



BAAS OVER EIGEN REVALIDATIETRAJECT

Ergotherapeutische aanbevelingen over het versterken van de eigen regie bij dementerende cliënten in de diagnostische fase van het revalidatietraject binnen Florence zorggroep.

Naam: Romy de Willigen-0960847
Opdrachtgever: Florence zorggroep
Stagebegeleiders: Laura van Schaijk & Judith Stilma

Opleiding: Ergotherapie
Afstudeerbegeleider: Stefanie Opstal
Inleverdatum: 07 juli 2022
Aantal woorden: 6570

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek “Baas over eigen revalidatietraject” geschreven in opdracht van Florence zorggroep. Het afstudeeronderzoek is geschreven met het oog op afstuderen als ergotherapeut aan de Hogeschool Rotterdam. Het onderzoek is uitgevoerd binnen een geriatrisch revalidatiecentrum van Florence. Het onderzoek richt zich op hoe de ergotherapeut de eigen regie van cliënten met beginnende dementie kan versterken binnen de diagnostische fase van het revalidatietraject. Voorafgaand het onderzoek was mijn vooroordeel dat cliënten met dementie niet meer in staat zijn de eigen regie te voeren en dat hierbij taken moeten worden overgenomen door de zorgprofessional. Bijvoorbeeld de taak om revalidatiedoelen op te stellen of het nemen van beslissingen ten behoeve van het revalidatietraject. Door het uitvoeren van dit onderzoek ben ik mij gaan realiseren hoe belangrijk de eigen regie voeren is, zeker voor deze doelgroep. Het belang van de betrokkenheid van de cliënt met dementie met name tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject is mij erg duidelijk geworden. Het onderzoek heeft mij tot inzichten gebracht dat de cliënt met dementie wel dergelijk de eigen regie kan voeren, maar hierbij ondersteuning noodzakelijk is. Oog hebben voor de eigen regievoering van de dementerende cliënt is ontzettend belangrijk en waardevol. Ik hoop dat ik deze boodschap in dit onderzoek kan overbrengen.

Graag wil ik mijn opdrachtgevers Judith Stilma en Laura van Schaijk bedanken voor de betrokkenheid binnen dit onderzoek. Zij hebben mij geholpen bij het verkrijgen van inzichten en mij de ruimte en mogelijkheden gegeven dit onderzoek te realiseren. Ook wil ik graag de respondenten die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek bedanken voor hun aandeel. Daarnaast wil ik mijn dank betuigen aan mijn scriptiebegeleider Stefanie Opstal voor de feedback en het meedenken in de mogelijkheden. Dit is ten goede gekomen aan de kwaliteit van het onderzoek.

Ten slotte wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor de steun en motivatie tijdens het uitvoeren van dit onderzoek. Zonder de steun en de motiverende woorden was ik nooit zo ver gekomen.

Ik wens u veel leesplezier.

Romy de Willigen

Vlaardingen, 7 juli 2022

Samenvatting

Inleiding: Op de revalidatie afdeling Mimosa revalideren cliënten met een somatische revalidatievraag, die daarnaast ook bekend zijn met o.a. dementie. Binnen dit onderzoek ligt de focus op cliënten met beginnende dementie. De cognitieve beperkingen ten gevolge van dementie hebben invloed op het verloop van het revalidatieproces. De cliënten met dementie hebben moeite met het kenbaar maken van problemen, wensen en behoeften, hebben moeite met het opstellen van individuele revalidatiedoelen en vinden het lastig om beslissingen te nemen. De ergotherapeut neemt momenteel deze taken over, hierdoor is de cliënt minder betrokken tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject en neemt de eigen regie van de cliënt af. De cliënt met dementie heeft behoefte aan het gevoel van controle en eigen regie, juist omdat de cliënt al veelvuldig geconfronteerd wordt met het verlies van controle en regievoering. Daarnaast wordt in de praktijk gezien dat wanneer de cliënt niet optimaal betrokken is tijdens de diagnostische fase, de cliënt minder gemotiveerd is tijdens de behandelfase. De ergotherapeuten van Mimosa zouden graag inzichten willen verkrijgen over hoe de ergotherapeut kan bijdragen aan het versterken van de eigen regie van de cliënt met beginnende dementie tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject. De volgende onderzoeksvraag is opgesteld: *Hoe kan de ergotherapeut bijdragen aan het versterken van de eigen regie bij cliënten met beginnende dementie tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject op de afdeling Mimosa?*

Methode: Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is er een literatuur- en praktijkonderzoek uitgevoerd. In het literatuuronderzoek is in verschillende databanken gezocht naar literatuur over hoe de ergotherapeut de cliënt met dementie kan ondersteunen met als doel het versterken van de eigen regie tijdens de diagnostische fase. In het praktijkonderzoek is onderzocht hoe ergotherapeuten werkzaam buiten de organisatie van Florence bijdragen aan het versterken van de eigen regie van de cliënt met dementie tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject.

Resultaten: De resultaten van zowel het literatuur- als het praktijkonderzoek zijn onderverdeeld en beschreven in de volgende thema's: Inventariseren van de problemen, wensen en behoeften van de cliënt met dementie, het stellen van individuele revalidatiedoelen en gezamenlijke besluitvorming. De resultaten uit het literatuur- en praktijkonderzoek vormen de basis voor de gegeven aanbevelingen aan de praktijk. De aanbevelingen kunnen worden toegepast door de ergotherapeuten van Mimosa, met als doel de eigen regie van de cliënt met beginnende dementie te versterken tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject.

Conclusie: Er kan geconcludeerd worden dat de ergotherapeut verschillende methoden en strategieën kan toepassen om de eigen regie van de cliënt met beginnende dementie te versterken tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject. Een gestructureerde vorm van het COPM kan worden afgenomen om de problemen, wensen en behoeften van de cliënt met dementie te inventariseren. Het stellen van richtinggevende vragen en het geven van voorbeelden zijn effectieve gesprekstechnieken die kunnen worden toegepast om de cliënt met dementie in staat te stellen individuele revalidatiedoelen op te stellen. Het bieden van een keuzehulp is een effectieve ondersteuningsmethode om gezamenlijke besluitvorming te bereiken. Ten slotte wordt het betrekken van het cliëntsysteem tijdens de diagnostische fase gezien als belangrijk element voor het versterken van de eigen regie van de cliënt met dementie.

Inhoud

Voorwoord	1
Samenvatting	2
1. Inleiding.....	5
1.1. Instelling en setting	5
1.2. Doelgroep.....	5
1.3. Huidige situatie	6
1.4. Gewenste situatie	6
1.5. Doelstelling	7
1.6. Onderzoeksvraag.....	7
1.6.1. Deelvragen:	7
2. Methode literatuuronderzoek.....	8
2.1. Onderzoeksvraag.....	8
2.2. Zoektermen.....	8
2.3. Werkwijze literatuuronderzoek.....	8
3. Methode praktijkonderzoek.....	10
3.1. Hoofdvraag praktijkonderzoek:	10
3.1.1. Deelvragen:	10
3.2. Methodebeschrijving.....	10
3.3. Respondenten	11
3.4. Dataverwerking:	11
4. Resultaten literatuuronderzoek	11
4.1. De wensen, behoeften en doelen van de persoon met dementie inventariseren	12
4.2. Het stellen van revalidatiedoelen bij de doelgroep dementie	13
4.3. Gezamenlijke besluitvorming	14
5. Resultaten praktijkonderzoek	14
5.1. Inventariseren van de wensen, behoeften en doelen van de cliënt met dementie	14
5.1.1. Het COPM	14
5.1.2. Multidisciplinaire intake	15
5.1.3. Gestructureerde vragenlijst.....	15
5.2. Individuele revalidatiedoelen stellen	15
5.3. Gezamenlijke besluitvorming	16
5.4. Rol cliëntsysteem.....	16
6. Discussie	17
6.1. Interpretatie van de resultaten	17
6.2. Kanttekeningen	18
6.3. Kwaliteit van zorg.....	19
6.4. Aanbevelingen:.....	19

6.5.	Conclusie.....	20
7.	Literatuurlijst.....	21
8.	bijlagen.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
8.1.	Zoekhistorie databanken.....	23
8.2.	Oproep respondenten	25
8.3.	Topiclijst interviews.....	25
8.4.	Samenvattingen interviews.....	27
8.4.1.	Interview 1: ergotherapeut	27
8.4.2.	Interview 2: ergotherapeut	29
8.4.3.	Interview 3: ergotherapeut	30
8.4.4.	Interview 4: ergotherapeut	33
8.5.	Open coderingen, codeboom en thematische analyse.	34

1. Inleiding

1.1. Instelling en setting

Dit onderzoek is uitgevoerd binnen Florence, locatie Westhoff, afdeling Mimosa. Locatie Westhoff biedt geriatrische revalidatie zorg (GRZ). *‘Geriatrische revalidatiezorg is kortdurende, geïntegreerde multidisciplinaire zorg, gericht op herstel van functioneren en maatschappelijke participatie bij relatief laag belastbare ouderen.’* (De Vos et al., 2018). Tijdens het revalidatietraject doorlopen de cliënten drie fasen: de diagnostische fase, de revalidatiefase en de ontslagfase. In de diagnostische fase worden de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt door de betrokken disciplines (arts, logopedist, diëtist, fysiotherapeut en ergotherapeut) geïnventariseerd. De betrokken disciplines voeren afzonderlijk van elkaar de inventarisatie uit. Aan de hand van deze inventarisatie worden revalidatiedoelen opgesteld en worden de doelen bij elkaar gevoegd in het multidisciplinaire behandelplan. Tijdens de revalidatiefase wordt er samen met de betrokken disciplines en de cliënt gewerkt aan de individuele revalidatiedoelen. Tijdens de ontslagfase zijn er verschillende opties mogelijk. De cliënt keert weer terug naar de thuissituatie of de terugkeer naar huis lijkt niet haalbaar. Wanneer de terugkeer naar huis niet haalbaar lijkt wordt er gekeken naar een woonvorm die beter aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt. De cliënten verblijven gemiddeld 6 tot 12 weken in het revalidatiecentrum, afhankelijk van de revalidatievraag.

1.2. Doelgroep

Binnen de gesloten afdeling Mimosa revalideren cliënten met een somatische revalidatievraag, die ook bekend zijn met pre-existente cognitieve stoornissen of dementie. Voorbeelden van revalidatievragen op de afdeling van Mimosa: revalideren na een fractuur, revalideren na doormaken van een Cerebro Vasculair Accident (CVA) en revalideren om aan te sterken na een orthopedische ingreep. Binnen dit onderzoek ligt de focus op cliënten met dementie. Dementie is een proces van achteruitgang van de hersenfuncties. Alzheimer is de meest voorkomende onomkeerbare vorm van dementie. Het is een progressieve, degeneratieve ziekte waarbij hersencellen vernietigd worden. Dementie kent verschillende soorten en uitingvormen. De ziekte bestaat uit een aantal symptomen, waaronder veranderingen in het geheugen, beoordelingsvermogen, redeneren, stemming, gedrag, communicatieve vaardigheden en het dagelijks functioneren (Chang, et al., 2015).

Het is voor de cliënten van Mimosa niet haalbaar mee te komen op een ‘gewone’ somatische revalidatie-afdeling, omdat ze vanwege cognitieve beperkingen andere zorgbehoeftes hebben (Florence zorggroep, 2019). De cognitieve beperkingen ten gevolge van dementie hebben invloed op het verloop van het revalidatieproces. Op de afdeling Mimosa revalideren voornamelijk cliënten met beginnende dementie. Bij beginnende dementie kost het steeds meer moeite om te concentreren en wordt het voeren en volgen van een gesprek steeds lastiger. Daarnaast heeft de cliënt moeite met het opdiepen van informatie uit het geheugen en met het nemen van beslissingen (Graff et al., 2015). Door de ergotherapeuten werkzaam op Mimosa worden de volgende problemen opgemerkt:

- De cliënt heeft moeite met het benoemen van de wensen en behoeften met betrekking tot de vormgeving van het behandelplan;
- De cliënt heeft moeite met het opstellen van individuele revalidatiedoelen;
- De cliënt heeft moeite met het nemen van beslissingen gericht op het revalidatietraject.

1.3. Huidige situatie

In de huidige situatie wordt de ergotherapeut vanuit het zorgprogramma van Florence geacht de Canadian Occupational performance Measure (COPM) (Law, 1990) af te nemen tijdens de diagnostische fase. Het COPM is een cliëntgericht meetinstrument met als doel de door de cliënt ervaren problemen in het dagelijks handelen te achterhalen en centraal te stellen in het behandelplan. Hierbij wordt van de cliënt verwacht dat hij of zij de ervaren problemen, wensen en doelen kenbaar maakt. Doordat de cliënten met dementie hier juist moeite mee hebben, is de afname van het COPM in de huidige situatie in de meeste gevallen niet geschikt. De revalidatiedoelen worden momenteel opgesteld door de ergotherapeut. De ergotherapeut schat aan de hand van de situatie en het ziektebeeld in wat passende en realistische revalidatiedoelen zijn om de terugkeer naar huis mogelijk te maken. De ergotherapeut maakt keuzes welke doelen passend zijn en hoe het behandelplan wordt vormgegeven. De cliënt wordt hier niet bij betrokken en er vindt geen gezamenlijke besluitvorming plaats.

Wanneer de ergotherapeut het opstellen van individuele revalidatiedoelen overneemt, zijn de cliënten minder betrokken tijdens de diagnostische fase. Hierdoor neemt de eigen regie van de cliënt af. De cliënt met dementie wil graag het gevoel van controle en eigen regie ervaren. Dit is erg belangrijk voor de dementerende cliënt die veelvuldig geconfronteerd wordt met verlies van controle en eigen regie (Graff et al., 2015). De eigen regie kan binnen deze context het beste gedefinieerd worden als: *“De oudere met dementie heeft zoveel mogelijk de ervaring dat hij of zij, zijn of haar leven kan leiden. Het reflecteert aan de ervaring dat iemand zijn of haar activiteiten kan kiezen, besluiten kan nemen en eigen doelen kan nastreven.”* (Waterschoot., 2012).

Daarnaast wordt in de praktijk gezien dat wanneer de cliënt niet optimaal betrokken is tijdens de diagnostische fase, de cliënt minder gemotiveerd is tijdens de behandelfase. De cliënt begrijpt soms niet waarom zij werken aan bepaalde doelen: *“Dit vind ik niet belangrijk, dat deed ik thuis ook niet.”* of *“Waarom moet ik dit weer kunnen?”*. Dit is een knelpunt voor de ergotherapeuten werkzaam op Mimosa. De cliënten verliezen hun vertrouwen in de ergotherapeut en weigeren soms zelfs deel te nemen aan de therapie.

De ergotherapeut wordt vanuit de beroepscompetentie ‘Inventariseren en Analyseren’ geacht de autonomie van de cliënt centraal te stellen bij het inventariseren en analyseren van de ervaren handelingsproblemen. Autonomie en eigen regie zijn aan elkaar verwant en verwijzen beiden naar het vermogen om sturing te geven aan het eigen leven. Daarnaast wordt de ergotherapeut vanuit de beroepscompetentie ‘Behandelen en Begeleiden’ geacht samen met de cliënt doelen op te stellen die passend zijn bij de wensen van de cliënt (Verhoef & Zalmstra., 2013). Dit wordt momenteel onvoldoende bereikt door de ergotherapeuten werkzaam op de afdeling Mimosa.

1.4. Gewenste situatie

In de gewenste situatie is de cliënt de regievoerder binnen de diagnostische fase van het revalidatietraject. Dit houdt in optimale betrokkenheid van de cliënt tijdens het inventariseren van de wensen en behoeften, tijdens het opstellen van individuele revalidatiedoelen en tijdens het nemen van beslissingen met betrekking tot het revalidatietraject. Optimale betrokkenheid tijdens de diagnostische fase draagt bij aan een effectievere uitkomst aan het einde van de revalidatie. Wanneer de cliënt eigen revalidatiedoelen stelt zal de motivatie tijdens de behandelfase toenemen. De verwachting is dat hiermee ook de weerstand tegen therapieën afneemt en de gestelde doelen eerder behaald worden. Hierdoor zal het doel dat

de cliënt terugkeert naar de thuissituatie in een hogere frequentie worden behaald. Daarnaast zal optimale betrokkenheid tijdens de diagnostische fase aansluiten op de behoefte van de cliënt met dementie om de eigen regie te behouden. De eigen regie voeren is een belangrijke pijler binnen de ervaren kwaliteit van leven. De ergotherapeut wordt vanuit het beroepsprofiel geacht te streven naar een optimale kwaliteit van leven voor de cliënt (Waterschoot., 2012). Wanneer de eigen regie wordt versterkt zal ook de ervaren kwaliteit van leven toenemen. Daarnaast zal een optimale eigen regievoering tijdens de diagnostische fase aansluiten op de werkwijze vanuit de ergotherapeutische beroepscompetenties. Hiermee wordt de kwaliteit van de ergotherapeutische zorg op de afdeling van Mimosa geoptimaliseerd.

De empirische gegevens over hoe de ergotherapeut de eigen regie van de cliënten met beginnende dementie kan versterken tijdens de diagnostische fase ontbreekt momenteel binnen de organisatie.

1.5. Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is als volgt:

De doelstelling van het onderzoek is inzichten verkrijgen over hoe de ergotherapeut kan bijdragen aan het versterken van de eigen regie van de cliënt met beginnende dementie tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject op de afdeling Mimosa.

1.6. Onderzoeksvraag

De hoofdvraag passend bij de gestelde doelstelling luidt:

Hoe kan de ergotherapeut bijdragen aan het versterken van de eigen regie bij cliënten met beginnende dementie tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject op de afdeling Mimosa?

1.6.1. Deelvragen:

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Op welke door literatuur onderbouwde manier kan de ergotherapeut bijdragen aan het versterken van de eigen regie bij cliënten met beginnende dementie tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject?
2. Hoe dragen ergotherapeuten werkzaam binnen andere organisaties bij aan het versterken van de eigen regie bij cliënten met beginnende dementie tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject?

2. Methode literatuuronderzoek

2.1. Onderzoeksvraag

Op welke door literatuur onderbouwde manier kan de ergotherapeut bijdragen aan het versterken van de eigen regie bij cliënten met dementie tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject?

PICO	
P:	Dementerende cliënten in de diagnostische fase van het revalidatietraject.
I:	Bijdrage ergotherapeut
O:	Versterken eigen regie

2.2. Zoektermen

PICO	Nederlands	Synoniem	Engels
Population	Cliënten met dementie	Dementerende cliënten, dementie.	Patients with dementia, demented, dementia.
	Diagnostische fase	Oriëntatiefase.	Diagnostic phase, orientation phase
	Revalidatie		Rehabilitation
Intervention	Ergotherapeut	Ergotherapie	Occupational therapist, occupational therapy
Outcome	Eigen regie		Self-reliance, self-directing, self-management.

2.3. Werkwijze literatuuronderzoek

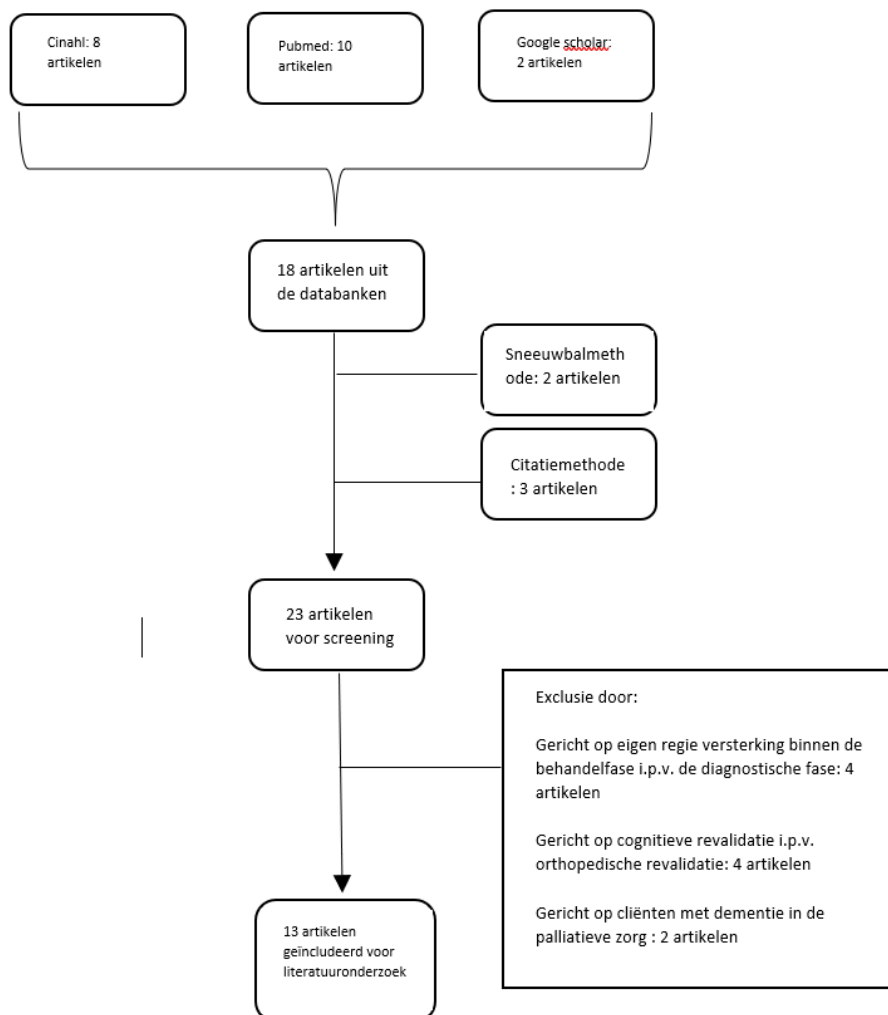
In de databanken Cinahl complete (databank met paramedische literatuur uit proefschriften, boeken en tijdschriften) en Pubmed (medische artikelen) is gezocht naar literatuur. Ook is het platform Google Scholar gebruikt voor een brede oriëntatie waarbij gezocht is naar Nederlandse literatuur en boeken. In de databanken is gezocht door de bovengenoemde zoektermen te combineren met de booleaanse operatoren AND en OR. Hierbij enkele voorbeelden van gebruikte zoekstrings die hebben geleid tot bruikbare literatuur: *occupational therapy AND dementia AND rehabilitation, occupational therapy AND dementia AND self-reliance*. In de verschillende databanken zijn dezelfde trefwoorden in de zoekstrings toegepast, hierdoor is een systematische werkwijze gehanteerd (Verhoef et al., 2019). Daarnaast zijn de sneeuwbalmethode en citatiemethode toegepast om te komen tot relevante en bruikbare literatuur. De Sneeuwbalmethode is toegepast om vanuit de literatuurlijst van een gevonden artikel nieuwe artikelen te selecteren die relevant en bruikbaar kunnen zijn voor het onderzoek (Verhoef et al., 2019). De Citatiemethode is gebruikt, waarbij er vanuit de citatie-index wordt gezocht naar nieuwe mogelijke relevante literatuur (HAN University of Applied Sciences, 2021). De zoekhistorie vanuit de databanken is zichtbaar in bijlage 8.1.

Bij het selecteren van relevante en bruikbare literatuur worden de volgende inclusiecriteria aangehouden:

- De artikelen zijn Nederlands- of Engelstalig;
- De artikelen zijn full-tekst beschikbaar;
- De artikelen geven (gedeeltelijk) antwoord op de onderzoeksvraag;
- De artikelen zijn niet ouder dan 15 jaar, mits er geen recentere literatuur beschikbaar is en relevant wordt beoordeeld voor het onderzoek;
- De artikelen gaan over volwassen cliënten met beginnende dementie tijdens een revalidatietraject.

Er zijn in totaal 13 artikelen geïncludeerd binnen het literatuuronderzoek. De selectie van de artikelen uit het literatuuronderzoek is weergegeven in een stroomdiagram in tabel 1.

Tabel 1: Stroomdiagram selectie literatuur



3. Methode praktijkonderzoek

3.1. Hoofdvraag praktijkonderzoek:

Hoe dragen ergotherapeuten werkzaam binnen andere organisaties bij aan het versterken van de eigen regie bij cliënten met beginnende dementie tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject?

3.1.1. Deelvragen:

Om antwoord te kunnen geven op de gestelde onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Hoe draagt de ergotherapeut, werkzaam binnen andere organisaties, bij aan het versterken van de eigen regie bij dementerende revalidanten tijdens de diagnostische fase?
- Hoe ondersteunt de ergotherapeut, werkzaam binnen andere organisaties, de cliënt met dementie bij het opstellen van individuele revalidatiedoelen?
- Hoe ondersteunt de ergotherapeut, werkzaam binnen andere organisaties, de cliënt met dementie om te komen tot gezamenlijke besluitvorming?
- Hoe sluit de ergotherapeut, werkzaam binnen andere organisaties, aan op de wensen en behoefte van de cliënt met dementie?

3.2. Methodebeschrijving

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag en de gestelde deelvragen is er kwalitatief onderzoek uitgevoerd binnen andere zorgorganisaties. Uit de gestelde probleemanalyse komt naar voren dat de cliënten met dementie bij de huidige werkwijze van de ergotherapeuten binnen de organisatie Florence onvoldoende betrokken worden tijdens de diagnostische fase. Hierdoor neemt de eigen regie van deze cliënten af. Om deze reden is er in samenspraak met de opdrachtgever gekozen om het praktijkonderzoek af te nemen bij ergotherapeuten werkzaam binnen andere organisaties. Ergotherapeuten werkzaam binnen andere organisaties hanteren een andere werkwijze dan Florence, deze andere werkwijzen kunnen nieuwe en innoverende inzichten geven. Deze inzichten worden gebruikt om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag van dit onderzoek.

De respondenten binnen dit onderzoek moeten aan de volgende criteria voldoen:

- De respondenten betreffen ergotherapeuten;
- De respondenten zijn werkzaam binnen de GRZ;
- De respondenten werken met de doelgroep dementerende;
- De respondenten zijn werkzaam buiten de organisatie van Florence.

Het kwalitatieve onderzoek is vormgegeven door afname van semigestructureerde interviews. Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode omdat bij kwalitatief onderzoek de focus ligt op het verkrijgen van inzicht in beweegredenen, ervaringen en opvattingen van personen in de specifieke situatie. Daarnaast biedt het afnemen van interviews de mogelijkheid om door te vragen naar de achterliggende motivaties, ideeën en gedachten. (Verhoef, et al., 2019). Door middel van het afnemen van interviews wordt er informatie verzameld over ervaringen, kennis en belevingen vanuit de praktijk, deze informatie is zeer relevant en bruikbaar voor het beantwoorden van de deelvragen. Er is een topiclijst opgesteld voor de afname van de interviews (Bijlage 8.3).

3.3. Respondenten

Om respondenten te werven is gebruikt gemaakt van het eigen netwerk. Het platform LinkedIn is hierbij ingezet en er is mailcontact opgenomen met verschillende organisaties in Nederland. Er is een bericht opgesteld om de respondenten op te roepen, deel te nemen aan het onderzoek (Bijlage 8.2). Het doel was om te komen tot 5 interviews. Er is contact gezocht met 15 verschillende zorgorganisaties in Nederland, hieruit zijn 2 respondenten geïncludeerd. De overige benaderde zorgorganisaties konden niet deelnemen aan het onderzoek vanwege verschillende redenen: onderbezetting van de ergotherapeuten binnen de organisatie, werkzaam met een andere doelgroep dan de doelgroep dementerende of omdat zij binnen de rol van ergotherapeut niet betrokken waren binnen de diagnostische fase van het revalidatietraject. De oproep op LinkedIn heeft 2 respondenten opgeleverd. Uiteindelijk zijn er 4 ergotherapeuten geïnterviewd. De ergotherapeuten zijn werkzaam bij zorginstellingen gevestigd door heel Nederland.

3.4. Dataverwerking

De interviews zijn afgenomen via het platform Teams. De interviews betroffen een tijdsduur van ongeveer 30 minuten. De interviews zijn opgenomen en vanuit de opnames volledig getranscribeerd. De transcripten zijn gedetailleerd uitgewerkt in een samenvatting zodat de privacy van de respondenten gewaarborgd blijft (bijlage 8.4). De interviews zijn gecodeerd vanuit de methode open coderen, vervolgens zijn de open codes gecategoriseerd en verwerkt in een codeboom (bijlage 8.5). Uiteindelijk zijn de codes aan elkaar gekoppeld door een thematische analyse volgens de stappen van Verhoeven (2020, pp. 33-93).

4. Resultaten literatuuronderzoek

Er zijn 13 artikelen geïncludeerd binnen het onderzoek. Daarnaast is er informatie verkregen uit het boek *Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers*-het EDOMAH-programma van Graff, M. et al., (2015). En het uit het boek van Droës, R.M., et al., *Meer kwaliteit van leven: Integratieve persoonsgerichte dementiezorg* (2017). Zo zijn er totaal 15 bronnen gebruikt voor de resultaten van het literatuuronderzoek.

Wat is er in de literatuur bekend over de eigen regie van dementerende cliënten binnen de diagnostische fase van het revalidatietraject?

In de literatuur wordt gesuggereerd dat de ergotherapeut bepaalde strategieën kan inzetten om de participatie en de betrokkenheid tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject van cliënten met mild-cognitieve stoornissen of dementie te optimaliseren (Praneeta et al., 2021).

De resultaten van het onderzoek worden beschreven en onderverdeeld in drie hoofdthema's: inventariseren van de wensen en behoeften van de cliënt met dementie, individuele revalidatiedoelen stellen en gezamenlijke besluitvorming.

4.1. De wensen, behoeften en doelen van de persoon met dementie inventariseren

4.1.1. Meetinstrumenten

COPM

In de literatuur komt naar voren dat de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) een veel gebruikt meetinstrument is binnen de geriatrische revalidatie. Het COPM is een cliëntgericht meetinstrument met als doel de door de cliënt ervaren problemen in het dagelijks handelen te achterhalen en centraal te stellen in het behandelplan. Het COPM is ontwikkeld om de wensen, behoeften en doelen van de cliënt te inventariseren (Law, 1990).

In het onderzoek van Enemark Larsen et al., (2012) wordt geconcludeerd dat de COPM bruikbaar is als opname- en uitkomstmeting binnen de geriatrische revalidatie. De resultaten van het onderzoek van Chaves et al., (2016) leveren sterk bewijs aan dat de COPM een effectief meetinstrument kan zijn voor het identificeren en prioriteren van de problemen die cliënten met een mild cognitieve stoornis ervaren binnen het dagelijks handelen. Binnen het onderzoek wordt gesuggereerd dat cliënten met milde cognitieve stoornissen in staat worden gesteld de ervaren problemen in het dagelijks handelen te identificeren.

In het onderzoek van Hagelskjær et al., (2019) wordt benoemd dat het cliëntsysteem betrokken kan worden bij de afname van de COPM wanneer de cliënt niet in staat is onafhankelijk deel te nemen vanwege cognitieve beperkingen. Het betrekken van het cliëntsysteem bij de afname van de COPM maakt de afname van de COPM haalbaar voor cliënten met cognitieve en communicatieve stoornissen. Het is hierbij belangrijk dat het cliëntsysteem niet de rol als respondent op zich neemt maar de dialoog tussen de ergotherapeut en de cliënt versterkt, zo blijft de eigen regie van de cliënt behouden.

OPHI-II-NL

In het EDOMAH-programma wordt geadviseerd de herinneringen en het levensverhaal van de persoon met dementie te achterhalen om het betekenisvol handelen in kaart te brengen. De levensverhalenmethode wordt toegepast met als doel dicht bij de kracht en identiteit van de cliënt te komen (Graff et al., 2015, pp. 24–27). Het Occupational Performance History Interview (OPHI-II) is een narratief interviewinstrument die in het EDOMAH-programma gehanteerd wordt om de handelingsgeschiedenis uit het levensverhaal van de persoon met dementie in kaart te brengen. De persoon met dementie vertelt bij de afname van de OPHI-II over zijn handelingsgeschiedenis, over de rollen in het verleden, interesses, gewoonten, rol gebonden keuzes en life-events. Vanuit het perspectief van het verleden wordt een link gelegd naar het heden en naar de toekomst. Dit levert veel informatie op over wie iemand is en wat de persoon belangrijk vindt. Doordat de ervaringen van de persoon met dementie worden gedeeld met de ergotherapeut kan er samen gekeken worden naar activiteiten, doelen en interventies die aansluiten op de persoonlijkheid en de handelingsgeschiedenis. Het OPHI-II is een geschikt meetinstrument voor alle volwassenen en ouderen die in staat zijn gebeurtenissen en ervaringen uit het verleden te herinneren. Volgens het EDOMAH-programma zijn er twee uitzonderingen waarbij de OPHI-II niet geschikt is:

- Bij cliënten die een zeer geringe draagkracht hebben of weinig belastbaar zijn.
- Bij cliënten die zich erg onveilig of angstig voelen, of waarbij er sprake is van psychische problemen/stoornissen die een reden kunnen vormen om de OPHI-II niet

af te nemen. Hierbij kan gedacht worden aan cliënten met een posttraumatische stressstoornis ten gevolge van het meemaken van een oorlog.

4.2. Het stellen van revalidatiedoelen bij de doelgroep dementie

4.2.1. *Barrières voor het stellen van individuele revalidatiedoelen voor dementerende cliënten.*

De ernst van de cognitieve stoornis heeft invloed op het vermogen om individuele revalidatiedoelen te stellen. In de review van Praneeta et al., (2021) komt naar voren dat het stellen van individuele revalidatiedoelen moeilijker was voor cliënten met gevorderde dementie. Ook werd gesuggereerd dat het stellen van doelen minder succesvol was wanneer de betrokken professionals geen kennis of ervaring hadden met dementie in combinatie met revalidatie (Allen et al., 2019, Hall et al., 2018).

Volgens Burton et al., (2018) verliep het stellen van individuele revalidatiedoelen moeizaam wanneer de cliënt en de mantelzorger verschillende prioriteiten, inzichten of verwachtingen hadden met betrekking tot de prognose en het herstel.

4.2.2. *Gestructureerde aanpak vs. niet gestructureerd aanpak.*

In het cohortonderzoek van Dutzi et al., (2019) wordt gesuggereerd dat een gestructureerde aanpak het stellen van individuele revalidatiedoelen bij cliënten met dementie makkelijker maakt in vergelijking tot een semigestructureerde aanpak. In het onderzoek zijn de effecten van afname semigestructureerde interviews in vergelijking tot afname gestructureerde interviews gericht op de revalidatie doelen van patiënten met dementie in een geriatrisch revalidatiecentrum onderzocht. In de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat het afnemen van gestructureerde interviews een breder beeld gaf over de revalidatiebehoefte van cliënten en het realiseren van individuele revalidatiedoelen voor cliënt gemakkelijker maakte. De resultaten van het onderzoek concluderen dat het gezamenlijk doelen stellen haalbaar is, vooral wanneer de cliënt met een gestructureerde benadering wordt ondersteund. De gestructureerde benadering is in het onderzoek vormgegeven door gebruik te maken van een ICF-gericht raamwerk. Binnen het onderzoek is gebruik gemaakt van onderdelen uit de ICF-kernset voor oudere volwassenen in post-acute revalidatie (Grill et al., 2012). De ICF-kernset voor oudere volwassenen in post-acute revalidatie bestaat uit 123 categorieën die relevant zijn voor het functioneren van cliënten in de post-acute revalidatie. Voorbeelden van categorieën uit de ICF-kernset: “motorisch functioneren”, “zelfzorg” en “cognitie”

4.2.3. *De rol van het cliëntsysteem*

In de review van Praneeta et al., (2021) werd het betrekken van het cliëntsysteem als gunstig bevonden voor het realiseren van individuele revalidatiedoelen en het versterken van de eigen regie van de cliënt met dementie. De steun en betrokkenheid van het cliëntsysteem bij het proces van doelen stellen werd beschreven als een succesfactor voor het mogelijk maken van doelen stellen (Berwig et al., 2020; Chew et al., 2015). Mantelzorgers van dementerende cliënten meldden in het onderzoek van Chenoweth et al., (2016) dat het delen van ideeën met andere mantelzorgers hen had geholpen bij het ondersteunen van de persoon met dementie tijdens het stellen van doelen.

4.3. Gezamenlijke besluitvorming

4.3.1. *Shared decision making*

Bij de vormgeving van een ergotherapeutische diagnostiek ligt de nadruk steeds meer op gelijkwaardigheid en dialoog met de cliënt (Sumsion & Law 2006). Bij shared decision making, ook wel gezamenlijke besluitvorming, is het doel dat er een gelijkwaardig partnerschap ontstaat tussen de ergotherapeut en de cliënt (Mroz et al., 2015). Zo wordt de cliënt degene die de regie voert en staan de wensen, behoeften en doelen van de cliënt centraal in het behandelplan. Cognitieve beperkingen van de cliënt zoals dementie kunnen het uitvoeren van gezamenlijke besluitvorming gecompliceerd maken. Dit betekent niet dat het onmogelijk is bij de doelgroep dementie. Echter is er weinig literatuur te vinden over de toepassing van shared decision making bij de doelgroep dementie. Ondanks dat het bewijs beperkt is, lijkt shared decision making geschikt bij de doelgroep dementie. Het betrekken van de mantelzorger in de besluitvorming heeft een faciliterende werking, daarnaast kan het toepassen van een keuzehulp ondersteuning bieden bij een gezamenlijke besluitvorming (Stacey et al., 2017). Bij een keuzehulp wordt de cliënt met dementie ondersteund door de keuzes af te bakenen. Een volledige keuzevrijheid is voor de meeste cliënten met dementie niet meer mogelijk. Door de keuzes af te bakenen en de cliënt de mogelijkheid geven keuzes te maken, ervaart de cliënt controle en eigen regie (Dröes et al., 2017).

5. Resultaten praktijkonderzoek

Er zijn 4 ergotherapeuten geïnterviewd binnen het praktijkonderzoek om antwoord te kunnen geven op de vraag: *Hoe dragen ergotherapeuten werkzaam binnen andere organisaties bij aan het versterken van de eigen regie bij cliënten met beginnende dementie tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject?*

De resultaten van het onderzoek worden beschreven en onderverdeeld in vier hoofdthema's: Inventariseren van de wensen, behoeften en doelen van de cliënt, individuele revalidatiedoelen stellen, gezamenlijke besluitvorming en rol cliëntsysteem.

5.1. Inventariseren van de wensen, behoeften en doelen van de cliënt met dementie

Voor het inventariseren van de wensen en behoeften van de cliënt worden verschillende werkwijzen toegepast door de ergotherapeuten tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject.

5.1.1. Het COPM

Het COPM wordt door meerdere ergotherapeuten in verschillende instellingen toegepast. Het COPM wordt gezien als een nuttig meetinstrument om de behoeften en wensen van de cliënt in kaart te brengen. Daarnaast draagt de afname van het COPM volgens de ergotherapeuten bij aan het versterken van de eigen regie. *“Het COPM wordt wel te allen tijde afgenomen, zodat het verhaal van de cliënt vanuit het perspectief van de cliënt zelf wordt verteld, hierdoor wordt de eigen regie van de cliënt versterkt (ergotherapeut 1).”* De ergotherapeuten geven aan dat een volledige afname van het COPM met de cliënt in de meeste gevallen niet haalbaar is. Dit heeft voornamelijk te maken met het onderdeel van het COPM waarbij de cliënt scores moet geven aan de ervaren problemen gericht op

belangrijkheid, uitvoering en tevredenheid. De cliënten met dementie hebben moeite met het geven van een juist oordeel over hoe de activiteit wordt uitgevoerd en daarnaast is de score van tevredenheid moeilijk betrouwbaar vast te leggen. Een deel van de ergotherapeuten helpt de cliënt bij dit onderdeel door te vragen wat het belangrijkste is voor de cliënt en probeert samen met de cliënt en het cliëntsysteem te komen tot een top 5. Het toekennen van cijfers wordt achterwege gelaten. Een ander deel van de ergotherapeuten probeert dit onderdeel vorm te geven samen met het cliëntsysteem. De cliënt wordt hierbij geïnformeerd en er wordt gevraagd of de cliënt instemt met de gestelde top 5. Het COPM wordt bij de cliënten met dementie op een meer gestructureerde wijze afgenomen. De ergotherapeut vraagt naar de thema's van zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning en vraagt naar onderdelen die passen bij het thema.

5.1.2. Multidisciplinaire intake

Bij een deel van de ergotherapeuten wordt de diagnostiek bij de cliënten met dementie vormgegeven door een multidisciplinaire intake (MDI). Het MDI wordt als efficiënte werkwijze gezien voor zowel de therapeut als voor de cliënt. *“Het is tijdefficiënt, alle informatie wordt in 1 keer verzameld op de opnamedag, hierdoor kan er al veel sneller worden gestart met behandelen en wordt voorkomen dat de cliënt zijn verhaal meerdere keren moet vertellen (ergotherapeut 2).”*

5.1.3. Gestructureerde vragenlijst

Een deel van de ergotherapeuten vraagt de wensen en behoeften uit door gestructureerde vragenlijsten af te nemen. De thema's van de vragenlijsten zijn: problemen in de lichaamsfuncties en anatomische structuren, problemen in de activiteiten en problemen in de participatie. De contactpersoon is aanwezig bij dit gesprek om aanvullende informatie te geven. Het afnemen van gestructureerde vragenlijsten is volgens de ergotherapeut passend bij cliënten met dementie en dragen bij aan het versterken van de betrokkenheid van de cliënt. *“Je sluit aan op de behoefte en het kunnen van de cliënt, te grote en open vragen kunnen verwarrend zijn voor de cliënt met dementie. Een gestructureerde benadering waarbij de therapeut richting geeft aan de vragen en thema's dragen bij aan een betere betrokkenheid van de cliënt (ergotherapeut 3).”*

5.2. Individuele revalidatiedoelen stellen

De ergotherapeuten herkennen het probleem dat de cliënt met dementie moeite heeft met het opstellen van individuele revalidatiedoelen. De meeste cliënten met dementie hebben een verminderd ziekte-inzicht, hierdoor kan het stellen van passende en realistische doelen moeilijk zijn. De cliënt met dementie heeft meer ondersteuning nodig vanuit de therapeut bij het stellen van doelen dan de cliënt zonder dementie. De cliënten kunnen op verschillende manieren ondersteund worden bij het stellen van doelen. De ergotherapeuten benoemen enkele strategieën om de cliënt te ondersteunen bij het stellen van individuele revalidatiedoelen. Een deel van de ergotherapeuten benoemt dat het stellen van richtinggevende vragen kan helpen bij het formuleren van revalidatiedoelen: *“Je kunt bijvoorbeeld richtinggevende vragen stellen als: “ik zie dat u voorheen zelfstandig aan- en uitkleedde, momenteel lukt dit niet klopt dat?” zo stuur je in op een mogelijk revalidatiedoel, maar komt het doel uiteindelijk vanuit de cliënt (ergotherapeut 1).”* Doordat er wordt gestuurd

naar een doel, maar het doel vanuit de cliënt zelf wordt benoemd blijft de eigen regie behouden. Daarnaast kan volgens de ergotherapeut het benoemen van voorbeelden helpen om te komen tot individuele revalidatiedoelen. *“Hierbij geef je voorbeelden wilt u weer kunnen lopen zonder loophulpmiddelen. Dit kan als geheugensteuntje fungeren voor de cliënt met dementie en ideeën geven over mogelijke doelen (ergotherapeut 3)”*.

5.3. Gezamenlijke besluitvorming

De ergotherapeuten benoemen allen het belang en de essentie van gezamenlijke besluitvorming als onderdeel van het versterken van de eigen regie van de cliënt. *“De cliënt heeft het recht om de eigen regie te voeren tijdens de revalidatie. De cliënt heeft het recht om eigen keuzes te maken, eigen doelen te stellen en te bepalen hoe de revalidatie wordt vormgegeven (ergotherapeut 3).”* Uit de praktijk komt naar voren dat de cliënten met dementie moeite hebben met het maken van keuzes, hierdoor worden de keuzes vaak overgenomen door de zorgprofessionals, hiermee wordt het recht om eigen keuzes te maken ontnomen en wordt gezamenlijke besluitvorming niet bereikt. De ergotherapeuten zien dit graag anders. De ergotherapeuten gebruiken geen specifieke methoden of instrumenten gericht op gezamenlijke besluitvorming. De ergotherapeuten passen wel gesprekstechnieken toe om te komen tot gezamenlijke besluitvorming. De keuzevrijheid moet niet te groot en te open zijn voor de cliënt met dementie. Door de keuzes af te bakenen en een aantal keuzemogelijkheden te geven is het maken van keuzes voor de cliënt met dementie gemakkelijker.

5.4. Rol cliëntsysteem

Het betrekken van het cliëntsysteem tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject wordt door de ergotherapeuten sterk aangeraden. Daarbij is het wel van belang dat het cliëntsysteem fungeert als een ondersteunde factor, zodat de eigen regie van de cliënt behouden blijft. Het is belangrijk dat de cliënt de gesprekspartner blijft. Het cliëntsysteem kan aanvullende informatie aanreiken en helpen bij het vormen van een compleet beeld van de cliënt en de thuissituatie. Ook kan het cliëntsysteem ondersteunen tijdens het overbrengen van informatie ter bevordering van de dialoog tussen de therapeut en de cliënt. *“Zij kennen de cliënt door en door en zij kunnen de vraag vaak wat beter brengen bij de cliënt zodat zij de vraag beter begrijpen (ergotherapeut 2).”* .

6. Discussie

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag: *“Hoe kan de ergotherapeut bijdragen aan het versterken van de eigen regie bij cliënten met beginnende dementie tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject op de afdeling Mimosa?”*. Is er zowel literatuuronderzoek als praktijkonderzoek uitgevoerd. De resultaten van beide onderzoeken vormen de basis van de aanbevelingen aan de praktijk.

6.1. Interpretatie van de resultaten

Voor het inventariseren van de wensen, behoeften en doelen van de cliënt met dementie komt het COPM als effectief en bruikbaar meetinstrument naar voren in zowel het literatuuronderzoek als in het praktijkonderzoek. In het onderzoek van Enemark Larsen et al., (2012) wordt geconcludeerd dat het COPM bruikbaar is als binnen de geriatrische revalidatie. In de literatuur wordt benoemd dat het cliëntstelsel betrokken kan worden bij de afname van het COPM wanneer de cliënt niet in staat is om onafhankelijk deel te nemen vanwege cognitieve beperkingen (Hagelskjær et al., 2019). Ook in de praktijk wordt benoemd dat het betrekken van het cliëntstelsel als gunstig wordt bevonden om een compleet beeld te schetsen en ter ondersteuning van de communicatie. Opvallend is dat uit het literatuuronderzoek naar voren komt dat een gestructureerde aanpak in tegenstelling tot een semigestructureerde aanpak het stellen van doelen en het inventariseren van wensen en behoeften gemakkelijker maakt (Dutzi et al., 2019). Ook uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat een gestructureerde benadering beter aansluit op de behoefte van cliënten met dementie. Het COPM betreft een semigestructureerd meetinstrument. De ergotherapeuten geven echter wel aan dat het COPM bij de doelgroep dementie anders wordt afgenomen dan bij cliënten zonder dementie. Meerdere ergotherapeuten nemen het COPM bij de doelgroep dementerende meer gestructureerd af door meer vragen te stellen en meer te sturen naar de thema's van het COPM. In de literatuur wordt niets gevonden over een mogelijke aanpassing of een meer gestructureerde aanpak. Het is aannemelijk dat het meer gestructureerd afnemen van het COPM beter aansluit op de behoeften van cliënten met dementie. Verder onderzoek is wenselijk om uit te zoeken hoe het COPM meer gestructureerd afgenomen kan worden binnen de organisatie.

Daarnaast komen de resultaten van het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek sterk met elkaar overeen betreft het bereiken van gezamenlijke besluitvorming. Het betrekken van het cliëntstelsel en het toepassen van een keuzehulp heeft volgens de literatuur een faciliterende werking om gezamenlijke besluitvorming te bereiken (Stacey et al., 2017). Bij het toepassen van een keuzehulp worden de keuzes afgebakend. Dit is een methode die ook in de praktijk door de ergotherapeuten wordt toegepast. De volledige keuzevrijheid is voor het grootste gedeelte van de cliënten met dementie niet meer mogelijk. Door de keuzes af te bakenen naar een aantal opties krijgt de cliënt de mogelijkheid om keuzes te maken, hierdoor ervaart de cliënt het gevoel van controle en eigen regie. Het toepassen van een keuzehulp helpt bij het bereiken van gezamenlijke besluitvorming en draagt bij aan het versterken van de eigen regie bij cliënten met dementie.

Om de cliënt te ondersteunen bij het stellen van revalidatiedoelen komt het toepassen van gesprekstechnieken als aanbeveling uit het praktijkonderzoek. De ergotherapeuten raden aan om richtinggevende vragen te stellen tijdens het opstellen van doelen. Door het stellen van richtinggevende vragen wordt er gestuurd naar een mogelijk revalidatiedoel, maar komt het doel vanuit de cliënt zelf. Hierdoor blijft de eigen regie

behouden. Ook wordt er door de ergotherapeuten aangeraden voorbeelden te geven van revalidatiedoelen. Het geven van voorbeelden kan fungeren als geheugensteuntje en de cliënt ideeën geven over mogelijke revalidatiedoelen. Opvallend is dat deze gesprekstechnieken of strategieën niet aan het licht worden gebracht in het literatuuronderzoek, terwijl dit door de ergotherapeuten sterk naar voren wordt gebracht in het praktijkonderzoek. De ergotherapeuten zijn overtuigd van de meerwaarde en effectiviteit van het toepassen van deze gesprekstechnieken.

Een opvallend verschil tussen de resultaten vanuit de literatuur en de praktijk is het gebruik van instrumenten en werkwijzen. In de literatuur wordt geadviseerd de OPHI-II-NL af te nemen om de herinneringen en het levensverhaal van de cliënt met dementie te achterhalen en om het betekenisvol handelen in kaart te brengen (Graff et al., 2015, pp. 24–27). De OPHI-II-NL komt in het praktijkonderzoek niet naar voren. De ergotherapeuten zijn wel bekend met het meetinstrument, maar niet met gebruik hiervan binnen de geriatrische revalidatie. Het kan interessant zijn om verder uit te zoeken wat de OPHI-II-NL kan opleveren binnen de geriatrische revalidatie voor cliënten met dementie. Voor nu is het onduidelijk hoe de OPHI-II-NL geïmplementeerd kan worden binnen de geriatrische revalidatie. In het praktijkonderzoek komt een multidisciplinaire intake naar voren als één van de werkwijzen binnen de diagnostische fase van het revalidatietraject. Binnen het literatuuronderzoek wordt niets gevonden over deze werkwijze. Volgens de ergotherapeuten is een MDI een vrij nieuw geïntroduceerde werkwijze, dit kan mogelijk verklaren waarom hier nog weinig tot geen onderzoek naar gedaan is. Een MDI wordt op de opnamedag van de cliënt ingepland en duurt totaal 60 minuten. De arts, de fysiotherapeut, de ergotherapeut, de cliënt en de contactpersoon zijn hierbij aanwezig. De ergotherapeuten ervaren een MDI als een efficiënte werkwijze voor zowel de cliënt als voor de therapeuten. Momenteel is er onvoldoende duidelijkheid over hoe een MDI kan bijdragen aan het versterken van de eigen regie van de cliënt met dementie. Verder onderzoek moet uitwijzen hoe een MDI mogelijk kan bijdragen aan het versterken van de eigen regie van de cliënt met dementie.

6.2. Kanttekeningen

Allereerst moet benoemd worden dat het ondersteunen en begeleiden van cliënten met dementie gaat over zorg op maat. Geen enkele cliënt met dementie zal exact dezelfde ondersteuningswijze nodig hebben. Iedere cliënt met dementie zal andere symptomen en kenmerken ervaren. Hierdoor wordt het lastig om concrete aanbevelingen te geven die gelden voor iedere cliënt met dementie. De aanbevelingen die worden gegeven binnen dit onderzoek betreffen dan ook meerdere en brede aanbevelingen gericht op het versterken van de eigen regie. De ergotherapeuten van Mimosa zullen bij iedere cliënt moeten uitzoeken wat past bij de cliënt en bij de situatie van de cliënt. In het praktijkonderzoek is er sprake van een aantal beperkingen. Er zijn minder respondenten geworven dan dat het streven was. Het vinden van respondenten verliep moeizaam omdat veel ergotherapeuten door de hoge werkdruk geen tijd en ruimte vrij konden maken. Het aantal respondenten binnen het praktijkonderzoek is dus schaars. Echter heeft dit wel de mogelijkheid geboden om de diepte in te gaan tijdens de interviews en om de interviews uitgebreid uit te werken. Uiteindelijk is ondanks het aantal respondenten voldoende informatie verzameld om te komen tot aanbevelingen aan de praktijk. Daarnaast betreffen de respondenten ergotherapeuten werkzaam binnen dezelfde setting, dat maakt de gegevens gemakkelijker toepasbaar binnen de eigen setting.

6.3. Kwaliteit van zorg

Dankzij dit onderzoek zijn inzichten verkregen in hoe de ergotherapeut kan bijdragen aan het versterken van de eigen regie van cliënten met beginnende dementie tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject. Dit draagt bij aan het bewuster handelen van de ergotherapeut. De inzichten verkregen uit dit onderzoek, bieden ondersteuningsmogelijkheden in de vorm van methoden en strategieën die toegepast kunnen worden door de ergotherapeuten van Mimosa. Door het toepassen van deze ondersteuningsmogelijkheden wordt de cliënt met dementie regievoerder binnen de diagnostische fase van het revalidatietraject. De verwachting is dat hierdoor de eigen regie van de cliënt met dementie toeneemt. Wanneer de eigen regie van de cliënt toeneemt zal ook de kwaliteit van leven toenemen. De ergotherapeut werkt hierdoor meer vanuit het beroepsprofiel en sluit beter aan op de werkwijze vanuit de beroepscompetenties ergotherapie. De kwaliteit van de ergotherapeutische zorg op de afdeling Mimosa zal hierdoor toenemen.

Niet alleen binnen de diagnostische fase zal het positieve effecten opleveren, ook tijdens de behandelfase draagt dit onderzoek bij aan kwaliteitsverbetering. Wanneer de eigen regie van de cliënt met dementie tijdens de diagnostische fase toeneemt, is de verwachting dat ook de betrokkenheid en motivatie tijdens de behandelfase toeneemt. Een optimale betrokkenheid en motivatie van de cliënt tijdens de behandelfase draagt bij aan het behalen van betere revalidatie resultaten.

6.4. Aanbevelingen:

De resultaten van het onderzoek hebben geleid tot de volgende aanbevelingen voor de ergotherapeuten werkzaam op de afdeling Mimosa.

1. Er wordt aanbevolen de COPM af te nemen bij cliënten met beginnende dementie binnen de diagnostische fase van het revalidatietraject. Hierbij wordt aanbevolen het COPM af te nemen op een meer gestructureerde wijze. Daarnaast is de aanbeveling om het cliëntsysteem te betrekken bij de afname van het COPM. Door de afname van het COPM worden de problemen, wensen en behoeften geïnventariseerd vanuit het perspectief van de cliënt. Als gevolg hiervan zal de eigen regie van de cliënt met dementie toenemen.
2. Het wordt aanbevolen om verder onderzoek te verrichten over hoe de COPM op een meer gestructureerde wijze kan worden afgenomen op Mimosa.
3. Aanbevolen wordt om gesprekstechnieken toe te passen om de cliënt te ondersteunen bij het opstellen van revalidatiedoelen. Het stellen van richtinggevende vragen en het geven van voorbeelden zijn effectieve gesprekstechnieken om de cliënt met dementie in staat te stellen individuele revalidatiedoelen op te stellen. Als de cliënt in staat wordt gesteld om individuele revalidatiedoelen op te stellen, zal de eigen regie binnen de diagnostische fase toenemen.
4. Het wordt aanbevolen om een keuzehulp toe te passen bij cliënten met dementie om gezamenlijke besluitvorming te bereiken. Gezamenlijke besluitvorming draagt bij aan het versterken van de eigen regie van de cliënt met dementie.

5. Er wordt aanbevolen het cliëntsysteem van de cliënt met dementie te betrekken tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject. Het cliëntsysteem kan bijdragen aan het verkrijgen van een compleet beeld van de cliënt en ondersteunen binnen de communicatie tussen de ergotherapeut en de cliënt. Het is hierbij van belang dat de cliënt met dementie de gesprekspartner blijft.
6. Het wordt aanbevolen om aanvullend onderzoek te verrichten naar wat de OPHI-II-NL en een multidisciplinaire intake kan opleveren binnen de geriatrische revalidatie voor de cliënten met dementie.

6.5. Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat de ergotherapeut verschillende methoden en strategieën kan toepassen om de eigen regie van de cliënt met beginnende dementie te versterken tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject. Een gestructureerde vorm van het COPM kan worden afgenomen om de problemen, wensen en behoeften van de cliënt met dementie te inventariseren vanuit het cliëntperspectief. Het stellen van richtinggevende vragen en het geven van voorbeelden zijn effectieve gesprekstechnieken die kunnen worden toegepast om de cliënt met dementie in staat te stellen individuele revalidatiedoelen op te stellen. Het bieden van een keuzehulp is een effectieve ondersteuningsmethode om gezamenlijke besluitvorming te bereiken. Ten slotte wordt het betrekken van het cliëntsysteem tijdens de diagnostische fase gezien als belangrijk element voor het versterken van de eigen regie van de cliënt met dementie.

7. Literatuurlijst

Allen, J., Koziak, A., Buddingh, S., Liang, J., Buckingham, J., & Beaupre, L. A. (2012). Rehabilitation in patients with dementia following hip fracture: a systematic review. *Physiotherapy Canada*, 64(2), 190-201.

Chaves, G. D. F. D. S., Oliveira, A. M., Chaves, J. A. D. S., Forlenza, O. V., Aprahamian, I., & Nunes, P. V. (2016). Assessment of impairment in activities of daily living in mild cognitive impairment using an individualized scale. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 74, 549-554.

Chang, F., Patel, T., & Schulz, M. E. (2015). The “rising tide” of dementia in Canada: what does it mean for pharmacists and the people they care for?. *Canadian Pharmacists Journal/Revue Des Pharmaciens Du Canada*, 148(4), 193-199.

Dekker, K., De Vliet, E., Eilander, H., & Steenbeek, D. (2011, oktober). *Goal attainment Scaling (GAS) in de praktijk*.

Dröes Rose-Marie, Scheltens, P., & Schols, J. (Eds.). (2018). Meer kwaliteit van leven : integratieve persoonsgerichte dementiezorg (Tweede druk, Ser. Diagnosis uitgevers). Bohn Stafleu van Loghum. Retrieved 2022, from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1652053>.

Dutzi, I., Schwenk, M., Kirchner, M., Bauer, J. M., & Hauer, K. (2019). “What would you like to achieve?” Goal-Setting in Patients with Dementia in Geriatric Rehabilitation. *BMC geriatrics*, 19(1), 1-15.

Enemark Larsen, A., & Carlsson, G. (2012). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(2), 204-213.

Graff, M., van Melick, M., Thijssen, M., & Verstraten, P. (2015). *Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers: Het EDOMAH-programma*. Springer, 24-31.

Grill E, Hermes R, Swoboda W, Uzarewicz C, Kostanjsek N, Stucki G. *ICF Core set for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities*. Disabil Rehabil. 2005; 27; 7–8: 411-417. 10.1080/09638280400013966

Hagelskjær, V., Krohn, M., Christensen, P. S., & Christensen, J. R. (2019). Canadian occupational performance measure supported by talking mats: an evaluation of the clinical utility. *Occupational therapy international*, 2019.

Jennings, L. A., Ramirez, K. D., Hays, R. D., Wenger, N. S., & Reuben, D. B. (2018). Personalized goal attainment in dementia care: measuring what persons with dementia and their caregivers want. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(11), 2120-2127.

Kiresuk TJ, Sherman RE. Goal attainment scaling: a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Ment Health J*. 1968; 4; 6: 443-453. 10.1007/BF01530764

Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 82-87.

Netten, A. van, 2006.

Iersel, T. V. (2019). Vroegere autonomie. In *Dilemma's bij dementie* (pp. 1-15). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

van Seben R, Reichardt L, Smorenburg S, Buurman B. *Goal-setting instruments in geriatric rehabilitation: a systematic review*. *J Frailty Aging*. 2017; 6; 1: 37-45

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., & Rosendal, H. (2019). *ZorgBasics Praktijkgericht onderzoek* (2^e druk). Amsterdam: Boom uitgeverij.

Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2013). *Beroepscompetenties ergotherapie* (2de editie).

Boom Lemma.

Verhoeven, N. (2020). *Thematische Analyse* (1ste editie). Boom Lemma, 33-93.

Vos, A. J. B. M., Balen, R. V., Gobbens, R. J. J., & Bakker, T. J. E. M. (2017). Geriatrische Revalidatiezorg: De juiste dingen goed doen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1(49), 12-21.

Wade DT, de Jong BA. *Recent advances in rehabilitation*. *BMJ*. 2000; 320; 7246: 1385-1388. 10.1136/bmj.320.7246.1385

Waterschoot, M. (2012). *Ergotherapie in de geriatrie: Basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*. K. Geenen (Ed.). Acco.

Websites:

HAN University of Applied Sciences (2021, 9 september). *Informatievaardigheden – algemeen: Zoekmethoden*. Geraadpleegd op 15 april 2022, van <https://libguides.studiecentra.han.nl/informatievaardigheden/zoekmethoden>

8. Bijlagen

8.1. Zoekhistorie databanken

☐	S10		rehabilitation and self-reliance	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (597) View Details Edit
☐	S9		rehabilitation and dementia and occupational therapy	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,787) View Details Edit
☐	S8		rehabilitation goals and dementia and occupational therapy	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (455) View Details Edit
☐	S7		rehabilitation goals and dementia and occupational therapy	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (455) View Details Edit
☐	S6		rehabilitation and dementia and occupational therapy	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,787) View Details Edit
☐	S5		rehabilitation and dementia and self-management	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1,206) View Details Edit
☐	S4		rehabilitation goals and dementia and self-management	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (240) View Details Edit
☐	S3		goal setting and rehabilitation and dementia and self-management	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (360) View Details Edit
☐	S2		goal setting and rehabilitation and dementia and self-management	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (360) View Details Edit
☐	S1		goal setting and rehabilitation and dementia and self-management	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (360) View Details Edit
☐	S18		dementia and diagnostic phase rehabilitation and occupational therapy	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (0) View Details Edit
☐	S17		dementia and diagnostic phase and occupational therapy	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (69) View Details Edit
☐	S16		Cognitive status and ambulation in geriatric rehabilitation	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (8) View Details Edit
☐	S15		goal setting in rehabilitation AND dementia AND occupational therapy	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (148) View Details Edit
☐	S14		goal setting in rehabilitation AND dementia AND occupational therapy	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	View Results (339) View Details Edit
☐	S13		goal setting in rehabilitation AND dementia AND occupational therapy	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (0) View Details Edit
☐	S12		Health professional perspectives on rehabilitation for people with dementia.	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	View Results (296,577) View Details Edit
☐	S11		patients goals AND dementia AND rehabilitation	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	View Results (279,275) View Details Edit

Search History/Alerts

[Print Search History](#) [Retrieve Searches](#) [Retrieve Alerts](#) [Save Searches / Alerts](#)

☐ Select / deselect all Search with AND Search with OR Delete Searches				Refresh Search Results
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions	
☐ S25	 self-management or self-care or self-regulation or self-monitoring and dementia and rehabilitation	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (313,534)	View Details Edit
☐ S24	 self-management or self-care or self-regulation or self-monitoring	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (345,134)	View Details Edit
☐ S23	 self-management or self-care or self-regulation or self-monitoring	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (345,134)	View Details Edit
☐ S22	 self-management and dementia and occupational therapy and rehabilitation	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (885)	View Details Edit
☐ S21	 self-management and dementia and diagnostic phase and occupational therapy and rehabilitation	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (25)	View Details Edit
☐ S20	 dementia and diagnostic phase and occupational therapy and rehabilitation	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (58)	View Details Edit
☐ S19	 dementia and diagnostic phase rehabilitation and occupational therapy	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	View Results (251,956)	View Details Edit

8.2. Oproep respondenten

Beste...,

Mijn naam is Romy de Willigen, 22 jaar oud en vierdejaars studente ergotherapie aan de Hogeschool Rotterdam. Momenteel ben ik bezig met mijn afstudeeronderzoek gericht op de volgende onderzoeksvraag: *Hoe kan de ergotherapeut bijdragen aan het versterken van de eigen regie bij cliënten met beginnende dementie tijdens de diagnostische fase van het revalidatietraject op de afdeling Mimosa?*

Ten behoeve van mijn afstudeeronderzoek ben ik opzoek naar ergotherapeuten die ervaring hebben met de doelgroep dementerende binnen de GRZ en bereidt zijn hun ervaringen te delen over de werkwijze binnen deze doelgroep.

Bent u of kent u de ergotherapeut die ik zoek en bent u bereidt een interview (online) af te leggen van 30 minuten? Dan hoor ik heel graag van u! De uitkomsten van het interview zullen uiteraard gedeeld worden en binnen het onderzoek anoniem worden verwerkt.

Vriendelijke groet,

Romy de Willigen

8.3. Topiclijst interviews

Topic	Hoofdvraag	Deelvragen
Setting en de rol van de ergotherapeut	Kunt u mij vertellen in wat voor setting u werkzaam bent en wat uw rol als ergotherapeut is binnen de organisatie?	- Met welke doelgroep werkt u? - Hoeveel ervaring heeft u binnen deze doelgroep?
Eigen regie	Hoe draagt u als ergotherapeut bij aan het versterken van de eigen regie tijdens de diagnostische fase bij dementerende cliënten?	- Wat zijn uw ervaringen met betrekking tot de eigen regie van dementerende cliënten? - Welke factoren hebben een positieve invloed op de eigen regie van dementerende cliënten?

Individuele revalidatiedoelen stellen	Kunt u mij vertellen hoe het opstellen/formuleren van individuele revalidatiedoelen verloopt binnen uw organisatie?	- Wat zijn uw ervaringen met het werken vanuit deze werkwijze? - Wat zijn de succesfactoren bij het realiseren van individuele revalidatiedoelen bij de doelgroep dementerende revalidanten? - Wat zijn de valkuilen bij het realiseren van individuele revalidatiedoelen bij de doelgroep dementerende revalidanten?
Meetinstrumenten/assessments	Worden er binnen de organisatie meetinstrumenten ingezet tijdens de diagnostische fase?	- Wat zijn uw ervaringen betreft deze meetinstrumenten/assessments? - Bent u bekend met de OPHI-II? Zo ja, wat zijn uw ervaringen met dit instrument? - Bent u bekend met de COPM? Zo ja, wat zijn uw ervaringen met dit instrument?
Bijdrage cliënt en cliëntsysteem	Welke bijdrage hebben de cliënt en het cliëntsysteem bij het realiseren van individuele revalidatiedoelen?	- Hoe betreft u het cliëntsysteem bij het realiseren van revalidatiedoelen? - Wat zijn uw ervaren over het betrekken van het cliëntsysteem bij het realiseren van individuele revalidatiedoelen?

--	--	--

8.4. Samenvattingen interviews

Codeboom:

- = Eigen regie
- = Werkwijze diagnostische fase
- = Gesprekstechnieken
- = Rol cliëntsysteem
- = Problemen tijdens diagnostische fase
- = Doelen stellen
- = Tips en aanbevelingen
- = Ervaringen
- = Gezamenlijke besluitvorming

8.4.1. Interview 1: ergotherapeut

Datum: 23-05-2022

Duur: 29 minuten.

Ervaring en setting

De ergotherapeut is al meer dan 5 jaar werkzaam binnen een geriatrisch revalidatiecentrum. De ergotherapeut heeft ervaring met de doelgroep dementerende binnen de revalidatie. Het revalidatiecentrum waar de betreffende ergotherapeut werkzaam is, heeft geen speciale afdeling voor de cliënten met dementie. De cliënten met dementie revalideren op verschillende afdelingen bij de andere cliënten zonder dementie. De ergotherapeut werkt op de neurorevalidatie en op de orthopedische revalidatie.

De ergotherapeut geeft de volgende betekenis aan eigen regie: "Eigen regie betekent dat de cliënt zelf bepaald hoe het leven wordt ingericht." Binnen de organisatie wordt er veel aandacht besteed aan de eigen regie van de cliënt en kijken we voortdurend naar hoe we de eigen regie van de cliënt kunnen versterken.

Binnen de organisatie vormt het COPM de leidraad binnen de diagnostische fase van het revalidatietraject. Bij iedereen die binnenkomt wordt het COPM afgenomen om de problemen in de kaart te brengen. Aan de hand van deze informatie worden doelen gesteld voor de revalidatie. Er wordt binnen de organisatie gemerkt dat de afname van het COPM lastiger is bij de doelgroep dementerende. Het COPM is zo ontwikkeld dat de cliënt zoveel mogelijk zelf moet vertellen en moet aangeven. Hierbij is het de bedoeling dat de ergotherapeut zo min mogelijk vragen stelt. De ergotherapeut stelt bij de cliënten met dementie meer vragen dan bij andere cliënten. De ergotherapeut stelt richtinggevende vragen en vraagt veel door om tot de kern te komen. Hierbij vraagt de ergotherapeut altijd naar wat de cliënt gewend was om te doen thuis en wat de cliënt op dit moment kan. Dit doet de ergotherapeut met de cliënt en vult dit aan met informatie vanuit het cliëntsysteem. Wanneer de cliënt voor de opname

zelfstandig naar het toilet ging, wordt automatisch het doel om weer zelfstandig naar het toilet te gaan. Daarnaast wordt er gekeken naar wat er nodig is om terug te kunnen naar huis. Moet de cliënt bijvoorbeeld een trap op of een opstap op. Dit wordt verwerkt in de doelen.

Het COPM wordt wel ten alle tijden afgenomen, zodat het verhaal van de cliënt vanuit het perspectief van de cliënt zelf wordt verteld. Door het afnemen van het COPM wordt de eigen regie versterkt. De cliënt krijgt hierbij de ruimte om zijn verhaal te doen, om te vertellen wat voor diegene belangrijk is. Het cliëntsysteem wordt altijd betrokken tijdens de diagnostische fase. De rol van het cliëntsysteem verschilt per cliënt. Wel wordt er altijd bij het cliëntsysteem nagevraagd of de informatie die de cliënt heeft gegeven overeenkomt met de werkelijkheid. We zien namelijk binnen de organisatie dat de cliënten met dementie moeite hebben met het juist benoemen van de werkelijke situatie voor de opname. Sommige cliënten hebben de beleving vanuit het verleden die niet meer klopt met de huidige situatie. Een voorbeeld hierbij is dat cliënten aangeven dat zij voor de opname zonder loop hulpmiddelen liepen. Het cliëntsysteem geeft aan dat de cliënt voor de opname al met een rollator liep. Daarnaast vinden de cliënten met dementie het lastig om de problemen in kaart te brengen, zij hebben in verminderd ziekte-inzicht. Wanneer iemand echt niet kan aangeven welke problemen worden ervaren wordt de hulp van het cliëntsysteem ingeschakeld. In de meeste gevallen betreft dit de contactpersoon.

Als ergotherapeut mag je bij het stellen van doelen ook wel uitgaan van je eigen expertise. De ergotherapeut kan goed inschatten wat nodig is om terug te kunnen naar de thuissituatie. Echter is het belangrijk dat je de cliënt zoveel mogelijk betreft hierbij om tot gezamenlijke besluitvorming te komen. Je kunt bijvoorbeeld richtinggevend vragen stellen als: "ik zie dat u voorheen zelfstandig aan- en uitkleedde, momenteel lukt dit niet klopt dat?" zo stuur je in op een mogelijk revalidatiedoel, maar komt het doel uiteindelijk vanuit de cliënt. Probeer zo min mogelijk brede vragen te stellen. Bij de vraag wat zou je graag weer willen doen, ontstaat de kans dat de cliënt begint over handelingen of activiteiten die geen betrekking hebben tot de revalidatie. Bijvoorbeeld ik wil weer gaan vissen. Dit is geen passend en realistisch doel binnen de revalidatie. Dan kun je ook niet waarmaken wat de cliënt wilt. Probeer de vragen meer te structureren naar thema's vanuit het COPM.

Het afnemen van het COPM lukt niet altijd, je probeert het wel voor zover mogelijk. De ergotherapeut merkt dat het doel vaker vanuit de ergotherapeut komt dan vanuit de cliënt. Het gedeelte van het COPM waarbij gescoord moet worden is in bijna alle gevallen onmogelijk. De ergotherapeut slaat dit gedeelte bij de meeste cliënten met dementie over. De COPM is dus in de meeste gevallen nooit volledig afneembaar. Bij cliënten met dementie heeft de therapeut meer nodig van het cliëntsysteem in de diagnostische fase dan bij cliënten zonder dementie. Het cliëntsysteem wordt betrokken om het volledige plaatje te schetsen

Tips/aanbevelingen:

- Probeer de cliënt zo veel mogelijk dingen zelf te laten doen. focus hierbij op wat de cliënt kan en niet op wat de cliënt niet kan.
- Ga opzoek naar welke ondersteuning de cliënt nodig heeft zodat zij wel zelf hun verhaal kunnen vertellen. Het is voor de cliënt heel fijn om hun verhaal kwijt te kunnen.
- Betrek het cliëntsysteem bij de diagnostische fase. Zij kunnen je helpen bij het schetsen van het volledige plaatje.

8.4.2. Interview 2: ergotherapeut

Datum: 30-05-2022

Duur: 31 minuten

Ervaring en setting

De ergotherapeut werkt 8 jaar binnen de GRZ gecombineerd met werkzaamheden in het ziekenhuis. De ergotherapeut behandelt cliënten met voornamelijk trauma letsel, hierbij kan gedacht worden aan amputaties of fractures. Hierbij heeft de ergotherapeut ook regelmatig te maken met cliënten met dementie of een delier. De orthopedische hulpvraag ligt tijdens de revalidatie op de voorgrond. Dat betekent niet dat we de cognitieve hulpvragen negeren. Uiteindelijk komt iemand revalideren voor bijvoorbeeld de gebroken heup, als de cliënt hiervan hersteld is keert de cliënt in de meeste gevallen weer terug naar huis.

De ergotherapeut geeft de volgende betekenis aan eigen regie: **"Eigen regie betekent binnen de revalidatie dat de cliënt in staat wordt gesteld zelf vorm te geven aan het revalidatietraject en beloop."** De uitdaging die wij hierbij tegenkomen is dat de verwachtingen niet altijd overeenkomen met de mogelijkheden. Je ziet dit voornamelijk terug bij de doelen, als therapeut moet je de doelen zoveel mogelijk afbakenen richting de revalidatievraag, als de cliënt komt revalideren voor een heupfractuur, moeten de doelen wel passend en realistisch zijn. De vraag is altijd wat moet de cliënt weer kunnen om veilig terug te keren naar de thuissituatie.

Binnen onze organisatie wordt de diagnostische fase anders vormgegeven. Bij de meeste organisaties zie je dat er een opname komt, vervolgens komt de arts een intakegesprek voeren, daarna komen nog eens alle andere disciplines een individueel intakegesprek afnemen. Binnen onze organisatie geven wij de vorm door een MDI, **een multidisciplinaire intake**. De arts, de fysiotherapeut en de ergotherapeut zijn hierbij aanwezig. Deze werkwijze is 2 jaar geleden geïntroduceerd binnen de organisatie. Een MDI wordt op de dag van opname ingepland en duurt ongeveer 60 minuten. **De fysiotherapeut onderzoekt tijdens het gesprek welk transfer en loopadvies passend is bij de cliënt en de ergotherapeut onderzoekt welke hulpmiddelen de cliënt nodig heeft tijdens de revalidatie, hierbij kan gedacht worden aan een rolstoel.** De arts voert het gesprek met de cliënt en richt zich op het medische gedeelte daarnaast wordt er door de arts uitgevraagd hoe de cliënt functioneerde voor de opname. **Bij het MDI is er altijd iemand aanwezig van het cliëntsysteem.** Tijdens het MDI worden de revalidatiedoelen gesteld, hierdoor zijn alle revalidatiedoelen in 1 keer opgesteld. **De vraag wat de cliënt weer moet kunnen om naar huis te gaan wordt bij de cliënt gelegd. Bij cliënten met dementie is dit soms een te grote, open vraag.** Dan is het heel fijn dat er iemand van het cliëntsysteem aanwezig is. **Zij kennen de cliënt door en door en zij kunnen de vraag vaak wat beter brengen bij de cliënt zodat zij de vraag beter begrijpen.** Het cliëntsysteem kan de cliënt met dementie ondersteunen.

De vraag "Wat denkt u dat er moet gebeuren om weer terug te keren naar huis?" wordt bij de cliënt met dementie neergelegd. Na het stellen van deze vragen kun je direct inschatten hoe goed iemand is en hoeveel ziekte-inzicht iemand heeft. **Wanneer de cliënt niet kan benoemen wat hiervoor nodig is probeert de therapeut te sturen naar doelen. Bijvoorbeeld: "Ik zie dat u nu in een rolstoel zit, zat u thuis ook al in een rolstoel?"** De cliënt kan dan vertellen dat dat niet het geval was, hierbij kan je weer sturen naar hoe de cliënt voorheen

dan wel verplaatste en hieruit kan dan een doel worden opgesteld. Zo wordt gezamenlijke besluitvorming bereikt.

Het is een stuk lastiger voor cliënten waarbij er sprake is van forse dementie. Deze cliënten hebben een verminderd ziekte-inzicht en zijn niet in staat doelen te formuleren. Dan zie je dat de mantelzorger een grote rol speelt bij het stellen van doelen. Echter is het dan belangrijk dat je als therapeut ook oog hebt voor de belastbaarheid van de mantelzorger. Zij geven als snel aan, als die kan lopen kan hij naar huis, ik help hem verder wel, we redden het samen wel dat doen we al jaren zo. Hierbij is het belangrijk om de mantelzorger te beschermen en zien te voorkomen dat de mantelzorger overbelast raakt. Je probeert de mantelzorger dan tips te geven over mogelijkheden als bijvoorbeeld thuiszorg en andere ondersteuningsmogelijkheden voor in de thuissituatie. Je moet je goed realiseren dat wanneer de mantelzorger de volledige zorg overneemt dat de cliënt onwils afhankelijk wordt van de mantelzorger. Op het moment dat de mantelzorger onverwacht wegvalt ontstaat er een probleem voor de cliënt.

De ergotherapeut ervaart het MDI als een efficiënte werkwijze. Het is tijdefficiënt, alle informatie wordt in 1 keer verzameld op de opnamedag, hierdoor kan er al veel sneller gestart worden met behandelen. De cliënt ervaart het in de meeste gevallen wel als spannend, er komen veel mensen in 1 keer de kamer op en zij vinden het dan lastig wat zij hierbij moeten verwachten. Achteraf geven de cliënten aan dat ze het wel als prettig hebben ervaren. De cliënten vinden het vooral prettig dat er iemand aanwezig is van het cliëntsysteem om hen te ondersteunen.

Het nadeel van een MDI is dat de omgeving niet prikkelarm is gezien het aantal personen in de kamer. Niet alle cliënten kunnen omgaan met deze prikkels. Maar daarbij is het wel zo dat het op 1 dag, 1 uur veel prikkels zijn, maar dan is het daarna ook wel klaar en hoeft de cliënt geen verdere gesprekken meer te voeren.

Tips/aanbevelingen

- Het is belangrijk om de cliënt met dementie de tijd te geven.
- Het betrekken van de mantelzorger of iemand uit het cliëntsysteem is essentieel. Zij zijn de experts over wie de cliënt is, over de zorgsituatie en helpen de cliënt bij het begrijpen van de gegeven informatie of gestelde vragen.

8.4.3. Interview 3: ergotherapeut

Datum: 30-05-2022

Duur: 36 minuten

Ervaring en setting

De ergotherapeut is al meer dan 20 jaar werkzaam binnen de GRZ. Hierbinnen heeft de ergotherapeut ook uitstapjes gemaakt naar de WLZ en de eerste lijn. De ergotherapeut werkt al die tijd binnen dezelfde zorgorganisatie. De ergotherapeut is werkzaam binnen een GRZ-instelling waarbij ze een speciale afdeling hebben gecreëerd voor kwetsbare revalidanten waarbij sprake is van co morbiditeit. Het betreft voornamelijk revalidanten met zowel een cognitieve als een orthopedische revalidatievraag.

Eigen regie betekent volgens de ergotherapeut de mate van deelname tijdens het revalidatietraject. Hoe meer de cliënt actief betrokken wordt, hoe sterker de eigen regie is. De cliënt heeft het recht om de eigen regie te voeren tijdens de revalidatie. De cliënt heeft

het recht om eigen keuzes te maken, eigen doelen te stellen en te bepalen hoe de revalidatie wordt vormgegeven. Helaas zien we dat dit niet altijd gebeurt bij cliënten met dementie. Bij deze cliënten worden automatisch deze rechten afgenomen. De doelen worden voor de cliënt opgesteld en de vragen worden aan de contactpersoon gesteld.

De cliënt wordt in de meeste gevallen doorverwezen vanuit het ziekenhuis. In het ziekenhuis wordt er vaak al een hoop uitgevraagd betreft de thuissituatie en betreft hoe de cliënt voorheen functioneerde. Allereerst wordt daar alle informatie die bekend is uitgehaald. Zo voorkom je dat de cliënt meerdere keren dezelfde informatie moet geven. Dit kan voor de cliënt frustrerend zijn. Dan wordt er in de eerste week van de opname een gesprek ingepland met de cliënt. Hierbij wordt de contactpersoon ook altijd uitgenodigd. Tijdens het gesprek wordt er een vragenlijst uitgevraagd. De vragenlijst is een gestructureerde vragenlijst gericht op de volgende thema's afgeleid vanuit de ICF-classificatie:

- Problemen in de lichaamsfuncties en anatomische structuren; hierbij kan gedacht worden aan pijn, conditie, spierkracht, aandacht en geheugen.
- Problemen in de activiteiten: Hierbij kan gedacht worden aan; aan- en uitkleden, het bereiden van een maaltijd en het uitvoeren van huishoudelijke taken.
- Problemen in de participatie: hierbij kan gedacht worden aan de mate waarin iemand in staat is te participeren in de zin van werk, boodschappen doen, communiceren.

Het gesprek wordt gestart met de vraag wat er gebeurd is in de afgelopen dagen/weken. De vragen worden altijd aan de cliënt gevraagd. De contactpersoon heeft soms de neiging direct te antwoorden, in dat geval vragen wij de contactpersoon om de cliënt ruimte te geven om te antwoorden. Wanneer het de cliënt niet helemaal lukt wordt de contactpersoon gevraagd om aan te vullen. Dan wordt het gesprek gericht op de drie thema's geïnspireerd vanuit de ICF. Hierbij worden de volgende aspecten uitgevraagd; Er wordt uitgevraagd hoe dit ging voor de opname en hoe dit momenteel gaat.

- **Zelfverzorging:** aan- en uitkleden, douche/wassen en toiletgang
- **Mobiliteit:** verplaatsen binnenshuis en buitenshuis
- **Productiviteit:** huishouden, boodschappen doen.
- **Betekenisvolle activiteiten** voor de cliënt: bijvoorbeeld hobby's of het vervullen van rollen.

Bij het uitvragen van deze aspecten gebruik je zo min mogelijk open vragen. Dus niet hoe liep u voorheen? Maar liep u thuis met of zonder loophulpmiddel? Hierbij geef je voorbeelden als liep u met een rollator of een wandelstok. Dit kan als geheugensteuntje fungeren voor de cliënt met dementie.

Dan wordt de thuissituatie in kaart gebracht. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst. De volgende vragen worden gesteld:

Wat voor type woning woont u?

- Eengezinswoning
- Appartement
- Portiekwoning
- Benedenwoning
- Bovenwoning
- Anders;

Hoeveel verdiepingen heeft de woning?

Moet u traplopen om de woning te bereiken?

Hoeveel kamers heeft de woning? En welke?

Wat voor soort douche heeft u?

- Bad douche
- Inloopdouche
- Douchecabine

Zijn er drempels of opstapjes in en rondom de woning aanwezig?

Heeft u hulpmiddelen of aanpassingen in de woning?

- Beugels
- Douchestoel
- Verhoogd toilet
- Loophulpmiddelen
- Persoonsalarmering

Wanneer dit alles is uitgevraagd wordt overgegaan op de volgende stap van het gesprek, het stellen van doelen.

De vraag wat moet u weer kunnen om naar huis te gaan is de eerste vraag. Deze vraag is vaak te open, maar in sommige gevallen lukt het de cliënt wel. **We proberen uit te zoeken wat de cliënt nog wel kan en wat niet en niet direct de eigen regie te verminderen.** De thema's zelfverzorging, productiviteit en betekenisvolle activiteiten worden doorlopen. Er wordt gevraagd wat de cliënt weer wil bereiken binnen de zelfverzorging, als de cliënt het niet weet worden er **voorbeelden gegeven** als; Wilt u weer zelfstandig kunnen aankleden? Dan kan de cliënt daarop antwoorden met ja of nee. En dit geldt ook voor de andere onderwerpen.

De ervaringen rondom deze werkwijze zijn erg positief. Je sluit aan op de behoefte en het kunnen van de cliënt, te grote en open vragen kunnen verwarrend zijn voor de cliënt met dementie. Een gestructureerde benadering waarbij de therapeut richting geeft aan de vragen en thema's dragen bij aan een betere betrokkenheid van de cliënt. Omdat de werkwijze niet per se vastligt qua welke vragen en welke ondersteuning de cliënt nodig heeft is **ervaring van de ergotherapeut met de doelgroep dementie wel een vereiste.** Je moet weten hoe je de cliënt kan ondersteunen zonder de eigen regie af te nemen. Dit vraagt om expertise van de therapeut verkregen door ervaring.

Tips en aanbevelingen

- **Respecteer het recht van eigen regie van de cliënt.** Probeer niet direct al meer ondersteuning te bieden, **maar kijk wat nodig is.** Dit **verschilt per cliënt en per vraag.**
- Help de cliënt door **voorbeelden te benoemen.** De voorbeelden kunnen als een geheugensteuntje werken voor de cliënt.
- **Betrek de contactpersoon bij het gesprek,** maar voer het gesprek altijd met de cliënt. Laat de **contactpersoon niet het gesprek overnemen maar aanvullen waar nodig.**

8.4.4. Interview 4: ergotherapeut

Datum: 03-06-2022

Duur: 33 minuten

Ervaring en setting

De ergotherapeut heeft 14 jaar lang gewerkt binnen de WLZ op een PG-afdeling. Sinds 2 jaar werkt de ergotherapeut binnen de GRZ. De ergotherapeut heeft een grote ervaring binnen de doelgroep dementie en dit ziet de ergotherapeut als een groot voordeel binnen de GRZ. De ergotherapeut is werkzaam op de orthopedische revalidatieafdeling. Hierbij komt de ergotherapeut ook in aanraking met revalidanten met dementie. De ergotherapeut vindt deze doelgroep het meest interessant, omdat deze doelgroep een andere benaderings- en begeleidingswijze vraagt.

Eigen regie ziet de ergotherapeut als een heel breed begrip, dat voor iedereen een eigen betekenis heeft. Zo ook voor de cliënten. De mate van eigen regie die bij iemand past is zeer verschillend. Zo wil de ene cliënt alles zelf beslissen en invullen en vertrouwd de andere cliënt heel erg op de expertise van de therapeuten en vinden het minder belangrijk om te beslissen/bepalen tijdens het revalidatietraject. Het is belangrijk om van tevoren te achterhalen welke mate van eigen regie past bij de cliënt. Dan kan je er rekening mee houden en hierop aansluiten tijdens het revalidatietraject.

Binnen de organisatie werken wij vanuit een opgesteld zorgpad. Binnen dit zorgpad vormt het COPM de basis van de intakes. Het COPM wordt op de eerste dag van opname bij de cliënt afgenomen. Een vereiste bij de doelgroep dementerende is dat er iemand van het cliëntsysteem aanwezig is. De cliënt met dementie vergeet soms dingen, vindt het lastig om kenbaar te maken wat voor hem/haar belangrijk is, al helemaal aan vreemden. De praktijk leert dat de cliënten met dementie gemakkelijker kenbaar kunnen maken aan bijvoorbeeld hun mantelzorger wat zij belangrijk vinden dan aan de vreemde therapeut. De mantelzorger weet veel beter wat de cliënt bedoeld en kan de therapeut helpen tot het verkrijgen van alle informatie. Het COPM wordt bij de doelgroep dementerende meer gestructureerd afgenomen dan bij cliënten zonder dementie. De ergotherapeut vraagt naar de thema's van zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning. Onder de thema's vallen de onderwerpen:

- Zelfredzaamheid:
 - o Persoonlijke verzorging (wassen, aankleden en eten)
 - o Functionele mobiliteit (transfers, verplaatsen binnens- en buitenshuis)
 - o Organisatie van het huishouden (transport, boodschappen doen)
- Productiviteit:
 - o Betaald/onbetaald werk
 - o Uitvoering van het huishouden (schoonmaken, wassen en koken)
- Ontspanning
 - o Passieve recreatie (hobby's als lezen, puzzelen)
 - o Actieve recreatie (sporten, reizen, uitstapjes)
 - o Sociale contacten (visites afleggen, telefoneren)

Alle onderwerpen worden uitgevraagd. Het tweede onderdeel van het COPM betreft het scoren van de genoemde problemen op belangrijkheid, uitvoering en tevredenheid. Voor de cliënten met dementie is het moeilijk om een juist oordeel te geven over hoe zij de activiteit momenteel uitvoeren. De score hoe tevreden zij hierover zijn is moeilijk betrouwbaar vast te

leggen. De cliënten geven soms aan dat zij al erg tevreden zijn over de stappen die zij gemaakt hebben en zij scoren het dan heel hoog, echter wordt de uitvoeringsscore dan op onvoldoende gescoord.

Als de ervaren problemen in kaart zijn gebracht met behulp van het COPM worden de doelen opgesteld. Hierbij worden de ervaren problemen herhaald en wordt aan de cliënt gevraagd hoe zij dit willen zien aan het einde van de revalidatie. Hierbij kun je de cliënt helpen door voorbeelden te geven. Dan wordt er gekeken naar hoe belangrijk de doelen zijn voor de cliënt. Dit wordt normaliter vanuit het COPM vormgegeven door het toekennen van scores. Binnen de organisatie geven wij dit onderdeel anders vorm. Het is wel belangrijk om te weten hoe belangrijk de doelen zijn voor de cliënt zo kun je samen bepalen welk doel prioriteit verdient. De cliënt wordt gevraagd een top 5 te maken en bovenaan het belangrijkste doel te zetten. Vaak heeft het cliëntsysteem en de therapeut een idee van welke doelen het meest van belang zijn, toch wil je komen tot gezamenlijke besluitvorming. Je wilt de cliënt de keuze laten maken en de cliënt de controle geven. De cliënten hebben hier soms moeite mee, je kunt ze hierbij helpen door bijvoorbeeld eerst als therapeut laten te zien hoe jij denkt dat de top 5 eruitziet, vervolgens aan het cliëntsysteem en dan bij de cliënt nagaan of de cliënt het hiermee eens is of de cliënt een andere volgorde wilt zien. Zo bepaald de cliënt het eindproduct.

De ergotherapeut is zeer tevreden met deze werkwijze. De ergotherapeut vindt de COPM zeer nuttig om de problemen en het doel van de cliënt te verhelderen. Daarnaast is de aanwezigheid van het cliëntsysteem heel behulpzaam. Je ziet dat de cliënt informatie van het cliëntsysteem beter begrijpt en andersom. Dit helpt bij de verheldering van de problemen en de persoonlijke doelen.

Tips/aanbevelingen

- Werken met dementerende vraagt altijd om zorg op maat. Kijk wat er bij de betreffende cliënt past en houdt hier rekening mee.
- Help de cliënt door jouw ideeën en die van het cliëntsysteem te benoemen, zo help je de cliënt om te komen tot eigen ideeën.

8.5. Open coderingen, codeboom en thematische analyse.

Intervieuw	Label	Open codering	Codeboom	Thematische analyse
1	"Eigen regie betekent dat de cliënt zelf bepaald hoe het leven wordt ingericht."	Bepalen hoe het leven wordt ingericht	Eigen regie	Eigen regie versterken
1	"Het COPM de leidraad binnen de diagnostische fase van het revalidatietraject."	COPM	Werkwijze diagnostische fase	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften.
1	"Bij iedereen die binnenkomt wordt het COPM afgenomen om de problemen in de kaart te brengen."	COPM	Werkwijze diagnostische fase	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften.

1	De ergotherapeut stelt richtinggevende vragen en vraagt veel door om tot de kern te komen.	Richtinggevende vragen stellen	Gesprekstechnieken	Gezamenlijke Besluitvorming
1	Dit doet de ergotherapeut met de cliënt en vult dit aan met informatie vanuit het cliëntsysteem.	Aanvullen informatie cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem diagnostische fase
1	"...het verhaal van de cliënt vanuit het perspectief van de cliënt zelf wordt verteld."	Verhaal vanuit cliëntperspectief	Eigen regie	Eigen regie versterken
1	"Door het afnemen van het COPM wordt de eigen regie versterkt."	COPM-afname versterkt eigen regie	Eigen regie	Eigen regie versterken
1	"Het cliëntsysteem wordt altijd betrokken tijdens de diagnostische fase."	Cliëntsysteem betrokken binnen diagnostische fase	Rol cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem diagnostische fase
1	"Wel wordt er altijd bij het cliëntsysteem nagevraagd of de informatie die de cliënt heeft gegeven overeenkomt met de werkelijkheid."	Navragen informatie cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem diagnostische fase
1	"Sommige cliënten hebben de beleving vanuit het verleden die niet meer klopt met de huidige situatie."	Beleving cliënt vanuit het verleden	Problemen tijdens diagnostische fase	Eigen regie inhiberende factoren
1	"Cliënten met dementie het lastig om de problemen in kaart te brengen..."	Lastig om problemen in kaart te brengen	Problemen tijdens diagnostische fase	Eigen regie inhiberende factoren
1	"...zij hebben in verminderd ziekte-inzicht."	Verminderd ziekte-inzicht	Problemen tijdens diagnostische fase	Eigen regie inhiberende factoren
1	"Wanneer iemand echt niet kan aangeven welke problemen worden ervaren wordt de hulp van het cliëntsysteem ingeschakeld."	Inschakelen cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem diagnostische fase
1	"Als ergotherapeut mag je bij het stellen van doelen ook wel	Uitgaan van eigen expertise	Doelen stellen	Opstellen van individuele

	uitgaan van je eigen expertise."			revalidatiedoelen
1	"Als ergotherapeut kan je goed inschatten wat nodig is om terug te kunnen naar de thuissituatie."	Inschatten wat nodig is	Revalidatiedoel en stellen	Opstellen van individuele revalidatiedoelen
1	"Je kunt bijvoorbeeld richtinggevende vragen stellen als: "ik zie dat u voorheen zelfstandig aan- en uitkleedde, momenteel lukt dit niet klopt dat?" zo stuur je in op een mogelijk revalidatiedoel, maar komt het doel uiteindelijk vanuit de cliënt."	Richtinggevende vragen stellen	Gesprekstechnieken	Gezamenlijke besluitvorming
1	"Probeer zo min mogelijk brede vragen te stellen."	Zo min mogelijk vragen stellen	Gesprekstechnieken	Gezamenlijke besluitvorming
1	"Probeer de vragen meer te structureren naar thema's vanuit het COPM".	Vragen structureren	Gesprekstechnieken	Gezamenlijke besluitvorming
1	"Het gedeelte van het COPM waarbij gescoord moet worden is in bijna alle gevallen onmogelijk. De ergotherapeut slaat dit gedeelte bij de meeste cliënten met dementie over."	COPM scoren	Werkwijze diagnostische fase	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften.
1	"De COPM is dus in de meeste gevallen nooit volledig afneembaar."	Afneembaarheid COPM	Werkwijze diagnostische fase	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften.
1	"Bij cliënten met dementie heeft de therapeut meer nodig van het cliëntsysteem in de diagnostische fase dan bij cliënten zonder dementie."	Cliëntsysteem in diagnostische fase	Rol cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem diagnostische fase
1	"Probeer de cliënt zoveel mogelijk dingen zelf te laten doen".	Zoveel mogelijk zelf doen	Tips/aanbevelingen	Aanbevelingen ergotherapeut

1	"Ga opzoek naar welke ondersteuning de cliënt nodig heeft zodat zij wel zelf hun verhaal kunnen vertellen."	Ondersteuning	Tips/aanbevelingen	Aanbeveling en ergotherapeut
1	"Betrekt het cliëntsysteem bij de diagnostische fase."	Betrekken cliëntsysteem	Tips/aanbevelingen	Aanbeveling en ergotherapeut
2	"Eigen regie betekent binnen de revalidatie dat de cliënt in staat wordt gesteld zelf vorm te geven aan het revalidatietraject en beloop."	Zelf vormgeven aan revalidatietraject	Eigen regie	Eigen regie versterken
2	"De uitdaging die wij hierbij tegenkomen is dat de verwachtingen niet altijd overeenkomen met de mogelijkheden."	Verwachtingen en mogelijkheden	Problemen tijdens diagnostische fase	Eigen regie inhiberende factoren
2	"Als therapeut moet je de doelen zoveel mogelijk afbakenen richting de revalidatievraag, als de cliënt komt revalideren voor een heupfractuur, moeten de doelen wel passend en realistisch zijn"	Doelen afbakenen	Doelen stellen	Opstellen van individuele besluitvorming
2	"Een multidisciplinaire intake."	Multidisciplinaire intake	Diagnostiek	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften.
2	"De fysiotherapeut onderzoekt tijdens het gesprek welk transfer en loopadvies passend is bij de cliënt en de ergotherapeut onderzoekt welke hulpmiddelen de cliënt nodig heeft tijdens de revalidatie, hierbij kan gedacht worden aan een rolstoel. De arts voert het gesprek met de cliënt en richt zich op het medische gedeelte daarnaast"	Multidisciplinaire intake	Diagnostiek	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften.

	wordt er door de arts uitgevraagd hoe de cliënt functioneerde voor de opname."			
2	"Bij het MDI is er altijd iemand aanwezig van het cliëntsysteem."	Aanwezigheid cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem diagnostische fase
2	"Tijdens het MDI worden de revalidatiedoelen gesteld, hierdoor zijn alle revalidatiedoelen in 1 keer opgesteld."	Opstellen doelen tijdens MDI	Doelen stellen	Individuele revalidatiedoelen stellen
2	"De vraag wat de cliënt weer moet kunnen om naar huis te gaan wordt bij de cliënt gelegd. Bij cliënten met dementie is dit soms een te grote, open vraag."	Te grote, open vraag.	Problemen tijdens diagnostische fase	Eigen regie inhiberende factoren
2	"Zij kennen de cliënt door en door en zij kunnen de vraag vaak wat beter brengen bij de cliënt zodat zij de vraag beter begrijpen."	Ondersteuning cliënt	Rol cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem diagnostische fase
2	"Wanneer de cliënt niet kan benoemen wat hiervoor nodig is probeert de therapeut te sturen naar doelen. Bijvoorbeeld: Ik zie dat u nu in een rolstoel zit, zat u thuis ook al in een rolstoel?"	Sturen naar doelen	Gesprekstechnieken	Gezamenlijke besluitvorming
2	"...hierbij kan je weer sturen naar hoe de cliënt voorheen dan wel verplaatste en hieruit kan dan een doel worden opgesteld."	Situatie voorheen	Doelen stellen	Individuele revalidatiedoelen stellen
2	"Het is een stuk lastiger voor cliënten waarbij er sprake is van forse dementie. Deze cliënten hebben een verminderd ziekte-inzicht en zijn	Forse dementie	Problemen tijdens diagnostische fase	Eigen regie inhiberende factoren

	niet in staat doelen te formuleren."			
2	"Echter is het dan belangrijk dat je als therapeut ook oog hebt voor de belastbaarheid van de mantelzorger."	Belastbaarheid mantelzorger	Rol cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem diagnostische fase
2	"Je probeert de mantelzorger dan tips te geven over mogelijkheden als bijvoorbeeld thuiszorg en andere ondersteuningsmogelijkheden voor in de thuissituatie. Je moet je goed realiseren dat wanneer de mantelzorger de volledige zorg overneemt dat de cliënt onwilsafhankelijk wordt van de mantelzorger. Op het moment dat de mantelzorger onverwacht wegvalt ontstaat er een probleem voor de cliënt."	Ondersteuningsmogelijkheden mantelzorger	Rol cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem diagnostische fase
2	"De ergotherapeut ervaart het MDI als een efficiënte werkwijze. Het is tijdefficiënt, alle informatie wordt in 1 keer verzameld op de opnamedag, hierdoor kan er al veel sneller gestart worden met behandelen."	Efficiënte werkwijze	Ervaringen	
2	"Het nadeel van een MDI is dat de omgeving niet prikkelarm is gezien het aantal personen in de kamer. Niet alle cliënten kunnen omgaan met deze prikkels."	Nadelen	Ervaringen	
2	"Achteraf geven de cliënten aan dat ze het wel als prettig hebben ervaren. De cliënten	Prettige werkwijze	Ervaringen	

	vinden het vooral prettig dat er iemand aanwezig is van het cliëntsysteem om hen te ondersteunen."			
2	"Het is belangrijk om de cliënt met dementie de tijd te geven."	Tijd geven aan cliënt	Tips/aanbevelingen	Aanbeveling en ergotherapeut
2	"Het betrekken van de mantelzorger of iemand uit het cliëntsysteem is essentieel"	Betrekken cliëntsysteem	Tips/aanbevelingen	Aanbeveling en ergotherapeut
3	Eigen regie betekent volgens de ergotherapeut de mate van deelname tijdens het revalidatietraject. Hoe meer de cliënt actief betrokken wordt, hoe sterker de eigen regie is.	Betekenis eigen regie	Eigen regie	Eigen regie versterken
3	"De cliënt heeft het recht om eigen keuzes te maken, eigen doelen te stellen en te bepalen hoe de revalidatie wordt vormgegeven."	Betekenis eigen regie	Eigen regie	Eigen regie versterken
3	"In het ziekenhuis wordt er vaak al een hoop uitgevraagd... Allereerst wordt daar alle informatie die bekend is uitgehaald."	Informatieoverdracht	Diagnostiek	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften
3	"Tijdens het gesprek wordt er een vragenlijst uitgevraagd. De vragenlijst is een gestructureerde vragenlijst gericht op de volgende thema's afgeleid vanuit de ICF-classificatie"	Gestructureerde vragenlijst	Diagnostiek	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften
3	"De contactpersoon heeft soms de neiging direct ten antwoord, in dat geval vragen wij de contactpersoon om de cliënt ruimte te geven om te antwoorden. Wanneer het de cliënt niet	Instrueren contactpersoon	Rol cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem diagnostische fase

	helemaal lukt wordt de contactpersoon gevraagd om aan te vullen."			
3	Hierbij worden de volgende aspecten uitgevraagd; zelfverzorging, mobiliteit, productiviteit, betekenisvolle activiteiten.	Zelfverzorging, mobiliteit en betekenisvolle activiteiten.	Diagnostiek	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften
3	"Bij het uitvragen van deze aspecten gebruik je zo min mogelijk open vragen."	Zo min mogelijk open vragen	Gesprekstechnieken	Gezamenlijke besluitvorming
3	"Hierbij geef je voorbeelden als liep u met een rollator of een wandelstok. Dit kan als geheugensteuntje fungeren voor de cliënt met dementie."	Voorbeelden geven	Gesprekstechnieken	Gezamenlijke besluitvorming
3	Dan wordt de thuissituatie in kaart gebracht. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst.	Thuissituatie in kaart brengen	Diagnostiek	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften
3	"De vraag wat moet u weer kunnen om naar huis te gaan is de eerste vraag."	Openingsvraag	Doelen stellen	Individuele revalidatiedoelen stellen
3	De thema's zelfverzorging, productiviteit en betekenisvolle activiteiten worden doorlopen. Er wordt gevraagd wat de cliënt weer wil bereiken binnen de zelfverzorging.	Doelen stellen	Doelen stellen	Individuele revalidatiedoelen stellen
3	"Voorbeelden gegeven"	Voorbeelden geven	Gesprekstechnieken	Gezamenlijke besluitvorming
3	De ervaringen rondom deze werkwijze zijn erg positief	Positieve ervaring	Ervaringen	
3	"Ervaring van de ergotherapeut met de	Ervaring met dementie	Ervaringen	

	doelgroep dementie wel een vereiste"			
3	"Je sluit aan op de behoefte en het kunnen van de cliënt, te grote en open vragen kunnen verwarrend zijn voor de cliënt met dementie. Een gestructureerde benadering waarbij de therapeut richting geeft aan de vragen en thema's dragen bij aan een betere betrokkenheid van de cliënt."	Ervaring werkwijze	Ervaringen	
3	"Respecteer het recht van eigen regie van de cliënt"	Eigen regie respecteren	Tips/aanbevelingen	Aanbeveling en ergotherapeut
3	"Maar kijk wat nodig is dit verschilt per cliënt en per vraag."	Zorg op maat	Tips/aanbevelingen	Aanbeveling en ergotherapeut
3	"Betrekk de contactpersoon bij het gesprek."	Betrekken contactpersoon	Tips/aanbevelingen	Aanbeveling en ergotherapeut
3	"Contactpersoon niet het gesprek overnemen maar aanvullen waar nodig"	Aanvullen informatie	Tips/aanbevelingen e	Aanbeveling en ergotherapeut
4	Eigen regie ziet de ergotherapeut als een heel breed begrip, dat voor iedereen een eigen betekenis heeft	Betekenis eigen regie	Eigen regie	Eigen regie versterken
4	De mate van eigen regie die bij iemand past is zeer verschillend... ene cliënt alles zelf beslissen en invullen en vertrouwd de andere cliënt heel erg op de expertise van de therapeuten.	De mate van eigen regie	Eigen regie	Eigen regie versterken
4	"Binnen de organisatie werken wij vanuit een opgesteld zorgpad."	COPM	Diagnostiek	Inventariseren van problemen,

	<i>Binnen dit zorgpad vormt het COPM de basis van de intakes."</i>			wensen en behoeften
4	<i>"Iemand van het cliëntsysteem aanwezig is."</i>	Aanwezigheid cliëntsysteem	Diagnostiek	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften
4	<i>"De cliënt met dementie vergeet soms dingen, vindt het lastig om kenbaar te maken wat voor hem/haar belangrijk is, al helemaal aan vreemden."</i>	Informatie vergeten	Problemen tijdens diagnostische fase	Eigen regie inhiberende factoren
4	<i>"De praktijk leert dat de cliënten met dementie gemakkelijker kenbaar kunnen maken aan bijvoorbeeld hun mantelzorger wat zij belangrijk vinden dan aan de vreemde therapeut. De mantelzorger weet veel beter wat de cliënt bedoeld en kan de therapeut helpen tot het verkrijgen van alle informatie."</i>	Informatie-uitwisseling	Rol cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem diagnostische fase
4	<i>"Het COPM wordt bij de doelgroep dementerende meer gestructureerd afgenomen"</i>	COPM	Diagnostiek	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften
4	<i>De ergotherapeut vraagt naar de thema's van zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning.</i>	Zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning.	Diagnostiek	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften
4	<i>Tweede onderdeel van het COPM betreft het scoren van de genoemde problemen op belangrijkheid, uitvoering en tevredenheid.</i>	Scoren COPM	Diagnostiek	Inventariseren van problemen, wensen en behoeften
4	<i>"Voor de cliënten met dementie is het moeilijk om een juist oordeel te geven over hoe zij de activiteit</i>	Juiste score toekennen	Problemen binnen de diagnostische fase	Eigen regie inhiberende factoren

	<i>momenteel uitvoeren. De score hoe tevreden zij hierover zijn is moeilijk betrouwbaar vast te leggen"</i>			
4	Hierbij worden de ervaren problemen herhaald en wordt aan de cliënt gevraagd hoe zij dit willen zien aan het einde van de revalidatie. Hierbij kun je de cliënt helpen door voorbeelden te geven.	Problemen omzetten in doelen	Doelen stellen	Individuele revalidatiedoelen stellen
4	Het is wel belangrijk om te weten hoe belangrijk de doelen zijn voor de cliënt zo kun je samen bepalen welk doel prioriteit verdient. De cliënt wordt gevraagd een top 5 te maken en bovenaan het belangrijkste doel te zetten.	Belangrijkheid van doelen	Doelen stellen	Individuele revalidatiedoelen
4	<i>"Vaak heeft het cliëntsysteem en de therapeut een idee van welke doelen het meest van belang zijn, toch wil je komen tot gezamenlijke besluitvorming. Je wilt de cliënt de keuze laten maken en de cliënt de controle geven."</i>	Controle en keuze bij de cliënt	Gezamenlijke besluitvorming	Gezamenlijke besluitvorming
4	<i>"Helpen door bijvoorbeeld eerst als therapeut laten te zien hoe jij denkt dat de top 5 eruitziet"</i>	Voorbeelden geven	Gesprekstechnieken	Gezamenlijke besluitvorming
4	De ergotherapeut is zeer tevreden met deze werkwijze	Tevredenheid	Ervaringen	
4	<i>"COPM zeer nuttig om de problemen en het doel van de cliënt te verhelderen"</i>	Nuttig	Ervaringen	
4	<i>"Aanwezigheid van het cliëntsysteem heel behulpzaam"</i>	Behulpzaam	Ervaringen	

4	"Je ziet dat de cliënt informatie van het cliëntsysteem beter begrijpt en andersom. Dit helpt bij de verheldering van de problemen en de persoonlijke doelen."	Informatie begrijpen en overbrengen	Rol cliëntsysteem	Rol cliëntsysteem diagnostische fase
4	"Werken met dementerende vraagt altijd om zorg op maat"	Zorg op maat	Tips/aanbevelingen	Aanbeveling en ergotherapeut
4	"Jouw ideeën en die van het cliëntsysteem te benoemen... Zo help je de cliënt om te komen tot eigen ideeën."	Ideeën benoemen	Tips/aanbevelingen	Aanbeveling en ergotherapeut