

6. Occupational therapy (Nederlands)

Fiche voor goede praktijkvoering: Thuiszorg interventies door de ergotherapeut en de randvoorwaarden die nodig zijn binnen de projecten van P3	
Auteurs	Déborah Flusin, Thérèse Van Durme Vertaling Sibyl Anthierens & Maja Lopez-Hartmann
Eerste indiening van de fiche	Januari 2016. Deze fiche werd opgemaakt op basis van de jaarlijkse vragenlijsten, focus groepen en interviews t.e.m. 2013. De huidige versie werd geüpdate op basis van de commentaren van experts gedurende een valideringssessie op 20/01/2017 en schriftelijke feedback van de experts die niet aanwezig waren.
Experts	Pauline Hoellinger (HE Vinci); Leen De Coninck (KUL); Pierre Seeuws (Vlaamse Ergotherapeutenverbond); Carmen Verdruye (AZ Damiaan); Leen Bouckaert (Artevelde Hogeschool); Amandine Kodeck (Maisons Ste Monique); Marc-Eric Guisset (HE Vinci) et Béatrice Thében (Plan Alzheimer). Schriftelijke feedback door Pr. De Vriendt INAMI : X.Ledent ; O. Fourez ; L.Huyghe & H. Huyck
Kernwoorden	Ergotherapie; ouderen; thuiszorg

De term ergotherapeut wordt hier in de mannelijke vorm gebruikt maar de auteurs gaan ervan uit dat dit beroep zowel door vrouwen als door mannen wordt uitgeoefend.

1. Algemene context - Ergotherapie aan huis vandaag

Deze fiche probeert de functie van de ergotherapeut te definiëren bij het uitvoeren van interventies in de thuiszorgomgeving voor kwetsbare ouderen in het kader van de Protocol 3 projecten (voor meer details hierover, zie [bijlage 1](#)).

Traditioneel gezien zijn ergotherapeuten binnen de context de Belgische gezondheidszorg vooral actief in zorginstellingen (ziekenhuizen, woonzorgcentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, revalidatiecentra...) en in mindere mate in de thuiszorg of in een privépraktijk.

Het beroep van ergotherapeut heeft tijdens de laatste jaren grondige wijzigingen gekend. Ten eerste is het aantal ergotherapeuten de laatste jaren fel gestegen³² [20]. Daarenboven is dit beroep ook grondig geëvolueerd op praktisch en paradigmatisch vlak (bio-psychosociaal model) [21], maar ook het wettelijk kader is aangepast, wat geleid heeft tot een betere erkenning³³ [22].

³² Deze stijging wordt overal geobserveerd in Europa. In Frankrijk bijvoorbeeld is het aantal ergotherapeuten verdubbeld tussen 2003 en 2016 Het aantal ergotherapeuten dat als zelfstandige werkt is eerder laag (9,7%).

³³ In 2011 werden de ergotherapeuten erkend als zorgverleners door de RIZIV. Hierdoor kunnen sommige prestaties worden terugbetaald en het beroep geniet van een 'erkenning' sinds 2012. O.m. dankzij deze wetgeving kent dit beroep een betere sociale erkenning (zie bijlage 2).

Sommige ergotherapeuten binnen het kader van de Protocol 3 projecten hadden ervaring in de zorg voor kwetsbare ouderen in WZC maar hadden weinig ervaring in het werken met de cliënt in de thuissituatie. Dit is een nieuwe werkplek voor de ergotherapeuten en vormt een nieuwe uitdaging voor het beroep. (Verdere info over de opleiding ergotherapie en de voorbereiding voor interventies in de thuissituatie in [bijlage 2](#)).

2. Ergotherapie in de thuissituatie voor het ondersteunen van de kwetsbare oudere maar ook van zijn/haar mantelzorg(er)s en professionele zorgverleners

Idealiter richt de interventie van de ergotherapeut zich tot kwetsbare ouderen die thuis willen blijven wonen en wiens gezondheidstoestand een interventie toelaat. In het kader van de Protocol 3 projecten waren er specifieke inclusiecriteria m.b.t. de leeftijd en afhankelijkheidsgraad (zie [bijlage 1](#)).

Naast deze criteria was de motivatie van de persoon om een zekere onafhankelijkheid/autonomie te behouden of te herwinnen een vereiste, zodat de oudere in staat zou zijn om deel te nemen aan de interventie [23].

De interventie van de ergotherapeut kan zich zowel richten tot preventie om de autonomie van de oudere te handhaven; of tot revalidatie, zodat de oudere zoveel mogelijk zijn functionele, sociale of psychische autonomie en gevoel van welzijn kan herwinnen.

In ieder geval heeft de interventie van de ergotherapeut als gevolg dat de oudere kwetsbare persoon verder thuis kan blijven leven in optimale condities van welzijn en veiligheid in z'n eigen levensomgeving. Zo kan het kantelmoment voor het thuisblijven worden uitgesteld en kan institutionalisering worden vermeden (vnl. valpreventie).

Hiervoor kan de ergotherapeut ook tussenkomen bij mantelzorgers en professionals.

- **De interventie bij de kwetsbare ouderen:** bijdragen tot het behouden of het herwinnen van de autonomie en/of de onafhankelijkheid van de ouderen, nl. voor de IADL, in functie van zijn autonomie en participatie; vervolgens, en hierdoor, bijdragen tot het gevoel van welzijn en veiligheid en ook bijdragen tot het identificeren van zijn noden en behoeften aan professionele hulp, nl. voor het uitvoeren van ADL-functies, maar ook op cognitief vlak. Gedurende de interventie maakt de ergotherapeut ook gebruik van zijn pedagogische competenties en actief luisteren, om de gewenste en wenselijke veranderingen aan te brengen, voor zowel de oudere als zijn of haar partner. Zo kan hij **behoeften identificeren, die voordien niet bevredigd waren**. Doordat de interventie niet erg invasief is, kan dit een driver zijn om professionele hulp te accepteren of aan te passen. Dit is een van de resultaten van de evaluatie van de projecten ergotherapie van Protocol 3, waar er geobserveerd werd dat ergotherapie een verhoging van verpleegkundige hulp aan huis tot gevolg had.

De interventie bij de mantelzorg(er) en professional: aanleren van gebruik hulpmiddelen en technieken, sensibiliseren over het behoud of herwinnen van de autonomie door het herformuleren van de aanpak om ouderen te helpen.

Dankzij deze functie draagt hij bij om de fysieke en psychische zorglast van de zorgverleners en professionals te doen verminderen.

3. Ergotherapie en het referentiekader van zijn praktijken

Dit deel van de fiche werd aangebracht door experts en bevindt zich in [bijlage 3](#) en [4](#).

Het bio-psychosociaal model die door de experts werd voorgesteld lijkt zeker wenselijk (zie [bijlage 5](#)), maar er bestaat een belangrijk verschil tussen dit kader en de praktijken op het werkveld, die tot op heden louter gericht waren op een functionele aanpak.

4. Protocol 3: de ouderen die in de projecten waren opgenomen werden ondergebracht in vijf groepen, naargelang hun afhankelijkheidsprofiel, zoals beschreven via de BelRAI

a. *Afhankelijkheidsprofielen voor de cliënten van Protocol 3*

- **Profiel 1: lichte of matige functionele beperkingen:** deze personen hebben slechts een lichte vorm van hulp nodig, want zij hebben geen scores die hoger liggen dan de gevalideerde drempels, die in de literatuur worden aangegeven voor de schalen van IADL, ADL en CPS, wat betekent dat deze ouderen geen significante functionele of cognitieve beperkingen vertonen.
- **Profiel 2: functionele beperkingen voor IADL en lichte cognitieve beperkingen.** Deze personen kunnen autonoom functioneren maar kunnen hulp nodig hebben voor instrumentale activiteiten van het dagelijkse leven (IADL), zoals boodschappen doen, koken, poetsen, de vaat doen of zich kunnen verplaatsten met transport én die lichte cognitieve beperkingen vertonen.
- **Profiel 3: functionele beperkingen voor IADL en ADL.** Deze personen hebben zowel hulp nodig voor instrumentale activiteiten (IADL) als voor basisactiviteiten van het dagelijkse leven (ADL), zoals zich wassen, zich aankleden, eten of naar het toilet gaan.
- **Profiel 4: functionele beperkingen voor IADL en ADL en cognitieve beperkingen.** Deze personen hebben zowel hulp nodig voor ADL en IADL en hebben daarenboven ook cognitieve problemen, zoals dementie.
- **Profiel 5: functionele beperkingen voor IADL en ADL, cognitieve beperkingen en gedragsstoornissen.** Naast de karakteristieken van de vorige categorie, vertonen deze personen ook gedragsstoornissen.

b. Op basis van deze profielen werden verschillende interventies geïdentificeerd.

Voor de ouderen

- Adviezen in verband met bewegingen, het zich verplaatsen: **voor alle** profielen (preventief effect voor groep 1);
- Adviezen voor het aanpassen van het huis, organisatorische aanpassingen in de omgeving: **voor alle** afhankelijkheidsprofielen;
- Installeren van hulpmiddelen (materiaal) om de zelfstandigheid en mobiliteit te verhogen of te behouden, om te kunnen eten, technische hulpmiddelen, om de autonomie en de mobiliteit te verhogen, adviezen rond het gebruik van deze hulpmiddelen: **voor alle** profielen;
- Valpreventie: **voor alle** afhankelijkheidsprofielen;
- Aanmoedigen van hulp of ondersteuning bij het realiseren van ADL en IADL: behouden of stimuleren van zelfstandigheid en deelname aan het sociaal leven (indien niet mogelijk, zal er doorverwezen moeten worden): voor de afhankelijkheidsprofielen **2 tot 5**;
- Cognitieve ondersteuning (geheugensteuntjes, neuropsychologische ondersteuning), aanpassing van de omgeving: voor de afhankelijkheidsprofielen **2, 4 en 5**.

Voor de mantelzorgers

- Preventie en gezondheidsrisicobeperking voor de mantelzorgers en de hulpverleners: adviezen, aanpassingen om de verplaatsingen thuis te optimaliseren, gebruik maken van materiaal om verplaatsingen te doen: voor de afhankelijkheidsprofielen **3 tot 5**;
- Opleiden en trainen van zorgverleners en mantelzorgers om de zelfstandigheid van de oudere voor de dagelijkse activiteiten te behouden of te optimaliseren (autonome tractie, gebruik maken van ondersteunend materiaal voor verplaatsingen, positionering: voor de afhankelijkheidsprofielen **2 tot 5**.

Op een heel praktisch niveau stellen wij voor om een onderscheid te maken tussen twee groepen van ouderen:

1. Diegenen die een tijdelijke interventie nodig hebben. In die groep bevinden zich ouderen die een lichte vorm van beperking vertonen op het gebied van ADL en IADL. De interventie richt zich vnl. op preventie. De interventie bestaat uit adviezen rond het aanpassen van de omgeving, aanpassen effectief uitvoeren en adviezen rond het gebruik van technische hulpmiddelen of technieken. Deze interventie kan zich ook specifiek richten naar mantelzorgers en professionals.
2. Diegenen die een langere interventie nodig hebben. In deze groep bevinden zich ook ouderen met beperkingen, maar dan eerder op het gebied van ADL en cognitie. De interventie bestaat uit wat in de eerste groep beschreven werd, maar aangevuld met revalidatie. Deze revalidatie kan fysisch zijn, maar ook cognitief. In dit geval kan de interventie vele maanden tot zelfs jaren duren.

5. Stappen die nodig zijn om een interventie van ergotherapie aan huis uit te voeren

Stap 1

- Gesprek waarbij de zorgvraag uitgeklaard wordt. Op basis hiervan kan een evaluatieplan opgemaakt worden en kunnen er samen met de cliënt (en mantelzorger) doelstellingen geformuleerd worden.
- Functionele, bio-psychosociale of ecologische evaluatie: gegevensverzameling om een gepersonaliseerd zorgplan op te maken, rekening houdend met de mogelijkheden en wensen van de persoon, in functie van zijn leefomgeving (verzamelen van persoonlijke gegevens, observatie van de omgeving, analyse van de capaciteiten of beperkingen van de persoon, enz.) Hier vertrekt de ergotherapeut van een diagnose i.v.m. het functioneren (de focus ligt op het handelen in het dagelijkse leven) om nadien een analyse te maken van de onderliggende problematieken vertrekkende vanuit een bio-psychosociaal model. Hier wordt het gebruik van een globaal geriatrisch assessment tool sterk aanbevolen.
- Opmaken van een interventieplan dat aangepast is aan de moeilijkheden die door de persoon en zijn omgeving worden ondervonden (op functioneel, cognitief of materieel vlak), in samenwerking met de betrokken personen.

Stap 2

- Overleg met het team van zorgverleners, de mantelzorgers en de oudere om hen te sensibiliseren over hoe de autonomie behouden of herwonnen kan worden, advies over technieken i.v.m. mobiliteit.
- Overleg met het ziekenhuisteam indien er een ontslag is uit het ziekenhuis.

Stap 3

- Uitvoeren van een zorgplan om het wooncomfort en de autonomie te verbeteren;
- Advies geven aan de personen over het gebruik van hulpmiddelen en technieken: positioneren, aanleren van nieuwe handelingen in situaties van het dagelijkse leven, enz.
- Aanpassingen in de woonomgeving (verplaatsen van meubilair om de mobiliteit te vereenvoudigen op een veilige manier) en het uittesten van materiaal om verplaatsingen op een veilige manier te verbeteren.

Stap 4

- **Opvolging en verdere ondersteuning van de kwetsbare oudere en zijn omgeving om geïntegreerde zorg te waarborgen.**
- Evaluatie en, indien nodig, aanpassingen uitvoeren, herevaluatie op een afgesproken moment.
- Continu overleg met andere zorgverleners en mantelzorger(s).

6. Wat is de intensiteit voor een interventie van ergotherapie aan huis?

Afhankelijk van het soort en de graad van afhankelijkheid (lichamelijk en cognitief) zullen er grote verschillen zijn: gaande van een palliatieve opvolging om het comfort en de positie van de oudere te verbeteren tot het stimuleren van de zelfstandigheid of het aanleren van ezelsbruggetjes bij een persoon met beginnende dementie of om aan valpreventie te doen.

Verschillende factoren zullen de intensiteit en de inhoud van ergotherapeutische interventie bepalen:

- Het type van afhankelijkheid (lichamelijke/cognitieve beperkingen);
- De graad van afhankelijkheid;
- Het al dan niet aanwezig zijn van een mantelzorger (inwonend of niet inwonend);
- De bio-psycho sociale omgeving;
- Het al dan niet aanvaarden van de voorgestelde aanpassingen (materiaal of gedrag);
- De duur van de fases van aanvaarding, van het onderhandelen van het levensproject en wat aangeleerd zou moeten worden;
- Aantal professionals die aan huis komen (overleg, opleiding en sensibilisatie).
- ...

Binnen de Protocol 3 projecten ergotherapie brachten de ergotherapeuten gemiddeld 20 uren door per oudere per project (min. 4h30; max. 20 uren; gegevens van 2013). Dit aantal uren gaat enkel over directe zorg. Voor indirecte zorg schatte men eenzelfde aantal uren (20 uren indirecte zorg³⁴).

7. Welke competenties zijn er nodig om deze functie uit te oefenen?

Zie [bijlage 6](#).

8. Contextuele randvoorwaarden die nodig zijn om ergotherapie thuis te kunnen uitvoeren

De aanwezigheid van een **multidisciplinair team** die aan het palet van complexe noden en behoeften kunnen voldoen in de thuissituatie, waarbij de rollen voor iedereen duidelijk zijn (zodanig dat iedereen weet welke taak kunnen opgenomen worden door wie en naar wie er doorverwezen kan worden).

Toegang tot een performante tool om patiëntengegevens te **delen (gedeeld patiëntendossier)** rekening houdend met de vertrouwelijkheid van de informatie en de privacy.

³⁴ Indirecte zorg: voorbereiding van huisbezoeken en van het materiaal, zorgdossier, contacten met andere zorgverleners, de tijd nodig voor overleg inbegrepen, evaluatie van de scores, verplaatsingen, enz.

De **mogelijkheid om samen te komen** met andere hulpverleners om complexe casussen te bespreken (emotioneel, relationeel, lichamelijk, sociaal, financieel...) en indien nodig, wanneer de thuissituatie onmogelijk wordt, een plan voor institutionalisering bespreekbaar maken.

Demonstratiemateriaal om de hulpmiddelen toe te lichten en, indien nodig, het te laten uittesten door de oudere en zijn mantelzorger alvorens het aan te kopen;

Overeenkomsten met leveranciers van hulpmiddelen zijn wenselijk om betaalbaar materiaal te kunnen aanbieden;

Tijd (te kwantificeren) die nodig is om kwalitatief te kunnen werken aan:

- een grondige evaluatie van de situatie, dat wil zeggen, luisteren naar de werkelijke vraag, zodat het aanvaardbaar is voor de oudere en zijn omgeving;
- het uitleggen en herhalen van de voorgestelde aanpassingen en doorheen de tijd toezien op de situatie, aan een tempo dat de betrokkenen zijn overeengekomen;
- het rekening houden met de aanpak en evaluatie in overleg met andere hulpverleners;

In de Protocol 3 projecten werden een 40 tot 45 kwetsbare ouderen per VTE-ergotherapeut behandeld op een actieve lijst; dit aantal ouderen is in overeenstemming met wat de experts zeiden in de validatiegroepen en met wat in de internationale literatuur staat.

Er moet een **permanente opleiding** voorzien worden gezien het beroep constant evolueert.

9. Bijlagen ergo fiches

Bijlage 1

Reminder van de context van de implementatie van de P3 projecten ergotherapie

In het kader van de Protocol 3 projecten is de woning van de oudere, de setting van de zorg voor de ergotherapeut.

De meeste ergotherapeuten hadden ervaring in het werken met ouderen in WZC maar ze hadden geen ervaring in het werken binnen de thuissituatie. Dit was dus een nieuwe uitdaging voor de professionals die voor de Protocol 3 projecten werken. Ze hebben hun theoretische en praktische kennis moeten aanpassen aan deze nieuwe context.

In het kader van de Protocol 3 projecten was de interventie gratis voor de ouderen (de aanbevolen hulpmiddelen dienden wel zelf betaald te worden). Doordat de interventie gratis was voor de gebruiker had dit zeker een positief effect op de aanvaardbaarheid van de interventie.

De ouderen in de Protocol 3 projecten ergotherapie moesten aan volgende criteria voldoen om geïncludeerd te worden: 60 jaar zijn of ouder, tenminste gedeeltelijke hulp nodig hebben voor de ADL en akkoord gaan om geïncludeerd te worden. M.a.w., de ouderen in de Protocol 3 projecten waren niet representatief voor de diversiteit aan situaties en profielen die gebruikelijk worden gezien door een ergotherapeut. In de realiteit zien zij veel situaties waar de personen niet noodzakelijk specifieke ADL of cognitieve problemen vertonen. Bij twee van de zeven projecten hadden 50% van de ouderen geen ADL of cognitieve problemen (cijfers van 2013).

Reacties en aanvullingen van de experts i.v.m. de opleiding

- Op het vlak van de opleiding betreuren de experts dat de stages in de thuiszorg minder uitgebreid zijn dan stages in instellingen, want de praktijk in de thuisomgeving is het basisparadigma van de ergotherapeut. Dit is vooral jammer omdat er grote verschillen zijn tussen de settings. Dit onevenwicht kan verklaard worden door de moeilijkheid om die stages in de thuissituatie te organiseren (akkoorden, omkadering, enz.). Zij benadrukken nochtans dat de handboeken en lessen zich vooral richten op het werken in de woning van de cliënt. In dezelfde zin vinden de experts dat de modellen en theoretische tools de ergotherapeut goed voorbereiden tot het werken in de thuissituatie. De jonge ergotherapeut beschikt over de nodige theoretische kennis die hij zal moeten aanpassen bij een interventie aan huis. Hij kan zich ook baseren op de vele voorbeelden van goede praktijkvoering, die gebaseerd zijn op resultaten van onderzoek.
- Voor wat betreft de interventie aan huis, benadrukken de experts het probleem van de kost van de zorg. Zij menen dat het wettelijk kader om thuis te kunnen werken te belemmerend werkt.

Ergotherapie en zijn referentiekader volgens de experts

Een interventie aan huis omvat een systemische benadering of bio-psychosociaal model van de patiënt als partner, die gezien wordt in zijn globale en multidimensionale omgeving (intieme levenssetting, professionele en familiale omgeving, met o.m. fysieke en psychische dimensies).

De ergotherapeut die aan huis komt zal het leefmilieu van de persoon beschouwen om hem zo goed mogelijk af te stemmen op zijn motorische, mentale en cognitieve, maar ook spirituele en affectieve capaciteiten, volgens het bio-psychosociaal model. Door zijn acties, en interactie met de persoon, draagt hij bij tot een **gevoel van welbevinden** van de persoon in zijn eigen omgeving (aanpassing van zijn omgeving in functie van zijn wensen, ondanks de moeilijkheden om zich te verplaatsen, het valrisico, enz.) en met een **gevoel van veiligheid** (aanpassing van de omgeving, om ongewenste episodes te vermijden, zoals ongevallen, vallen, enz.) De ergotherapeut houdt rekening en handelt in functie van multi-pele dimensies in het ondersteuningsproces: psycho-educatief aspect, geheugensteun, psychosociale ondersteuning, omgaan met de levenswijze en van de coping (emotioneel en situationeel), in functie van het functioneren. De middelen hiervoor zijn eigen aan ergotherapie.

De interventie aan huis houdt dus een specifiek en multidimensionaal leer- en ondersteuningsproces in, dat onderhandeld moet worden. De ergotherapeut moet ervoor zorgen dat de activiteiten zinvol zijn voor de oudere, dat deze laatste die activiteiten verder kan zetten, of opnieuw kan doen, of nog, aanvaardbare alternatieven vinden. Een centraal element hierbij is de **zinnvolle activiteit**, die voor ieder persoon anders is. Het is een element die heel dicht bij het sociaal aspect ligt. De activiteiten kunnen immers bijdragen tot zinnvolle sociale contacten, met een voldoende participatie, en omgekeerd. De intentie en het interventieplan moeten dus persoonsgericht zijn.

Bedenkingen van de expertengroep in verband met 'doelgerichte zorg' en het bio-psychosociaal model in de praktijk van de ergotherapeut(e)

- De experts geven aan dat de **paradigmatische kaders van het beroep** sterk evolueren. Oorspronkelijk ging het enkel om een klassieke functionele benadering, maar nu ontplooiën de ergotherapeuten hun praktijk volgens een bio-psychosociaal kader, zelfs een bio-psycho-socio-spiritueel-ecologisch kader, gebaseerd op een multidimensionale benadering van de omgeving en de persoon, die als partner wordt beschouwd. Hier vloeien twee punten uit, die belangrijk zijn voor de praktijk van de **ergotherapeut**

1/ Deze benadering van de persoon als partner is een essentiële dimensie van de huidige ergotherapeut: de doelstellingen worden samen opgesteld in een visie van doelgerichte zorg, die **zingevend** moet zijn voor de persoon. De ergotherapeut beantwoordt dus eerst aan de wensen van de persoon, identificeert zijn noden en behoeften, en de zin die dit voor de verzorgde persoon betekent.

2/Volgens het **bio-psycho-sociaal referentiekader** (waarop het ICF³⁵ gebaseerd is): de ergotherapeut maakt gebruik van zijn analytische vaardigheden om de onderliggende oorzaken van het functionele probleem te vinden (de pathologie wordt dus ook beschouwd). Hij zal zich dus ook richten tot de gedrags- en functionele problemen; wat er gebeurt, ook los van de pathologie. Volgens dit referentiekader blijkt het gebruik van ADL en IADL-classificatie te beperkend, omdat dit andere activiteiten niet belicht, waarop de ergotherapeut kan werken, zoals vrijetijdsbesteding.

- De meerwaarde van de ergotherapeut is voornamelijk gericht binnen het domein van '**doelgerichte zorg**'. De ergotherapeut is in staat om snel en efficiënt belangrijke doelstellingen vast te leggen voor de persoon en zijn omgeving. Deze doelstellingen zijn steeds gelinkt aan het handelen van de persoon in het dagelijkse leven en hierdoor dus heel relevant voor de persoon en zijn omgeving.

- Ouderen blijven liefst zo lang mogelijk thuis, met een maximale autonomie, om een goede levenskwaliteit te bewaren. Wanneer de zorgverlener de nadruk legt op het handelen in het dagdagelijkse leven, zal hij rekening moeten houden met de bio-psychosociale domeinen. Het dagdagelijkse handelen is het complexe resultaat van onderliggende competenties en functies. De problemen bij het handelen kunnen fysieke, cognitieve, mentale oorzaken hebben, zelfs persoonlijkheidsproblemen, maar kunnen ook te wijten zijn aan de omgeving (materieel, sociaal of in functie van de middelen). Dit verwijst ook naar de kennis die de ergotherapeut (o.a.) heeft over de ICF. Het kunnen analyseren van de **onderliggende oorzaken van gebreken** is een van de sterke punten van de ergotherapeut. Het kunnen werken op die oorzaken ook, hoewel hierbij natuurlijk moet verwezen worden naar andere professionals, na analyse.

³⁵ ICF= International Classification of Functioning, Disability and Health van de WHO (2001).

Aanvulling van de experten m.b.t. het werken met mantelzorgers en professionals, en de oudere.

- De (psycho)educatie van de mantelzorgers heeft een belangrijke rol. Hierbij moet erop gelet worden dat de mantelzorger niet overbelast wordt door de interventies van ergotherapie. Dit vergt tijd.
 - Elke discipline heeft als taak haar eigen expertise te delen met anderen, in het kader van een reële interprofessionele samenwerking, waarbij de grenzen van eigen beroep bewaakt worden. De ergotherapeut werkt altijd samen met andere professionals.
 - **De rol van de ergotherapeut overstijgt het functioneel domein:** gedrag, evaluatie of opmaken van het netwerk, respijt, oriëntatie, enz. De vraag komt immers **vaak uit de hoek van de mantelzorger**.
 - Empowerment van de oudere en zijn omgeving, zodanig dat hij overbodig wordt;
 - Bijv. voor de profielen 1 en 2: kan in sommige gevallen een enkel huisbezoek volstaan. Het kan ook nuttig zijn om korte zorgtrajecten te herhalen.
 - De resultaten van de projecten van de eerste oproep hebben aangetoond dat ergotherapie aan huis een positief effect heeft, zelfs met een klein aantal interventies. Het is echter niet mogelijk om aan revalidatie te doen met het aantal huisbezoeken dat in de meeste projecten werd voorgesteld.
 - Voor wat betreft de preventieve aspecten voor de professionals die de kwetsbaarheid willen voorkomen voor ouderen die nog niet afhankelijk zijn op het gebied van ADL en IADL:
 - Voor enkele specifieke situaties: valpreventie;
 - Indien er al sprake is van een eerste val: effectiviteit van de aanpassing van de omgeving;
 - Voor welk risicoprofiel
 - Risico voor inverted care law indien preventief aspect.
 - Bijv. voor een afhankelijke oudere bij wie er al een zorgkundige aan huis komt, is het nodig te vertrekken van de mogelijkheden van de oudere, bijv. bij de hulp bij het wassen. Het is belangrijk om de zorgkundige op te leiden voor deze functie en dit vraagt tijd.
 - Link met de geheugenklinieken. Deze link werd niet vernoemd door de Protocol 3 projecten. Deze klinieken vullen een referentiefunctie in. Deze geheugenklinieken kunnen een inspiratiebron zijn. Zij kunnen twintig interventies per jaar doen, waarvan een deel verplicht thuis moet gebeuren.

Welke competenties zijn er nodig om deze functie uit te oefenen?

De persoon moet al enkele jaren ervaring hebben met het beroep van ergotherapeut, de persoon moet in ieder geval gemotiveerd zijn in de problematiek van deze kwetsbare ouderen:

- Autonomie en proactiviteit
- Identificeren en observeren van de noden en behoeften
- Begrijpen van niet aanvaarden van hulp en of zorg
- Het begeleiden van de persoon in zijn aanpassingen van z'n gewoontes en zijn omgeving
- Actief luisteren
- Een goeie relatie opbouwen met de kwetsbare oudere en zijn/haar mantelzorger om een sfeer van vertrouwen te creëren
- In een team kunnen werken en kunnen overleggen met de andere zorgverleners die de kwetsbare oudere omringen
- Sensibiliseren van de patiënt, zijn mantelzorger(s) en de professionele hulpverleners over hoe de autonomie versterkt of behouden kan worden
- Aanleren
- Inventief
- Handigheid
- Prioriteiten kunnen stellen
- Evalueren en opvolgen van de zorgen
- Indien nodig, het zorgplan aanpassen