



# Professionele kaders

CAMPUS

**Geel**

**Unit ER OR SW - Geel**  
**Ergotherapie**

Leerlijn: Professioneel Handelen

Opleidingsonderdeel: Professionele Kaders

Zcode: Z25396

Fase 1

**Academiejaar 2019-2020**



# Inhoud

<b>Inleiding .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Kernbegrippen professionele kaders.....</b>	<b>9</b>
Info vooraf .....	9
Inleiding .....	9
Concrete leerdoelen.....	9
Ondersteunend materiaal .....	9
<b>2 Medisch versus holistisch kader.....</b>	<b>10</b>
Info vooraf .....	10
Inleiding .....	10
Concrete leerdoelen.....	10
Ondersteunend materiaal .....	10
2.1 Het medisch kader .....	11
2.2 Het holistisch kader.....	12
<b>3 Emancipatorisch kader.....</b>	<b>15</b>
Info vooraf .....	15
Inleiding .....	15
Concrete leerdoelen.....	15
Ondersteunend materiaal .....	15
3.1 Historische achtergrond .....	16
3.2 Kenmerken van het emancipatorisch kader .....	17
3.2.1 Gelijkwaardigheid .....	17
3.2.2 Keuzevrijheid .....	18
3.2.3 Verantwoordelijkheid.....	18
3.2.4 Coaching/ondersteuning .....	18
3.2.5 Respect .....	18
3.3 Emancipatorisch kader, uitdagingen voor de praktijk.....	19
3.4 Kritische bedenkingen .....	19
<b>4 ICF.....</b>	<b>21</b>
Info vooraf .....	21
Inleiding .....	21
Concrete leerdoelen.....	21
Ondersteunend materiaal .....	21
4.1 Inleiding op ICF .....	22
4.2 Basisstructuur .....	22
4.3 Overzicht van de componenten.....	23
4.3.1 Ziekte/aandoening .....	23
4.3.2 Functies, anatomische eigenschappen en stoornissen .....	23
4.3.3 Activiteiten/bependingen .....	26
4.3.4 Participatie/participatieproblemen .....	26
4.3.5 Externe en interne factoren.....	28
<b>5 Normalisatie .....</b>	<b>30</b>
Inleiding .....	30

Concrete leerdoelen .....	30
Ondersteunend materiaal .....	30
5.1 Kernidee van normalisatie.....	31
5.2 De 3 principes van Normalisatie.....	33
5.2.1 Principe 1: Normalisatie.....	33
5.2.2 Principe 2: Personalisatie .....	34
5.2.3 Principe 3: Integratie .....	34
5.3 Toepassing in de praktijk .....	35
<b>6 Empowerment .....</b>	<b>36</b>
Inleiding .....	36
Concrete leerdoelen .....	36
Ondersteunend materiaal .....	36
6.1 Institutionalisering .....	37
6.1.1 Isolatie van de buitenwereld door nieuwe omgeving.....	37
6.1.2 Verlies aan zelfstandigheid.....	38
6.1.3 Zakelijkheid en inperking privacy.....	38
6.1.4 Zelfvervreemding .....	38
6.2 Inleiding op empowerment.....	39
6.3 Basishouding.....	40
6.3.1 Definities .....	40
6.3.2 Verschillende niveaus .....	41
6.3.3 Empowerment als proces .....	43
6.3.4 Fasen in het empowerment proces .....	46
6.3.5 De OMEGA-vragenlijst als praktijktoepassing.....	49
<b>7 Inclusie.....</b>	<b>50</b>
Inleiding .....	50
Concrete leerdoelen .....	50
Ondersteunend materiaal.....	50
7.1 Het begrip inclusie .....	51
7.2 Verwante begrippen .....	51
7.2.1 Exclusie.....	51
7.2.2 Integratie .....	52
7.2.3 Segregatie .....	52
7.3 Evolutie naar meer inclusie .....	53
7.4 Kijken naar handicap binnen inclusie.....	54
7.5 Inclusief beleid .....	55
7.5.1 Fysieke toegankelijkheid .....	55
7.5.2 Mentale toegankelijkheid .....	56
7.5.3 Informatie toegankelijkheid.....	56
7.5.4 Veiligheid.....	57
7.5.5 Sociale toegankelijkheid .....	57
7.6 Convent of the rights of Persons with Disabilities .....	58
7.6.1 Availability.....	58

7.6.2	Accessibility .....	58
7.6.3	Acceptability.....	59
7.6.4	Adaptability.....	59
7.7	Praktijktoepassingen .....	59
<b>8</b>	<b>Rationeel model van subjectief welbevinden .....</b>	<b>61</b>
	Inleiding .....	61
	Concrete leerdoelen.....	61
	Ondersteunend materiaal .....	61
8.1	Inleiding .....	62
8.2	Subjectief welbevinden.....	62
8.3	Het zes dimensionaal model van het subjectief welbevinden.....	63
8.3.1	Het psychisch welbevinden.....	64
8.3.2	Het lichamelijk welbevinden .....	64
8.3.3	Het sociale welbevinden.....	64
8.3.4	Het materiële welbevinden .....	65
8.3.5	Het culturele welbevinden .....	65
8.3.6	Het existentiële welbevinden .....	65
8.4	Complementariteit van de domeinen .....	66
8.5	Bevorderen van het welbevinden .....	67
<b>9</b>	<b>Balansmodel : draaglast versus draagkracht .....</b>	<b>69</b>
	Inleiding .....	69
	Concrete leerdoelen.....	69
	Ondersteunend materiaal .....	69
9.1	Inleiding .....	70
9.2	Draaglast en draagkracht.....	70
9.2.1	Persoonlijke factoren "INTERN".....	71
9.2.2	Omgeving of "EXTERNE" factoren.....	72
9.3	De uiteindelijke balans bepalen.....	74
9.3.1	Een weegschaal in balans.....	75
9.3.2	Een positieve balans 'meer draagkracht' .....	76
9.3.3	Een negatieve balans 'meer draaglast' .....	76
<b>10</b>	<b>Eigen initiatief model (EIM) .....</b>	<b>77</b>
	Inleiding .....	77
	Concrete leerdoelen.....	77
	Ondersteunend materiaal .....	77
10.1	Inleiding EIM .....	78
10.2	Kerngedachte van EIM.....	79
10.3	De vijf pijlers van het EIM .....	79
10.3.1	Pijler 1: Algemene vaardigheden.....	80
10.3.2	Pijler 2: Leren van algemene vaardigheden .....	81
10.3.3	Pijler 3: Coaching van het dagelijks leven .....	83
10.3.4	Pijler 4: Ondersteuningsplan .....	84
10.3.5	Pijler 5: Inbedding in de organisatie .....	84
10.4	Besluit.....	85
<b>11</b>	<b>Kader Rehabilitatie en herstel.....</b>	<b>86</b>

---

Inleiding .....	86
Concrete leerdoelen .....	86
Ondersteunend materiaal .....	86
11.1 Inleidend kader .....	87
11.2 Kerndoel .....	87
11.3 Doelgroep van IRB .....	88
11.4 Plan van aanpak .....	89
11.4.1 Visie .....	89
11.4.2 Waarden/uitgangspunten .....	89
11.5 Het rehabilitatieproces .....	91
11.5.1 Fase 1: verkennen .....	92
11.5.2 Fase2: kiezen .....	92
11.5.3 Fase 3: verkrijgen .....	92
11.5.4 Fase 4: behouden .....	93
11.6 Modules IRB .....	93
11.7 Besluit .....	95

# INLEIDING

In dit opleidingsonderdeel (OPO) worden diverse professionele kaders aangeboden die je meer visie, inzicht en strategie bieden om gericht met de doelgroepen van ergotherapie aan de slag te gaan.

Op Canvas verschijnt per kader een stuk cursustekst en een presentatie die in de les gebruikt wordt als ondersteunend materiaal. De cursus zal verder aangroeien doorheen het semester telkens een nieuw kader gegeven wordt. Tijdens de les wordt activerend gewerkt. Hoe sterker de betrokkenheid hoe groter de kans dat je het ook effectief beheerst.

Voor het toepassingsexamen mogen jullie zelf aangemaakte fiches gebruiken. Per kader mag dit 1 A4 zijn in de vorm van een mindmap, eigen structuurindeling. Je maakt dus een samenvatting van het kader dat als tool gebruikt wordt om je toepassingsexamen af te leggen. Een voorbeeld van een fiche is op Toledo terug te vinden.



**Leerdoelen (LD) van het OPO Professionele kaders**

1. De student geeft een overzicht van de kernprincipes van de diverse professionele kaders.
2. De student transfereert het theoretisch concept van diverse professionele kaders naar een voorgestelde praktijksituatie.
3. De student rechtvaardigt het gebruik van een specifiek kader in relatie tot een ergotherapeutische werkcontext.

### **Evaluatievorm**

Schriftelijke inzichtelijke toets, waarbij de kennis van kernprincipes worden afgetoetst (gesloten boek). Dit is een meerkeuzetoets.

Toepassingsexamen, waarbij LD 2 en 3 worden getoetst. Het gebruik van infofiches per professioneel kader is hierbij toegestaan.

Gedetailleerde info is terug te vinden in de ECTS-fiche.

### **Formatieve feedback**

Er zijn werkcolleges voorzien waar de kaders toegepast worden aan de hand van oefeningen, casussen die gelijkend zijn op het examen.

Aanvullende zijn er kennistoetsen op Toledo die vrijblijvend kunnen ingevuld worden en voorzien zijn van juist-fout feedback.



# **1 Kernbegrippen professionele kaders**

## **Info vooraf**

### **Inleiding**

Voor de inleiding verwijzen we naar het handboek Grondslagen van de ergotherapie, Le Granse e.a., 2017, Bohn Stafleu van Loghum, Houtum. Specifiek hoofdstuk 17: Begrippen begrijpen: de onderbouwing van ergotherapiemodellen.

### **Concrete leerdoelen**

Je beheerst de begrippen: theorie, referentiekader, model, methodiek, methode en paradigma.

Je verduidelijkt het verschil tussen de begrippen aan de hand van concrete voorbeelden.

### **Ondersteunend materiaal**

PowerPoint 1: Kernbegrippen Professionele kaders.



## **2 Medisch versus holistisch kader**

### **Info vooraf**

#### **Inleiding**

Binnen de gezondheidszorg is een gigantisch grote evolutie gebeurd en nog steeds aan de gang wat betreft de visie op zorg en therapie. Waar we vroeger in een eng medisch model werkten, is er nu veel meer aandacht voor de cliënt zelf en spreekt men van het holistisch kader.

Voor ergotherapeuten is het holistisch denken, werken een basisvereiste voor een kwaliteitsvolle cliëntgerichte aanpak. In dit hoofdstuk wordt het verschil tussen de beide visies uitgelegd.

#### **Concrete leerdoelen**

Je geeft de betekenis van het holistisch kader voor de gezondheidszorg en vertaalt dit naar de beroepspraktijk van de ergotherapeut.

Je vergelijkt inhoudelijk het medisch en het holistisch kader.

#### **Ondersteunend materiaal**

PowerPoint 2: Medisch versus holistisch kader

## 2.1 Het medisch kader

Wat de zorg betreft zou je over drie verschillende kaders kunnen bespreken: het eerder traditionele medisch kader, het holistisch kader en het emancipatorisch kader. Dit laatste bespreken we in een volgend hoofdstuk.

Het medisch kader richt zich erg sterk op de idee dat de cliënt een patiënt is waarvan alle zorg wordt overgenomen door professionals zonder actieve betrokkenheid van de zieke persoon. De patiënt wordt bekeken als iemand die ziek of gehandicapt is en daardoor diverse problemen heeft die door medisch opgeleid personeel moeten aangepakt en/of opgelost worden.

Binnen dit kader is er geen aandacht voor de socio-emotionele kant van de patiënt. Het gaat dus niet om wat de patiënt beleeft, wenst, verwacht. De focus ligt op de behandeling, aanpak en zorg van de ziekte, beperking, klacht. De patiënt krijgt zorg en ondergaat de behandeling op basis van vooraf bepaalde procedures en behandelingen.

Hoe hoger de functie in het (para)medisch team hoe meer beslissingsrecht men heeft over het behandelprotocol van de aandoening/beperking. De patiënt volgt hier gedwee de instructies en beslissingen van zijn behandelend team. We spreken hier van een aanbodgerichte behandelstrategie. Samengevat werkt men volgens het principe: "We brengen de klachten in kaart, bepalen 'wat het is' en baseren onze behandeling daarop" (Jongsma, M, 2016).

Een voorbeeld:

*Een jonge voetballer loopt tijdens een match een ernstig knieletsel op en wordt doorverwezen naar de huisarts. Deze bekijkt de knie en stuurt door naar een orthopedisch specialist in het ziekenhuis omdat hij de 'aandoening' niet kan behandelen. In het ziekenhuis wordt een echo genomen en wordt de jonge voetballer huiswaarts gestuurd met een vastgelegde afspraak voor een operatie met een standaardrevalidatie van 3 maanden. Het gegeven dat hij voetballer is, bezorgd is om zijn seizoen te missen en daardoor te degraderen naar een lagere ploeg/reeks is voor de artsen nooit een issue geweest. De diagnose is gesteld en de behandeling is voorgeschreven en*

*wordt ingezet. De arts bepaalt wanneer en hoe de behandeling, ingreep en revalidatie verder verloopt.*

## **2.2 Het holistisch kader**

Het holistische kader is een reactie op het puur medisch model waar de patiënt als behandelobject bekeken werd en via vaak vaste procedures behandeld werd.

Holisme komt van het woord Holos dat wereld betekent. Het gaat om het bekijken van iets als een samenhangend geheel. Binnen de holistische benadering gaat men uit van de idee dat de mens als geheel moet benaderd worden. Je kijkt dus niet enkel naar de klachten en de bijhorende beperking maar ook naar de effecten van deze beperking op alle aspecten van de mens. Er wordt dus niet enkel gekeken naar de fysieke gevolgen, maar ook naar de psychische, emotionele, sociale en spirituele gevolgen.

Concreet wil dit zeggen dat binnen de zorg er steeds wordt gekeken in welke mate een beperking op het éne facet een gevolg heeft op de andere facetten van de mens. In de behandeling moeten dus alle facetten bekeken worden en wordt er ruimer gekeken dan de beperking en de rechtstreekse klachten op zich. Deze holistische benadering vindt zijn oorsprong in de humanistische stromingen van de psychologie.

De mens wordt bekeken als één geheel waar de verschillende facetten wel te onderscheiden zijn maar niet los te koppelen van mekaar. Je kan niet vrij selecteren en zelf bepalen waar je de behandeling op focust. Zo zou een lichamenlijk letsel voor de cliënt ondergeschikt kunnen zijn ten opzichte van de psychische gevolgen die het met zich meebrengt.

Een voorbeeld:

*Een duidelijk voorbeeld hiervan is een cliënt die ernstige brandwonden oploopt in het aangezicht. Dit is op zich een lichamenlijk letsel dat je als dusdanig zou behandelen in het medisch model en dus focus zou leggen op de heling van de wonden en het littekenweefsel. Echter binnen het holistisch kader kijk je naar alle facetten en zal blijken dat het lichamenlijk erg ondergeschikt wordt in dit verhaal. De cliënt zal zich vooral zorgen maken om zijn sociale en psychische facetten. Wie is hij nog met die littekens, hoe gaan anderen reageren, hoe zit dat met zijn relatie,*

*vriendenkring. Gaan zij hem nog aanvaarden zoals hij nu is? Hierdoor creëer je plots een totaal anders georiënteerde behandeling die eerder gericht is op aanvaarding, omgaan met, verwerken, sociale interactie en integratie samen met de lichamelijke effecten van de brandwonden. Je kiest hier voor een totaalbenadering van de cliënt.*

Onderstaande figuur geeft weer elke facetten invloed hebben op mekaar binnen het holistisch kader (Loek Knippels, 2009).



Het grote verschil is de benadering van je cliënt. Het is geen patiënt die ondergaat maar een waardevol persoon met een uniek levensverhaal die hoe dan ook richting geeft aan de hulpvraag die hij stelt. Als hulpverlener ga je je anders opstellen en wil je net de rijkheid van het levensverhaal kennen om zo een beter beeld te krijgen van noden en wensen van de cliënt. Het is de cliënt die expert is over zijn eigen leven en je meer inzicht geeft over het effect van zijn beperking op zijn persoonlijke levenssituatie.

Waar het in het medisch model een zorgaanbod was dat sterk hiërarchisch georganiseerd was, vinden we bij het holistisch model een eerder teamgerichte aanpak en wordt er samen met andere disciplines een

antwoord gezocht op de hulpvraag van de cliënt. Ieder gaat vanuit zijn discipline een bijdrage leveren aan de hulpvraag. Waar het medisch model aanbod gestuurd was, spreken we binnen de holistische benadering van een vraaggericht aanbod. De cliënt komt met een specifieke vraag en wij zoeken hiervoor het beste aanbod/antwoord/therapieplan.

In een later hoofdstuk zal je merken dat er binnen de ergotherapeutische benadering nog ruimer wordt gekeken en ook onderzocht wordt hoe de omgeving een invloed heeft op het handelen van de cliënt. Dit is één van typische kenmerken van ergotherapie: de totaalbenadering van de cliënt in al zijn facetten of ze nu persoonlijk zijn, omgevingsgericht zijn of relationeel zijn.

## **3 Emancipatorisch kader**

### **Info vooraf**

#### **Inleiding**

Het emancipatorisch gedachtegoed vindt veel toepassing in de zorg voor personen met een verstandelijke beperking maar is daarnaast breed toepasbaar in de gezondheidszorg en de werkplekken van de ergotherapeut.

#### **Concrete leerdoelen**

Je geeft de betekenis van het emancipatorisch kader voor de gezondheidszorg en vertaalt dit naar de beroepspraktijk van de ergotherapeut.

Je past de principes van het emancipatorisch kader toe op een fictieve werkplek van de ergotherapeut.

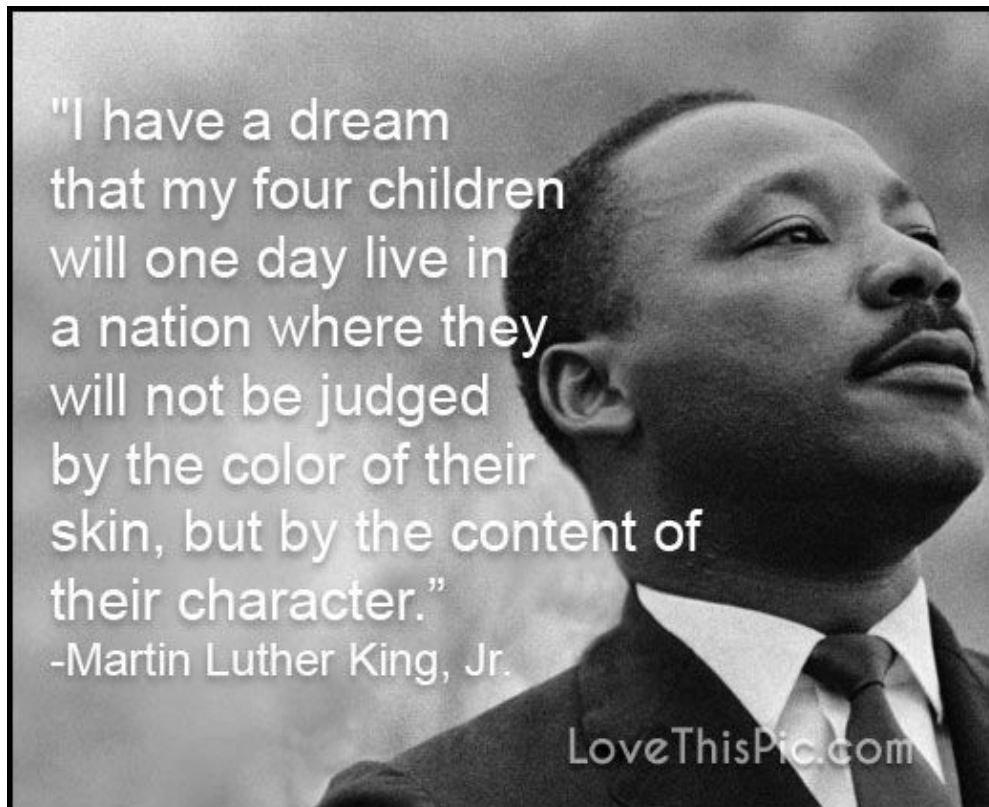
#### **Ondersteunend materiaal**

PowerPoint 3: Emancipatorisch kader

### 3.1 Historische achtergrond

Emancipatie (van het Latijnse emancipatio) is het streven naar een volwaardige plaats in de samenleving vanuit een achtergestelde positie. Dit kan via gelijkgerechtigdheid, zelfstandigheid of de formele toekenning van gelijke rechten, gelijkstelling voor de wet.

Emancipatie heeft een soms eerder strijdvaardige bijklank. We kennen dit vaak vanuit de woelige bewegingen en machtsstrijd om als gelijke gezien en behandeld te worden. Enkele grote historische voorbeelden zijn Mandela, Martin Luther King en hun strijd om de zwarten gelijkwaardig te behandelen, niet te discrimineren, racistisch te benaderen. Deze strijd komt nog voort van de slavernij waar zwarten objecten waren, eigendom van de blanken.



Later gebeurde dezelfde beweging bij de vrouwenbeweging die stemrecht opeisten, de homo's en lesbiennes die met hun gay parade aandacht vragen voor gelijke kansen en hen te aanvaarden in hun vrije keuze om hun geaardheid niet verborgen te moeten houden. Al deze groepen eisen het recht op om ondanks hun anders zijn maximaal zelf zin en invulling te geven aan de betekenis van hun eigen leven in een maatschappij die dit ook respecteert en aanvaardt.

Ook binnen de zorg zien we deze beweging steeds meer in opmars komen. Bepaalde cliëntengroepen die op de voorgrond treden en hun belangen willen verdedigen. Op dat vlak is er een paradigmaverschuiving van algemene medische zorg naar meer flexibele zorg met maximale inspraak van de cliënten zelf. Het is een evolutie naar een zorg op maat met meer zelfbepaling, empowerment, coaching, inclusie, respect.

Binnen de gehandicaptenzorg komt dit emancipatorisch kader sterk aan bod. Personen met een verstandelijke beperking willen geen algemeen zorgaanbod, maar een op maat gecreëerde ondersteuning waar zij zelf mee bepalen hoe dat er mag uitzien. Het vraagt een evolutie van een groepsgerichte aanpak naar een meer individuele benadering. In dit streven van emancipatorisch werken moet steeds bewaakt worden of het wel degelijk bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de cliënt.

## **3.2 Kenmerken van het emancipatorisch kader**

Vanuit de psychologie wordt het begrip emanciperen beschouwd als een ontwikkeling naar autonomie en zelfstandigheid. Emanciperen is het proces waarbij men zich losmaakt van maatschappelijke belemmeringen of conventies.

Het gaat om de regie van het eigen leven in eigen handen nemen zonder betutteld te worden, minderwaardig beschouwd te worden. Kansen moeten gecreëerd worden, eerder dan ontnomen te worden.

Volgende kernbegrippen maken deel uit van het emancipatieproces.

### **3.2.1 Gelijkwaardigheid**

Waar in het medisch model erg op basis van hiërarchie gewerkt wordt, kiest men in het emancipatorische kader bewust voor een gelijke benadering waar de therapeut samen met de cliënt het proces doorloopt. Ze gaan in dialoog met mekaar en vertrouwen op de eigen mogelijkheden van de cliënt om samen te zoeken naar de ondersteuningsbehoeftes.



Er is binnen dit kader een allergie voor betutteling en over bezorgdheid.

### **3.2.2 Keuzevrijheid**

Vrijheid is een essentieel woord in het emancipatorisch kader. De cliënt moet de vrijheid krijgen om keuzes te maken, die op hun beurt gerespecteerd dienen te worden. Afhankelijk van de cognitieve vaardigheden, worden we uitgedaagd om de cliënt te ondersteunen in het kunnen kiezen.

### **3.2.3 Verantwoordelijkheid**

De cliënten moeten de verantwoordelijkheid krijgen voor genomen beslissingen. Dit wil niet zeggen dat ze alles alleen moeten kunnen eens iets beslist is. Ze hebben nog steeds behoefte aan ondersteuning, maar deze is eerder gericht op coaching. Je moet de uitdaging durven aangaan, zelfs met berekende risico's.

### **3.2.4 Coaching/ondersteuning**

Er is geen totaalaanpak meer, geen standaardprocedures. Als zorgverlener moet je je flexibel opstellen om te komen tot een ondersteuning op maat. De grote uitdaging is om de cliënten zo te coachen dat hij idealiter ons niet meer nodig heeft om zijn leven verder in handen te nemen en zijn dagelijkse activiteiten zelfstandig te kunnen uitvoeren. Dit doen we door alle belanghebbenden mee te betrekken in het verhaal: het cliëntensysteem maakt deel uit van emancipatorisch kader als partner in het realiseren van de emancipatie.

### **3.2.5 Respect**

Een belangrijke basis beroepshouding in dit kader is respect. Het lijkt een eenvoudig begrip waar iedereen van zegt dat het natuurlijk bij het beroep hoort en dat hij dit ten volle uitdraagt. Het is echter een blijvende uitdaging om dagdagelijks respect te tonen voor eigen keuzes, andere meningen en prioriteiten die niet overeenstemmen met jouw doelgerichte aanpak.

### 3.3 Emancipatorisch kader, uitdagingen voor de praktijk

Uitgangspunt blijft om cliënten dezelfde rechten en kansen te geven als alle anderen in de maatschappij. De beperking is dus geen rem of handicap maar een uitdaging om mee om te gaan en de wereld er aan aan te passen.

Enkele uitdagingen die op emancipatorisch vlak voor ons ergotherapeuten invulling geven aan onze interventies:

- Het toegang verlenen aan de digitale sociale media voor ouderen in een woonzorgcentrum.
- Het recht op leren en studeren voor personen die verblijven in een penitentiaire instelling.
- De wens van een persoon met een verstandelijke beperking om net als iedereen een eigen budget te mogen beheren en te beslissen aan wat het wordt uitgegeven.
- Het recht om als persoon met een psychische beperking vrijwilligerswerk te kunnen doen om zich opnieuw nuttig te voelen in de maatschappij.
- Het recht om als rolstoelgebruiker te blijven werken als chauffeur, op reis te gaan en gebruik te maken van het openbaar vervoer.
- ...

### 3.4 Kritische bedenkingen

Het emancipatorisch werken vraagt een mindshift bij zowel de professional, de cliënt, het cliëntstelsel als de maatschappij waarin de cliënt functioneert.

We moeten weg gaan van de idee van de aangeleerde hulpeloosheid. We hebben vanuit het medisch kader en de overbezorgdheid onze cliënten geleerd om zich hulpeloos op te stellen omdat we alle zorgen van hen overnamen. Dit leek efficiënter te zijn en betrouwbaarder omdat het vertrok vanuit onze expertise. Concreet betekent dit dat de cliënt zelf ook anders

moet gaan redeneren en handelen. Waarom zou hij nu plots moeten leren de bus te gebruiken als hij voordien altijd met de wagen naar het atelier werd vervoerd? Waarom zou hij nu plots zelf zijn kledij moeten kiezen als dit vooraf netjes werd klaargelegd? Deze omschakeling in denken vraagt tijd, soms veel tijd.

Voor de hulpverleners is dat ook ingaan tegen onze eigenheid. We zijn getraind te helpen, oplossingen te zoeken en aan te bieden vanuit onze eigen expertise. Het emancipatorisch werken is op dat vlak je openstellen om risico's te willen nemen en zorg aan te bieden net onder de maat in plaats van op maat van de cliënt. Deze lat moet net daar gelegd worden waar de cliënt zich uitgedaagd voelt om tot actie over te gaan. De drempel mag niet te hoog zijn, maar net hoog genoeg om hem te overwinnen. Dit vraagt een nog grotere expertise van de hulpverlener om permanent te vertrekken vanuit de mogelijkheden en kansen van de cliënt om hem te doen groeien. Geef toe dat dit de job wel erg uitdagend maakt en de return vanuit de cliënt erg fijn en motiverend kan zijn om hiervoor te blijven gaan in je dagdagelijkse beroepsuitoefening. Een cliënt die je enorm dankbaar is omdat hij eindelijk na jaren met de auto gebracht te worden, en dus afhankelijk was van derden, zelf de bus nam naar de markt en dit trots komt vertellen met een zak lekkere verse wafels van die markt in de hand ... daar ga je met plezier elke dag voor werken!

## 4 ICF

### Info vooraf

#### Inleiding

Het ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health", is een complexe classificatie. Het geeft je een overzichtelijk beeld van de persoon zijn aandoening en het effect ervan op handelen en participatie. In een tweede luik kijkt men ook hoe externe en persoonlijke factoren hierop inspelen.

Voor ons is het niet belangrijk dat je alle classificaties van buiten gaat leren, wel dat je een cliënt kan plaatsen binnen het ICF en verder kan gaan zoeken via de databank waar de beperkingen zich situeren. Door het in kaart brengen van het ICF krijg je een overzichtelijk beeld van alle componenten die het handelen en de participatie van je cliënt bepalen. Het is vervolgens een kleine stap om gericht ergotherapeutische interventies te gaan definiëren met je cliënt.

#### Concrete leerdoelen

Je geeft de basisstructuur weer van het ICF en kan deze invullen op basis van een casussituatie.

Je gebruikt de ICF illustration databank om verder te gaan zoeken naar het effect van de beperking op iemand zijn handelen en participatie.

#### Ondersteunend materiaal

PowerPoint 4: ICF

Bundel Nederlandse vertaalslag van ICF, Nederlandse WHO-FIC Collaborating Centre.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/903133913X-dut.pdf?sequence=117&isAllowed=y>

Illustration databank:

## 4.1 Inleiding op ICF

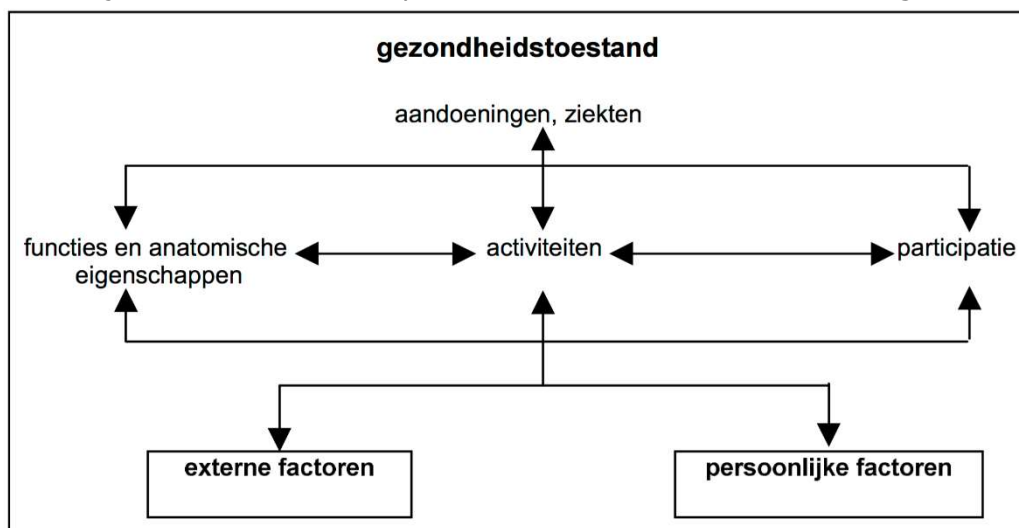
ICF staat voor internationale classificatie van het menselijk handelen. Het is een internationaal kader om als (para)medische professionals dezelfde taal te gebruiken. Het zou dus de onderlinge communicatie tussen de verschillende disciplines vergemakkelijken en zelfs versterken. Het ICF is ontwikkeld vanuit de WHO en dus een sterk gedragen classificatie die sterk wetenschappelijk onderbouwd is.

Het probeert vanuit diezelfde taal het menselijk functioneren van personen met een beperking te begrijpen, beschrijven en te classificeren. Vanuit de basisstructuur van ICF ga je coderen en verder diversifiëren. Je maakt als het ware een schematische foto van het functioneren van je cliënt met alle aspecten die dit functioneren beïnvloeden of belemmeren.

Het vertrekt als het ware vanuit het medisch kader: we hebben een cliënt met een aandoening/ziekte en de bijhorende stoornissen. Maar als je het holistisch kader meeneemt merk je dat ICF de persoon ook als geheel gaat bekijken en rekening houdt met het effect op handelen en participatie, de context van de persoon mee opneemt en kijkt naar persoonlijke factoren die meespelen in dit verhaal zodat je toch tot een totaalbenadering komt.

## 4.2 Basisstructuur

Het ICF is in te delen in twee grote structuren. De eerste groep is het menselijk functioneren en de problemen die dat met zich meebrengt. Dit is



verdeeld in de componenten 'aandoening-ziekten', 'functies en anatomische eigenschappen', 'activiteiten' en 'participatie'. De tweede groep zijn de componenten 'externe factoren' en 'persoonlijke factoren'. Al deze componenten spelen continu op mekaar in. Deze wisselwerking wordt duidelijk weergegeven in onderstaand schema.

De wisselwerking betekent dat als er in één component iets gebeurt of verandert dit ook een effect heeft op de andere componenten. Ze zijn dus onlosmakelijk met mekaar verbonden. Als ergotherapeut is het belangrijk hier vooraf goed rekening mee te houden bij het plannen van je interventies. Zo kan de aandoening/ziekte die iemand oploopt een effect hebben op én zijn handelen, én zijn participatie én zijn persoonlijke factoren. Het aanpassen van de omgeving van de cliënt als ergotherapeutische interventie gaat de ziekte niet oplossen maar heeft wel een effect op het mogelijk maken van het handelen, de participatie en/of zijn persoonlijke motivatie.

## **4.3 Overzicht van de componenten**

### **4.3.1 Ziekte/aandoening**

Bovenaan het ICF staat het overzicht van de ziektes, aandoeningen die de ganse keten in beweging zetten. Let op het gaat hier enkel om ziektes en niet om symptomen. Bv Obesitas is de aandoening en overgewicht is een symptoom. Idem voor Demntie wat de aandoening is, aantasting van het kortetermijngeheugen is een symptoom/stoornis.

### **4.3.2 Functies, anatomische eigenschappen en stoornissen**

Onder anatomische eigenschappen verstaan we alle menselijke organismen zoals lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen. Het gaat hier om de beschrijving van de positie, aanwezigheid of afwezigheid en de vorm.

1. Zenuwstelsel
2. Oog, oor en verwante structuren
3. Stem en spraak
4. Bloedvaten, hematologie, afweer en ademhaling

5. Spijsvertering, metabool en hormonen
6. Urogenitaal
7. Structuren verwant aan beweging
8. Huid en verwante structuren

Functies zijn de fysiologische en mentale eigenschappen. Binnen ICF worden ze geclassificeerd en dus kan je ze plaatsen onder één van onderstaande classificaties.

1. Mentale functies
2. Sensorische functies en pijn
3. Stem en spraak
4. Functies van hart en vatenstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel
5. Functies van spijsverteringsstelsel, metabool en hormonen
6. Functies van urogenitaal stelsel
7. Functies van bewegingssysteem
8. Functies van huid en verwante structuren

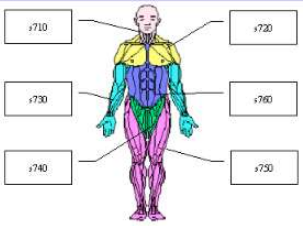
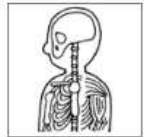









Stoornissen beschrijven dan de afwijkingen of het verlies van functies of anatomische eigenschappen. Stoornissen kunnen tijdelijk of blijvend zijn. Ze kunnen stabiel blijven, verergeren of beter worden. Binnen ICF worden deze geclassificeerd in termen van ernst van de stoornis.

ICF schaal:

0 = geen probleem	Geen, afwezig, verwaarloosbaar
1 = licht probleem	Gering, laag
2 = matig probleem	Tamelijk
3 = ernstig probleem	Aanzienlijk, hoog, sterk
4 = volledig probleem	Totaal
8 = niet gespecificeerd	
9 = niet van toepassing	

Heel vaak worden bovenstaande scores bepaald door het afnemen van assessments of gerichte observaties.

Een concreet voorbeeld op basis van de ICF illustrations:

<p>Anatomische eigenschappen</p>	<p>International Classification of Functioning, Disability and Health <b>BODY STRUCTURES</b></p> <p>CHAPTER 7 STRUCTURES RELATED TO MOVEMENT</p>  <table border="1" data-bbox="526 683 1276 772"> <thead> <tr> <th>s710</th> <th>s720</th> <th>s730</th> <th>s740</th> <th>s750</th> <th>s760</th> <th>s770</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Structure of head and neck region</td> <td>Structure of shoulder region</td> <td>Structure of upper extremity</td> <td>Structure of pelvic region</td> <td>Structure of lower extremity</td> <td>Structure of trunk</td> <td>Additional musculoskeletal structures related to movement</td> </tr> <tr> <td><a href="#">MORE</a></td> <td><a href="#">MORE</a></td> <td><a href="#">MORE</a></td> <td><a href="#">MORE</a></td> <td><a href="#">MORE</a></td> <td><a href="#">MORE</a></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="526 795 790 840"> <tbody> <tr> <td>s798</td> <td>Structures related to movement, other specified</td> </tr> <tr> <td>s799</td> <td>Structures related to movement, unspecified</td> </tr> </tbody> </table>	s710	s720	s730	s740	s750	s760	s770	Structure of head and neck region	Structure of shoulder region	Structure of upper extremity	Structure of pelvic region	Structure of lower extremity	Structure of trunk	Additional musculoskeletal structures related to movement	<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>		s798	Structures related to movement, other specified	s799	Structures related to movement, unspecified
s710	s720	s730	s740	s750	s760	s770																				
Structure of head and neck region	Structure of shoulder region	Structure of upper extremity	Structure of pelvic region	Structure of lower extremity	Structure of trunk	Additional musculoskeletal structures related to movement																				
<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>																					
s798	Structures related to movement, other specified																									
s799	Structures related to movement, unspecified																									
<p>Functies</p>	<p><b>ICF illustration library</b> International Classification of Functioning, Disability and Health <b>BODY FUNCTIONS</b></p> <p>CHAPTER 7 NEUROMUSCULOSKELETAL AND MOVEMENT-RELATED FUNCTIONS</p>  <table border="1" data-bbox="534 1344 957 1556"> <thead> <tr> <th>Functions of the joints and bones</th> <th>Muscle functions</th> <th>Movement functions</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><a href="#">MORE</a></td> <td><a href="#">MORE</a></td> <td><a href="#">MORE</a></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="534 1579 877 1646"> <tbody> <tr> <td>b798</td> <td>Neuromusculoskeletal and movement-related functions, other specified</td> </tr> <tr> <td>b799</td> <td>Neuromusculoskeletal and movement-related functions, unspecified</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right; font-size: small;">Illustrations copyright by TAI TAKAI</p>	Functions of the joints and bones	Muscle functions	Movement functions				<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>	b798	Neuromusculoskeletal and movement-related functions, other specified	b799	Neuromusculoskeletal and movement-related functions, unspecified												
Functions of the joints and bones	Muscle functions	Movement functions																								
																										
<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>	<a href="#">MORE</a>																								
b798	Neuromusculoskeletal and movement-related functions, other specified																									
b799	Neuromusculoskeletal and movement-related functions, unspecified																									
<p>Stoornissen</p>	<p>Stabiliteit van gewrichten = 0</p> <p>Spierkracht = 2, matig probleem</p>																									



### 4.3.3 Activiteiten/beperkingen

Een activiteit is binnen ICF een onderdeel van iemand zijn handelen en is individueel gericht op de persoon zelf. De beperking is dan de moeilijkheden die men ondervindt bij het uitvoeren van de handeling. Deze beperkingen kunnen beperkt tot zeer ernstig zijn.

Een activiteit is bv. stappen, drinken, boterham smeren, naar toilet gaan, je schminken, de computer gebruiken.

### 4.3.4 Participatie/participatieproblemen

Participatie situeer je op een hoger niveau dan activiteiten. Het is het uitvoeren van handelingen in een maatschappelijk perspectief, een sociale context. De participatieproblemen duiden dan op de problemen die je hebt om deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Het zou perfect kunnen dat iemand wel een bepaalde activiteit kan uitvoeren maar niet op een niveau van participatie geraakt.

Bv. Iemand zou als activiteit kunnen fietsen op een hometrainer, maar niet kunnen fietsen in het verkeer. De activiteit fietsen is dus niet beperkt, de participatie fietsen is dat wel.

Een ander voorbeeld van de relatie tussen activiteit en participatie is bv. het gebruik van de computer wat iemand technisch als handeling wel kan, maar het deelnemen aan sociale netwerken via de computer dan weer niet lukt als participatie omdat er geen internet/kennis van mail/Facebook is om tot deze participatie over te gaan. De participatieproblemen kan je zien als het verschil tussen iets wat niet lukt terwijl je dit normaal van iemand zonder deze stoornis wel mag verwachten in de desbetreffende cultuur of samenleving.

Binnen ICF worden deze activiteiten en participatie geclassificeerd in 9 kerndomeinen met erg veel subdomeinen. De kerndomeinen zijn:

1. Leren en toepassen van kennis
2. Algemene taken en eisen
3. Communicatie
4. Mobiliteit

5. Zelfverzorging
6. Huishouden
7. Tussenmenselijke relaties
8. Belangrijke levensgebieden
9. Maatschappelijke, sociale, burgerlijke rol

Het werken met deze subdomeinen, bv. via de illustration library helpt om zicht te krijgen op deze componenten. Hieronder vind je een voorbeeld van de verdere indeling van bv. Een stoornis in de stem en spraak. Dit hoort thuis bij activiteiten onder de classificatie communicatie, verder te classificeren in bv. 'gebruik van device en technieken' en weer verder te classificeren in bv. 'gebruik van telecommunicatiemiddelen'. Zo kom je uit bij classificatie d3600.

## ICF illustration library

ICF illustration library English version

International Classification of Functioning, Disability and Health

ACTIVITIES AND PARTICIPATION

TOP

CHAPTER 3

COMMUNICATION

Conversation and use of communication devices and techniques




d360 Using communication devices and techniques



Using devices, techniques and other means for the purposes of communicating, such as calling a friend on the telephone.

**Inclusion**

using telecommunication devices, using writing machines and communication techniques

d3600	d3601	d3602	d3608	d3609
Using telecommunication devices	Using writing machines	Using communication techniques	Using communication devices and techniques, other specified	Using communication devices and techniques, unspecified
				
Using telephones and other machines, such as facsimile or telex machines, as a means of communication	Using machines for writing, such as typewriters, computers and Braille writers, as a means of communication	Performing actions and tasks involved in techniques for communicating, such as reading lips.		

### 4.3.5 Externe en interne factoren

Deze factoren vormen de achtergrond van iemands handelen en participatie. De interne component is in tegenstelling tot de andere componenten niet ingedeeld in een classificatie.

De externe component bevat alle aspecten die zich in de omgeving van de persoon afspelen. Het is de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven. Het gaat bv. om de woning, werkplek, de fysieke kenmerken van deze omgeving zowel positief als negatief, zijn relaties zoals gezin, collega's, vrienden. Ook de gebruikersomgeving en hulpmiddelen behoren tot de externe component.

De interne factoren zijn de persoonsgebonden kenmerken. Hier geef je informatie over de persoon zijn identiteit: leeftijd, geslacht, ras, opleiding, beroep, karakter, conditie, levensstijl,

Besluit

ICF is een wereldwijd gebruikte classificatie om multidisciplinair dezelfde taal te gebruiken. Hoewel het een erg strikte classificatie is, geeft het voor ons ergotherapeuten erg gerichte informatie over iemand zijn handelen en participatie. Het is vooral het samenspel tussen alle componenten wat het voor ons ergotherapeuten binnen een holistische benadering boeiend maakt.

Een voorbeeld van een cliënt die je kan plaatsen binnen ICF:

Casus: een dame Griet, 56 jaar die na een val met fiets ernstig krachtverlies/parese heeft opgelopen in haar dominante rechterarm heeft opgelopen. Haar prioriteit is om terug naar restaurant 't Zwin te kunnen gaan met haar man zonder gebruik van haar hulpmiddelen, aangepast bestek. Ze wil hier echt volledig voor gaan. Met deze korte beschrijving krijg je onmiddellijk veel rijke info over haar wens, activiteit, participatie en het samenspel van haar externe en persoonlijke factoren. Als we dit in ICF zouden classificeren krijg je onderstaand schema.

**Ziekte/Aandoening**

PARESE



## **5 Normalisatie**

### **Inleiding**

Normalisatie is een kader dat zeer vaak in de residentiële zorg wordt toegepast als de cliënt zijn vertrouwde woonplaats verlaten heeft en vaak noodgedwongen in een instelling moet verblijven, al dan niet permanent.

### **Concrete leerdoelen**

Je verantwoordt het kader normalisatie en verduidelijkt de onderliggende principes normalisatie, personalisatie en integratie.

Je past de principes toe op een concrete casus uit de dagelijkse praktijk van de ergotherapeut.

### **Ondersteunend materiaal**

PowerPoint 5: Normalisatie

## 5.1 Kernidee van normalisatie

Normalisatie, of soms ook het normalisatieprincipe genoemd, legt sterk de nadruk op het maximaal verderzetten van het leven zoals voor de opname. Dit betekent dat de opname geen drastische stijlbreuk mag betekenen in het leven van de cliënt, maar dat hij binnen de bestaande regels zijn gewoontes, eigenheid, waarden, rollen en activiteiten maximaal moet kunnen verderzetten in de nieuwe woonomgeving (Nirje en Wolfens-Berger).

Er is niets zo nefast voor de ontwikkeling van de mens als bepaalde eigenheden worden ontnomen, andere worden opgelegd die ver verwijderd staan van je persoonlijke voorkeuren, normen en waarden. Als je bv. erg gesteld bent op je privacy en op je status als ex-dokter dan zal het je maar overkomen dat je je in een zorginstelling steeds naakt moet tonen aan alle personeel dat dan ook nog zonder kloppen de kamer binnenloopt en je zo maar van dag één op dag twee wordt aangesproken met je voornaam in plaats van met Meneer Vleugels. Deze cliënt moet zich plots zeer snel aanpassen zonder hierom gevraagd te hebben. Zelfde idee geldt voor iemand die graag uitslaapt tot half 10 en dan rustig een klein ontbijt nam met donker geroosterd brood en nu plots bij verblijf in de instelling om 7.30 uur wordt gewekt en gewassen om tegen 8.00 uur aan tafel te zitten en het opgelegd ontbijt moet nemen zijnde wit brood, vooraf gesmeerd met boter en confituur.

Het vreemde aan deze situatie is dat indien er geen toepassing is van het normalisatieprincipe (zoals in deze voorbeelden) de cliënt dit vaak moedeloos aanvaardt en zich schikt naar deze nieuwe leefomstandigheden. We gaan later nog bespreken bij het hoofdstuk empowerment wat het negatieve effect hiervan kan betekenen voor de cliënt. We spreken dan over het effect van institutionalisering.

Let wel normalisatie is geen evidentie. Het is niet haalbaar om alle gewoontes over te nemen binnen een verblijfssetting waar meerdere mensen samen verblijven. Je moet nu eenmaal regels respecteren. De regels vormen een referentiekader om elke vraag van de cliënt aan af te toetsen en te oordelen in welke mate je kan voldoen aan de gewoonten/leefstijl van de cliënt. Dit vergt soms creativiteit, veel overleg of een zoektocht naar het beste alternatief. Bv. een bewoner die in een psychiatrische instellingen wordt opgenomen en thuis meerdere huisdieren had waar hij erg gehecht aan is, kan deze niet meebrengen naar het centrum. Hier zal je binnen het normalisatieprincipe moeten zoeken naar een zo goed mogelijk alternatief. Is er een mogelijkheid om met dieren in contact te komen binnen de instelling en wat zou dan de rol van deze cliënt kunnen zijn? In huize Perrekes ([www.perrekes.be](http://www.perrekes.be)), een kleinschalige



woonvorm voor ouderen met dementie, hebben ze omwille van deze ervaring een hond in huis gehaald in een van de huizen, of een huispoes aangeschaft in de andere woning.

<https://www.facebook.com/huis.perrekes>

Het spreekt voor zich dat het toepassen van dit principe enkel kan als je de cliënt echt kent en weet wat voor deze persoon belangrijk is om zich gelukkig en gerespecteerd te kunnen voelen. Een goede anamnese is de basis van elke ergotherapeutische interventie.