niet konden zoals bv. grootouder (Dooghe & Van Houte, 1995). Wanneer de overgang van de ene fase naar

de andere niet vlot verloopt zoals bv. de overgang van werkfase naar pensionering kunnen er handelingsproblemen gevormd worden op gebied van werk of leren. Deze problemen kunnen eventueel aanleiding geven tot een ergotherapeutische interventie.

Spel en vrije tijd

Het handelingsgebied spel en vrije tijd draait rond het maken van plezier en hoe een kind, adolescent, volwassene of oudere zijn vrije tijd invult. Bij volwassenen en ouderen spreken we van vrijetijdsbesteding in plaats van spel. In het hoofdstuk spel en vrije tijd omschrijven Sellar en Stanley (2010, in le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2012) vrije tijd als elke tijd die vrij is van de noodzakelijke levensbehoeften en verplichtingen die worden opgelegd door beroeps- of huishoudelijke werkzaamheden. Het zijn ook de activiteiten die we zelf kunnen kiezen.

Een vrijetijdsbesteding zorgt voor een positieve bijdrage aan de identiteit van mensen, helpt stress verminderen, zorgt voor een beter welzijn en faciliteert mogelijkheden tot het leggen van sociale contacten. Ouderen hebben doorgaans meer vrije tijd en een vrijetijdsbesteding kan het verlies van sociale contacten opvangen om sociale eenzaamheid te voorkomen.

Ouderdom en beperkingen hebben volgens O'Sullivan & Chard (2010) invloed op de invulling van vrije tijd. Actieve sociale vrijetijdsbestedingen worden sneller ingeruild voor passieve. Onder passieve vrijetijdsbestedingen worden activiteiten zoals tv kijken, lezen en muziek luisteren verstaan.

5.3 Interdisciplinariteit in de thuiszorg

Ook binnen de thuiszorg is interdisciplinaire samenwerking belangrijk. Dit zorgt er voor dat er op een goede en vlotte manier een bijdrage tot kwaliteitsvolle hulpverlening geleverd wordt. De gemeenschappelijke taal van deze interdisciplinaire samenwerking is terug te vinden in het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), waardoor vervolgens het ICF en het Electronical – Occupational Performance Profile (e-OPP) besproken wordt.

5.3.1 Het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Het ICF is een interdisciplinair werkkader en een classificatie van het World Health Organisation (WHO). Deze classificatie is gefocust op een gemeenschappelijk begrippenkader en taalgebruik in verband met het menselijk functioneren. Het ICF beschrijft het menselijk functioneren binnen een breed biopsychosociaal kader, onafhankelijk van de onderliggende aandoeningen van de patiënt. ICF beschouwt de functioneringsproblemen niet enkel als medisch of biologisch maar kijkt ook naar de sociale en contextuele factoren (Decuman & Boeckxstaens, 2012). Het menselijk functioneren, kun je onderverdelen in lichaamsfuncties- en structuren, activiteiten en participatie. Onder lichaamsfuncties horen de fysiologische functies van de lichaamssystemen en de mentale eigenschappen. Lichaamsstructuren bevatten de anatomische delen van het lichaam. Een activiteit is een uitvoering van een taak zoals schoonmaken, wandelen,... Onder participatie verstaan we deelname aan het maatschappelijk leven. Zowel externe als persoonlijke factoren hebben een invloed op de gezondheidstoestand van een individu. De externe factoren zijn zowel de fysieke als sociale omgeving waarin het individu leeft. Voorbeelden zijn: de werkomgeving, de aanwezigheid van hulpmiddelen, vrienden,... Persoonlijke factoren zijn kenmerken van het individu zoals bv. geslacht, opleiding,... (Koenen, Niessen & Oermann, 2003).

Het ICF is bedoeld voor iedereen die in aanraking komt met de gezondheidszorg en heeft als doel de communicatie tussen de verschillende disciplines in de gezondheidszorg en in andere sectoren te verbeteren. Op deze manier krijg je een duidelijk beeld over de cliënt en zijn functioneren (Heerkens, & Van Ravensburg, 2007, in Ghysels & Schroyen, 2008). Naast het beter kunnen omgaan met complexe zorgsituaties heeft interdisciplinair samenwerken in de gezondheidszorg nog voordelen zoals: verbetering van de kwaliteit van de zorg, deskundigheidsverruiming, betere en effectieve communicatie en betere verdeling van de werklast (Van Royen, 2009).

Binnen dit project en in functie van onze database is ICF een belangrijk gegeven. Het vormt de basis van het e-OPP. Er wordt gekeken vanuit een holistische visie naar het handelen van de cliënt. Dit sluit aan bij de biopsychosociale visie zoals opgesteld door het WHO en toegepast is in het ICF (Decuman & Boeckxstaens, 2012).

Volgens Van Achterberg et al. (2005) blijkt dat verpleegkundigen vooral gebruik maken van monodisciplinaire benamingen wat voor problemen zorgt bij de uitwisseling van informatie zowel betreffende patiëntenzorg als kennisontwikkeling. Het is belangrijk om een uniforme taal te ontwikkelen zodat er een interdisciplinaire samenwerking mogelijk is. In het artikel wordt het gebruik van het ICF binnen de verpleegkundige praktijk nagegaan. Hieruit blijkt dat het ICF toepasbaar is binnen de ziekenhuisSettings. Vanuit het perspectief van de verpleegkundigen kunnen sommige functies van de classificatie verbeterd worden (Van Achterberg, 2005). De studenten sociale verpleegkunde werken vooral volgens de functionele gezondheidspatronen van Gordon. Deze komen in grote mate overeen met het ICD-10.

5.3.2 Het Electronical Occupational Performance Profile (e-OPP)

Het e-OPP is het elektronische handelingsprofiel dat gebruikt wordt om een persoon in kaart te brengen. Door middel van het e-OPP verkrijgt men een gestructureerd overzicht van de handelingsproblemen van de cliënt. Bij het overlopen van deze handelingsproblemen wordt er rekening gehouden met de drie handelingsgebieden namelijk: wonen en zorg, werken en leren en spel en vrije tijd. Binnen het e-OPP worden de termen van het ICF gehanteerd, dit vergemakkelijkt de interdisciplinaire samenwerking door zijn uniforme taalgebruik.

5.3.2.1 *Klinisch redeneren in het e-OPP*

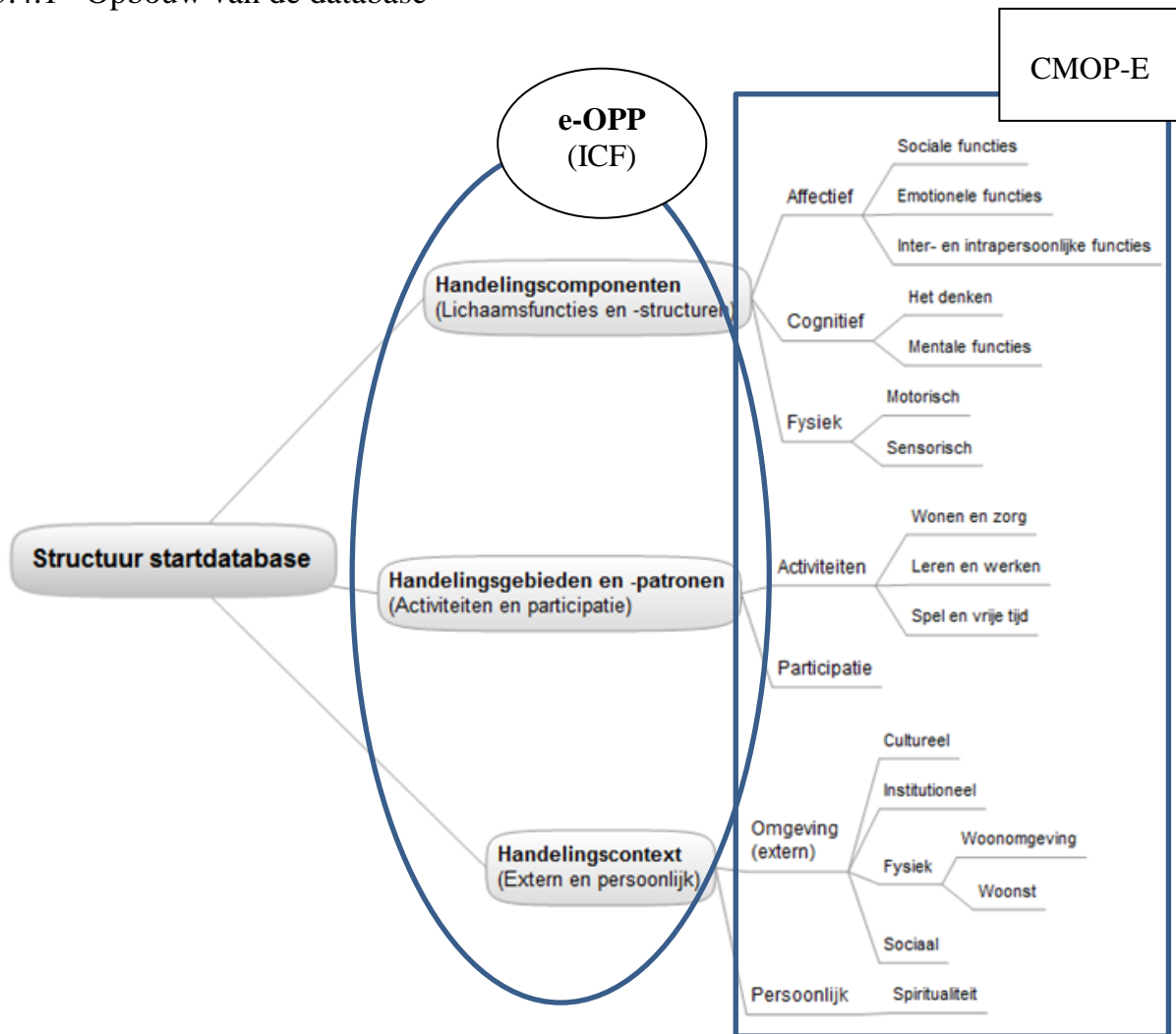
Volgens Ghysels & Schroyen (2008) wordt klinisch redeneren beschouwd als de cognitieve vaardigheid gesteund op relevante kennis, ervaring in het oplossen van problemen en reflectie op eigen handelen en dit tijdens iedere fase van het professioneel handelen. Klinisch redeneren, vormt de basis van het systematisch ergotherapeutisch handelen (SEH) en verwijst naar het denkproces, het nemen en verantwoorden van beslissingen in de zorg voor cliënten.

Het e-OPP kan vergeleken worden met het systematische ergotherapeutisch handelen (SEH). Het SEH bestaat uit het verzamelen en ordenen van gegevens, interpretatie van deze gegevens en het vormen van een probleemstelling, het formuleren van doelstellingen (korte- en lange termijn doelstellingen), het formuleren van een interventieplan, de interventie van de cliënt plannen in samenspraak met cliënt en/of cliëntensysteem, een evaluatie en eventuele bijsturing

van de vooropgestelde doelstellingen. De structuur van het SEH is terug te vinden binnen het e-OPP.

5.4 Praktische uitwerking van de startdatabase

5.4.1 Opbouw van de database



Figuur 6: Opbouw van de startdatabase.

Mede vanuit het oog op ‘Universal Design’ binnen het UD Woonlabo, moest de startdatabase een universeel gegeven worden, dat gehanteerd kon worden door zowel professionele hulpverleners als kwetsbare thuiswonende ouderen en de mantelzorgers. Omwille van deze reden, werd er gestart vanuit de terminologie van het ICF. Deze classificatie is door elke discipline gekend en gaf de mogelijkheid om vanuit een interdisciplinaire basis te starten. De gebruikte terminologie werd vertaald in ‘een begrippenlijst voor leken’, opdat ook niet-zorgprofessionals de startdatabase kunnen hanteren.

Om gericht, functioneel advies te kunnen verlenen, was het belangrijk dat er in de startdatabase ook een verwerking gebeurde van een ‘klinisch redeneer-tool’. Het klinisch redeneerproces gebeurt namelijk voorafgaand aan de uiteindelijke adviesverlening. De cliënt,

inclusief de handelingsmogelijkheden en –moeilijkheden, dient eerst in kaart gebracht te worden alvorens er een interventie op gang gezet kan worden. Vanuit de opleiding ergotherapie, wordt er gebruik gemaakt van het Handelingsdiagnoseformulier (HDF). Dit formulier steunt op een eclecticische basis: het is een samenvoeging van verschillende ergotherapeutische modellen. Sinds vorig jaar (2012), werd er van dit formulier een digitale versie gemaakt: het e-OPP. Mede vanuit zijn eclecticische basis, was het gemakkelijk om de termen van het e-OPP te koppelen aan die van het ICF. In functie van het UD Woonlabo werd er een soort lightversie van het e-OPP geprogrammeerd, om het klinisch redeneerproces sneller te laten verlopen en in functie van een efficiënte adviesverlening. De basisstructuur van de startdatabase vertrok nu vanuit een interdisciplinaire basis en er werd richting gegeven aan het klinisch redeneren door middel van het e-OPP.

Binnen de ergotherapie staat het handelen centraal, wat maakt dat er eerst een duidelijk handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende oudere verkregen moest worden. Dit gebeurde aan de hand van een ergotherapeutisch inhoudsmodel: het CMOP-E. Later werd het CMOP-E, mede met de uitwerking van het handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende oudere, gekoppeld aan het ICF/e-OPP. Deze matching verliep zonder enige moeite, dit bleek reeds uit de vergelijkende studie (**Figuur 5**). Het handelingsbeeld zorgde ervoor dat er een goed zicht verkregen werd op de handelingsmogelijkheden en –moeilijkheden van de kwetsbare thuiswonende oudere. Aan de hand van deze gegevens, kon er op zoek gegaan worden naar gericht advies, in de vorm van assessments alsook hulpmiddelen en zorgtechnologieën. Om een eerste richting te geven aan de praktische uitwerking van de startdatabase, werd er besloten om uit te gaan van de 3 handelingsgebieden. Het gevonden advies, binnen de 3 handelingsgebieden, werd later gemakkelijk aan de handelingscomponenten en –context van de kwetsbare thuiswonende oudere gematched.

Vanuit het UD Woonlabo wordt vooral het accent gelegd op ‘wonen en zorg’. Dit handelingsgebied werd daarom extra uitgebreid. Er werd binnen dit handelingsgebied een onderscheid gemaakt tussen “de woning” en “de zelfzorg”. Om structuur te geven aan “de woning”, werd er beroep gedaan op het afstudeerproject van Jeurissen en Robben (2012) ‘Technologie in de thuiszorg: wetenschappelijk onderbouwde screeningsinstrumenten met aandacht voor een veilige woonomgeving voor ouderen’. Binnen dit project werd namelijk een checklist ontworpen om de woning van de kwetsbare thuiswonende oudere te screenen. Om een praktische indeling te geven aan “de zelfzorg”, werd er gebruikt gemaakt van de

figuur uit van Hartingsveldt & Kinébanian (2012) met voorbeelden van BADL en IADL (Figuur 2).

In de volgende punten wordt er dieper ingegaan op de concrete uitwerking van het advies, in de vorm van hulpmiddelen en zorgtechnologieën alsook assessmentinstrumenten.

5.4.2 Advies: hulpmiddelen en zorgtechnologieën

Bij het op zoek gaan naar advies is de focus zowel gelegd op hulpmiddelen als het integreren van zorgtechnologieën, zoals domotica. Bij de zoektocht naar domotica werd er in het achterhoofd rekening gehouden met de kostprijs. Databanken zoals Vlibank en Advys werden geraadpleegd. Het advies binnen de startdatabase werd geklasseerd volgens de drie handelingsgebieden: wonen en zorg, leren en werken en spel en vrije tijd. Vooral het handelingsgebied wonen en zorg werd dieper uitgewerkt. De structuur die gehanteerd werd om de matrix op te bouwen was naar idee van Mieke Nijs, coördinator UD Woonlabo. De matrix bestaat uit: een foto van het product, de productcategorie, de productsoort, de richtprijs en tot slot een verwijzing naar de link. Dit wordt verduidelijkt door het onderstaande voorbeeld:

Foto	
Productcategorie	Wastafelkranen
Productsoort	Infra-rood kraanbediening
Richtprijs	€360 - €660
Link	www.vlibank.be , www.idealstandard.be (Grohe)
Tegemoetkoming	www.rechtenverkenner.be www.vaph.be www.premiezoeker.be

Figuur 7: Format hulpmiddelen en zorgtechnologieën.

5.4.3 Assessmentinstrumenten

Wanneer de hulpvraag van de cliënt en/of de mantelzorger niet duidelijk is, bestaat er de mogelijkheid om via assessment meer te weten te komen. In het UD Woonlabo kan er gericht advies gegeven worden omtrent deze assessments. Deze assessments kunnen meegegeven worden aan de oudere, de mantelzorgers of zorgprofessionals die een bepaald probleem detecteren bij de kwetsbare thuiswonende oudere, en dit duidelijker in kaart willen brengen. Zo kan er bijvoorbeeld een lijst meegegeven worden omtrent valpreventie.

In de zoektocht naar assessments werden de instrumenten geïnclassificeerd naargelang de terminologie van het ICF: lichaamsfuncties en –structuren, activiteitsniveau, participatieniveau, omgevingsfactoren en persoonlijke factoren.

5.4.3.1 *Criteria*

Het selecteren van bruikbare assessment voor het UD Woonlabo gebeurde aan de hand van enkele criteria. Eerst en vooral moest er rekening gehouden worden met de persoon die het assessment zal afnemen. Het assessment moest hanteerbaar zijn voor zorgprofessionals alsook bruikbaar voor leken, zoals bijvoorbeeld mantelzorgers. Het gebruik van Engelstalige assessments kon moeilijkheden geven bij de afname van de assessments. Omwille van deze reden was het noodzakelijk om vooral Nederlandstalige assessments te inventariseren. Er werd ook gezocht naar instrumenten die de woning en leefomgeving screenen. Het luik ‘wonen’ was namelijk een belangrijk aspect in dit project. Als laatste criteria mag het assessment niet tijdrovend zijn. Bij voorkeur geeft het een snelle screening van de woning of van het probleem waarmee de oudere of de mantelzorger naar het woonlabo komen.

De gevonden assessments die niet onmiddellijk bruikbaar zijn binnen de doelgroep kwetsbare thuiswonende ouderen werden ook geïnventariseerd. Het komend academiejaar (2013 – 2014) zal er namelijk gekeken worden welke specifieke vragen er aan bod komen binnen het Woonlabo. Indien er geconstateerd wordt dat het aanbod aan assessments moet worden uitgebreid, zijn er reeds instrumenten beschikbaar.

BOEBS (Blijf Op Eigen Benen Staan)	
Doel:	BOEBS is een checklist over valpreventie. Het wil vallen bij ouderen voorkomen. De checklist wil de oudere de problemen zelf laten herkennen, het risico van het vallen laten beseffen, oplossingen laten bedenken en weten hoe het risico op vallen kan verminderen.
ICF:	<p>Lichaamsfuncties en –structuren</p> <p>Activiteiten</p> <p>Participatie</p> <p>✓ Omgevingsfactoren</p> <p>Persoonlijke factoren</p>
Wetenschappelijk onderbouwd:	<i>Betrouwbaarheid – Validiteit – Standaardisatie</i> Er is niets bekend over betrouwbaarheid en validiteit. (checklist in samenwerking met VIG, rode kruis en LOGO). Het is een gestandaardiseerde checklist.
Klinische bruikbaarheid:	<i>Hanteerbaarheid – Tijdsafname</i> Hanteerbaarheid: Persoon kan de lijst zelf invullen. Tijdsafname: Niet bekend
Voordelen/nadelen:	<p>Voordelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De lijst kan helpen als ondersteuning door de extra relevante info. - Nederlandstalige versie. - Betreft heel het interdisciplinair team. - Belicht de medicatie en het macroniveau. <p>Nadeel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persoon vult zelf de checklist in (subjectief). - Enkel gericht op valpreventie, checklist is te beperkt.
Bron:	http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/thuis/EEVV_thuis_Checklist-omgevingsveiligheid.pdf <i>PDF bestand beschikbaar</i>

Figuur 8: Format assessments.

5.4.4 Pre-testing van de startdatabase in de praktijk aan de hand van het e-OPP

De pre-test van de startdatabase werd uitgevoerd met behulp van het e-OPP. Er werd tijdens deze test nagegaan of het nodig is om elke fase van het e-OPP te doorlopen. Het is namelijk zo dat er binnen de extramurale zorg nood is aan een snel antwoord op een specifieke hulpvraag. Er is niet altijd tijd om alle stappen van het e-OPP te doorlopen. Om deze reden wordt er naar een vereenvoudigde lichtversie van het e-OPP toegewerkt. Dit maakt dat er op een efficiëntere wijze advies kan worden verleend in een extramurale setting.

Om tot deze bevindingen te komen, werd het e-OPP getest in de extramurale zorg door zowel de studenten ergotherapie als sociale verpleegkunde. Er vond een eerste interdisciplinair overleg plaats waarin elke student een casus voorstelde in het e-OPP. Vervolgens gaf iedere student een advies en ging na of dit advies terug te vinden was binnen de startdatabase. Uit het overleg en de praktijkervaring binnen de stages, bleek dat de startdatabase reeds over een goede basis beschikt.

6 Conclusie

Tijdens dit academiejaar (2012 – 2013) werd de kennis omtrent de domeinen wonen en zorg geanalyseerd aan de hand van een literatuurstudie. Het accent lag op de kwetsbare thuiswonende oudere, waarvan een handelingsbeeld werd omschreven aan de hand van het ergotherapeutische inhoudsmodel CMOP-E. Vervolgens werd de bekomen informatie meegenomen in het proces voor het opstarten van een startdatabase. De startdatabase had als doel gericht advies te formuleren omtrent hulpmiddelen, zorgtechnologieën en assessments. De nadruk werd vooral op de gebieden ‘wonen en zorg’ gelegd, mede omdat het UD Woonlabo en ECOZ hier het accent op leggen. De handelingsgebieden ‘spel en vrije tijd’ en ‘leren en werken’ kwamen in beperktere mate aan bod.

De volledige opzet voor de ontwikkeling en vormgeving van de database werd verwezenlijkt. Een eerste aanzet werd gegeven en deze zal de komende academiejaren aangevuld worden. Momenteel is het advies, gegeven in de database, erg praktisch gericht. Dit vooral omdat er vanuit ergotherapeutisch standpunt rekening gehouden wordt met het handelen van de kwetsbare thuiswonende ouderen. Kwetsbare thuiswonende ouderen wensen vaak een snelle en efficiënte oplossing voor een bepaald handelingsprobleem. Deze doelgroep beschikt vaak niet over voldoende financiële middelen om te investeren in domotica. Vanuit praktijkervaringen werd er ook ondervonden dat de motivatie niet altijd aanwezig is om grote veranderingen in huis aan te brengen, zoals bijvoorbeeld het installeren van een domoticasysteem.

Om de database gebruiksklaar te maken, was er nood om gebruik te maken van een instrument om het handelingsprofiel van de cliënt en zijn hulpvraag in kaart te brengen. Zo kon er vanuit de hulpvraag een gericht advies, vanuit de database, voortvloeien. Om deze koppeling tussen cliënt – hulpvraag – advies te realiseren, werd er geopteerd om het e-OPP te gebruiken. Het handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende oudere, beschreven binnen het CMOP-E, werd vergeleken met het e-OPP en zal in een volgende fase geïmplementeerd worden als aparte doelgroep. Vanuit deze vergelijkende studie kon geconcludeerd worden dat het klinisch redeneerproces binnen het e-OPP te uitgebreid was i.f.v. het UD-Woonlabo om te kunnen komen tot snel en efficiënt advies. Binnen de extramurale zorg is er nood aan een lichtversie van het e-OPP, waarbij enkel de componenten cliëntomschrijving – hulpvraag – advies doorlopen worden. Deze lichtversie heeft reeds een theoretische basis en zal de komende academiejaren praktisch verder ontwikkeld worden. De koppeling van de

startdatabase aan het e-OPP zal in de toekomst nog gerealiseerd worden.

Het e-OPP en de startdatabase werden nader bekeken en ondergingen een pre-test in de extramurale zorg. Hieruit bleek zowel dat het e-OPP een goed instrument is om het klinisch redeneren weer te geven, alsook dat het verleende advies terug te vinden was in de startdatabase.

Tijdens het uitwerken van dit project, kwamen er verscheidene competenties aan bod voor de studenten ergotherapie. Via het e-OPP werd vooral het klinisch redeneren bevorderd. De pre-test in de thuiszorg was voor de studenten een leerrijke ervaring in het verlenen van advies bij kwetsbare thuiswonende ouderen. De startdatabase werd hierbij afgetoetst op zijn inhoud. Dit bood de mogelijkheid op evidence-based te werken. Ook de competentie interdisciplinair werken kwam tot uiting in de verschillende overlegmomenten met o.a. de coördinator van het UD Woonlabo, de ontwikkelaar van het e-OPP, de studenten sociale verpleegkunde,...

7 Discussie

De uitwerking van dit afstudeerproject was een complex gegeven. Om één geheel te bekomen ging er allereerst veel puzzelwerk aan vooraf. Zo moesten er verschillende modellen geraadpleegd en vergeleken worden opdat er gestart kon worden vanuit de interdisciplinaire basis van het ICF. Binnen dit afstudeerproject werd er de persoonlijke keuze gemaakt om te werken met het CMOP-E om de cliënt in kaart te brengen. Hierbij moet duidelijk gemaakt worden dat, naast het CMOP-E, ook andere ergotherapeutische modellen binnen de mogelijkheden lagen.

Om een goede interdisciplinaire samenwerking te bekomen binnen het afstudeerproject, werden er op regelmatige tijdstippen bijeenkomsten georganiseerd om onder andere de stand van zaken te evalueren. Het was niet altijd evident om alle disciplines op een gemeenschappelijk tijdstip samen te brengen, maar dankzij de goede voorbereidingen van de actoren leidde dit telkens tot een vlotte samenwerking.

In het begin van het academiejaar werden er tussen de studenten ergotherapie en sociale verpleegkunde afspraken gemaakt omtrent de accenten die gelegd werden vanuit de opleiding. Hierbij was het nodig om bepaalde kennis uit te wisselen, zoals onder andere de gebruikte modellen om een cliënt in kaart brengen. Deze uitwisseling van informatie verliep in het begin niet altijd even vlot. Om deze communicatie te bevorderen werd er gebruik gemaakt van digitaal gedeelde documenten. Op deze manier kon er efficiënt informatie uitgewisseld worden en konden beide disciplines een overzicht bewaren over de stand van zaken. In de loop van het academiejaar is het zicht op elkaars specifieke deskundigheid van de sociaal verpleegkundigen en de ergotherapeuten ook gegroeid. Door de verrijkende samenwerking werd de functie van elke discipline kenbaarder.

Wat de praktische uitwerking van de startdatabase betreft, moest er binnen het onderdeel ‘assessments’ rekening gehouden worden met verschillende aspecten. De assessments moesten zowel hanteerbaar zijn voor de kwetsbare thuiswonende oudere en zijn omgeving als voor professionele zorgverleners. Dit had als gevolg dat vooral de Nederlandstalige assessments geïnventariseerd werden. Andere Engelstalige assessments, die ook bruikbaar waren voor deze doelgroep maar niet in een vertaling beschikbaar waren, werden beperkt. Uit verder opzoekwerk omtrent hulpmiddelen en zorgtechnologieën bleek dat het niet altijd evident was om een richtprijs aan een bepaald product toe te kennen. Het gamma van

hulpmiddelen en zorgtechnologieën is namelijk zeer uitgebreid en afhankelijk van het productmateriaal, het productdesign en de leverancier zijn er uiteenlopende prijscategorieën. Eventuele installatiekosten konden ook leiden tot een olopend prijskaartje.

De volgende twee academiejaren (2013 – 2014 en 2014 – 2015) zal er verder gebouwd worden op hetgeen er dit academiejaar reeds verwezenlijkt werd. Bij de uitwerking van het handelingsbeeld van andere doelgroepen binnen het e-OPP zal er op dezelfde wijze gewerkt worden, met de structuur die dit academiejaar werd gebruikt. De database wordt geïmplementeerd binnen het e-OPP en er zal ook een lightversie, in functie van het UD Woonlabo, praktisch opgesteld en toegepast worden in de praktijk. De expertise binnen de database zal verder uitgebreid worden en de focus op domoticasystemen zal verder uitgebreid worden. Er zal ook specifieke aandacht besteed worden aan het ontwikkelen van vormings- en trainingsprogramma's en consultancy voor ouderen, mantelzorgers en zorgprofessionals. Het voornaamste doel hierbij is het kenniscentrum binnen het UD Woonlabo up-to-date houden, innoverend te werken en deze kennis te verspreiden naar de verschillende actoren.

8 Bibliografie

- de Almeida Mello, J. Van Durme, T., Macq, J., & Declercq, A. (2012). Interventions to delay institutionalization of frail older persons: design of a longitudinal study in the home care Setsting. *BMC Public Health*. doi: 10.1186/1471-2458-12-615
- Bernards, J., Boddeke, H. & Bouman, L. (2008). *Medische fysiologie (pp. 743 – 766) (2^e herziene druk)*. Bon Stafleu van Loghum.
- De Coninck, L. (2010). *Ergotherapie in de gerontologie: Basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*. Leuven: Acco.
- Decuman, S., Boeckxstaens, P. (2012). In Vlaams Ergotherapeuten verbond vzw en Handenhoven, W. (red.). *Jaarboek Ergotherapie 2012: De internationale classificatie van het menselijk functioneren (ICF): waar staan we in Vlaanderen en waar willen we naartoe?* (pp. 307 – 316). Acco Leuven: Den Haag.
- Den Draak, M., & van Campen, C. (2012). Kwetsbare ouderen zonder thuiszorg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, vol. 90* (4, pp. 237 – 244).
- Geenen, K. (2012). *Ergotherapie in de geriatrie: Basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*. Leuven: Acco.
- Jeurissen, I., & Robben, E. (2012). Technologie in de thuiszorg: wetenschappelijk onderbouwde screeningsinstrumenten met aandacht voor een veilige woonomgeving voor ouderen (afstudeerproject, PHL Hasselt), geraadpleegd via Doks.
- Koenen, D., Niessen, R., & Oermann, N. (2003). ICF een taal voor ergotherapeuten? *Nederlands tijdschrift voor ergotherapie, 31* (2, pp. 58 – 61).
- le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (red.) (2012). *Grondslagen van de ergotherapie*. Reed Business.
- Marcoen, A., Grommen, R., & Van Ranst, N. (2006). Als schaduwen langer worden: Psychologische perspectieven op ouder worden (pp. 65 – 70).
- Myncke, R., & Vandekerckhove, B. (2007). *Toekomstige ruimtebehoefte voor ouderen in Vlaanderen*. Geraadpleegd op www.rwo.be

- Polatajko, H.J., Townsend, E.A., & Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). *CAOT Publications ACE* (pp. 22 – 36).
- Schippers, A. (2001). Ouderen in Nederland. Uitgave van het Kenniscentrum Ouderen van het NIZW. Geraadpleegd op www.vilans.nl
- Van Achterberg, T., Holleman, G., Heijnen-Kaales, Y., Van der Brug, Y., Roodbol, G., Stallinga, H.A., & Frederiks, C.M.A. (2005). Using a multidisciplinary classification in nursing: The International Classification Of Functioning Disability and Health. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 49 (4, pp. 432 – 441).
- Vandeurzen, J. (2010). *Ontwerp Vlaams ouderenbeleidsplan 2010-2014*. Geraadpleegd op vlaamse-ouderenraad.be
- Van de Velde, D., & Vriendt, P. (2009). Ergotherapie in de thuiszorg. Antwerpen: Standaard.
- Van Royen, P. (2009). Interprofessionele samenwerking, transmurale en interdisciplinaire zorg. *Bijblijven*, vol. 25 (pp. 31 – 36).
- Vermeer, K. (2011). Kwetsbare ouderen multidisciplinair zorg bieden. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, vol. 10 (2, pp. 20 – 23).
- Ghysels, R., Schroyen, V. (2008). In Vlaams Ergotherapeuten verbond vzw en Handenhoven, W. (red.). *Jaarboek Ergotherapie 2008: Gebruik van het handelingsdiagnoseformulier in de ergotherapeutische Setsting* (pp 13 – 30). Acco Leuven: Den Haag
- Decuman, S., Boeckxstaens, P. (2012). In Vlaams Ergotherapeuten verbond vzw en Handenhoven, W. (red.). *Jaarboek Ergotherapie 2012: De internationale classificatie van het menselijk functioneren (ICF): waar staan we in Vlaanderen en waar willen we naartoe?* (pp. 307-316). Acco Leuven: Den Haag
- Vlaeminck, H., Malfliet, W., & Saelens, S. (2010). *Social casework in de 21^e eeuw: een praktisch handboek voor kwaliteitsvol hulpverleners*. Wolters Kluwer België nv.
- Willemse, B. (2008). Toekomst van kwetsbare ouderen: verslag van het congres ter gelegenheid van het tachtigjarig jubileum van de Open Ankh, ‘Leefbare toekomst: de kunst van het ouder worden voor de kwetsbare mens’. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, vol. 63 (4, pp. 349 – 351).