

Welkom na NAH

Wonen en Leven, Kies voor Optimaal Maatadvies na een Niet Aangeboren Hersenletsel

Author(s)	Hilde Pitteljon, Lisa Messely, Jasmien Herssens
Date	28/04/2025
Version	finaal



4 O U R M I N D

Inhoudstafel

1.	Afkortingen	7
2.	Abstract.....	9
3.	Inleiding.....	10
4.	Probleemstelling	11
5.	Doelstelling	12
5.1.	Hoofdthema's	12
5.2.	Onderzoeksvragen	12
5.3.	Onderzoeksontwerp	13
5.3.1.	Onderzoeksbenadering	13
5.3.2.	Onderzoeksmethodes	14
6.	Bibliografisch en literatuuronderzoek	16
6.1.	De procesbeleving van het NAH-woonadvies van de NAH-cliënt.....	16
6.1.1.	De NAH-cliënt	16
6.1.2.	Persoonlijke uitdagingen NAH-cliënt.....	17
6.1.3.	Persoonlijke levenswaarden, doelen en eigenwaarde NAH-cliënt	19
6.1.4.	De rol van de sociale context en omgeving.....	20
6.1.5.	Participatie in het woonadvies	20
6.2.	De context en het standpunt van de eerstelijnszorg in het NAH-woonadvies.....	21
6.2.1.	Wat is eerstelijnszorg?.....	21
6.2.2.	Wie is de eerstelijnsverzorger?	23
6.2.3.	Eerstelijnszorg in relatie tot NAH-cliënt	23
6.3.	Betrokken stakeholders in NAH-woonadvies	23
6.3.1.	Stakeholders: zorgverleners	25
6.3.2.	Stakeholders: dienstverleners.....	31
6.3.3.	Stakeholders: overheden.....	32
6.4.	Regelgeving in de context van NAH- woonadvies	34
6.4.1.	Erkenning handicap voor de leeftijd van 65 jaar	34

C O N T E N T

6.4.2.	Optreden handicap na de leeftijd van 65 jaar	37
6.5.	De dialoog tussen de architecturale context en de NAH-cliënt.....	38
6.5.1.	Algemene Inleiding	38
6.5.2.	Eigenaar of huurder	40
6.5.3.	Fysieke context en ruimtelijke ordening	40
6.5.4.	Architecturaal ontwerp	41
6.5.5.	Architecturale beleving	48
6.5.6.	Tijdslijn en planning.....	49
6.6.	Screeningsinstrumenten voor woonadvies bij NAH-cliënten	49
6.6.1.	Inleiding	49
6.6.2.	Evaluatie van het handelen en functioneren van NAH-cliënten	50
6.6.3.	Evaluatiecriteria instrumenten.....	52
6.6.4.	Instrumenten	53
6.6.5.	Conclusie.....	71
6.7.	Besluit literatuuronderzoek	72
6.7.1.	De procesbeleving van het NAH-woonadvies door de NAH-cliënt	73
6.7.2.	Context en standpunt van de eerstelijnszorg omtrent NAH-woonadvies	73
6.7.3.	De dialoog tussen de architecturale context en NAH-cliënten	74
6.7.4.	Screeningsinstrumenten voor NAH-woonadvies bij NAH-cliënten	74
7.	Focusgesprek.....	75
7.1.	Methodologie.....	75
7.2.	Participanten.....	76
7.3.	Focusgesprek met eerstelijnszorg.....	76
7.3.1.	Vraagstelling	76
7.3.2.	Datacollectie.....	77
7.3.3.	Analyse	77
7.3.4.	Inzichten focusgesprek	78
7.4.	Besluit focusgesprek	83
7.4.1.	De context en het standpunt van de eerstelijnszorg omtrent NAH-woonadvies	83
7.4.2.	De procesbeleving van het NAH-woonadvies door de NAH-cliënt	84

C O N T E N T

7.4.3.	Betrokken stakeholders en regelgeving in de context van NAH-woonadvies.....	84
7.4.4.	De dialoog tussen de architecturale context en NAH-cliënten.	84
7.4.5.	Screeningsinstrumenten voor NAH-woonadvies bij NAH-cliënten	84
8.	Checklists voor woonadvies van eerstelijnszorg.....	85
8.1.	Methodologie.....	85
8.2.	Analyse checklists	85
8.2.1.	Checklist Strobbe bvba Mobility Solutions.....	86
8.2.2.	Checklist Klief revalidatiecentrum.....	87
8.2.3.	Checklist Helan ziekenfonds	89
9.	Diepte-interviews met NAH-cliënten.....	91
9.1.	Methodologie.....	91
9.2.	Participanten.....	92
9.3.	Datacollectie	93
9.4.	Analyse diepte-interviews.....	94
9.5.	Inzichten diepte-interviews	95
9.5.1.	Inleiding	95
9.5.2.	Context en standpunt van de eerste lijn omtrent NAH-woonadvies	95
9.5.3.	Procesbeleving van de NAH-woonadvies door de NAH-cliënt	96
9.5.4.	Betrokken stakeholders en regelgeving in de context van NAH-woonadvies.....	100
9.5.5.	Dialoog tussen de architecturale context en de NAH-cliënt	100
9.5.6.	Screeningsinstrumenten voor NAH-woonadvies	101
9.5.7.	Besluit	101
10.	Triangulatie van het Onderzoek: Woonadvies voor NAH-cliënten.....	102
10.1.	Inleiding.....	102
10.2.	De context en het standpunt van de eerstelijnszorg omtrent NAH-woonadvies.....	102
10.2.1.	Mandaat van de eerstelijnszorgverlener	102
10.2.2.	Coördinatie bij het NAH-woonadvies.....	103
10.2.3.	Kennis en expertise bij NAH-woonadvies	104
10.3.	De procesbeleving van het NAH-woonadvies door de NAH-cliënt.....	105
10.3.1.	De diversiteit van de NAH-cliënt	105

C O N T E N T

10.3.2.	De stem van de NAH-cliënt en de participatie	106
10.3.3.	NAH-woonadvies: gebrek aan regie en opvolging in het proces	107
10.3.4.	Timing en planning woningaanpassing	108
10.3.5.	Zelfstandigheid en participatie als doel	109
10.4.	Betrokken stakeholders en regelgeving in de context van NAH-woonadvies	109
10.5.	De dialoog tussen de architecturale context en NAH-cliënten	110
10.5.1.	Architectuur met zorgimpact	110
10.5.2.	Kosten baten van architect	111
10.6.	Screeningsinstrumenten voor NAH-woonadvies	112
11.	Conclusie	113
11.1.	Het huidige proces naar een aangepast woonadvies voor NAH-cliënten	113
11.2.	De optimalisatie van het NAH-woonadvies	113
11.3.	Een stappenplan voor NAH-woonadvies	114
11.4.	Een mensgericht proces bij NAH-woonadvies	116
11.4.1.	Initiatie van NAH-woonadvies	116
11.4.2.	Screeningsinstrumenten voor NAH-woonadvies	116
11.4.3.	Ontwerp	117
11.4.4.	Linken van actoren in een NAH-woonproces: naar een éénduidige coördinatie	118
11.4.5.	Nazorg en evaluatie van de woningaanpassing	118
12.	Epiloog	119
13.	Bijlagen	121
13.1.	Bijlage 1: Informed consent deelnemers focusgesprek	121
13.2.	Bijlage 2: Informed consent deelnemers diepte-interview	122
13.3.	Bijlage 3: Foto's focusgesprek	123
13.4.	Bijlage 4: Open en axiale codering focusgesprek	124
13.5.	Bijlage 5: Selectieve codering focusgesprek	128
13.6.	Bijlage 6: Checklist Strobbe Mobility Solutions	131
13.7.	Bijlage 7: Checklist Klief	142
13.8.	Bijlage 8: Checklist Helan	145
13.9.	Bijlage 9: Voorbereiding diepte-interviews	152

CONTENTS

13.10.	Bijlage 10: Open en axiale codering diepte-interviews.....	153
13.11.	Bijlage 11: Selectieve codering diepte-interviews	158
13.12.	Bijlage 12: Aanpassingen HER01	161
13.13.	Bijlage 13: Aanpassingen HER02	167
13.14.	Bijlage 14: Aanpassingen HER03	169
13.15.	Bijlage 15: Aanpassingen HER04	171
13.16.	Bijlage 16: Aanpassingen HER05	172
14.	Bibliografie	174

4 O U P M I N D

1. Afkortingen

ADL: Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen

AMPS: Assessment of Motor and Process skills

A-One: Arnadottir OT-ADL neurobehavioral Evaluation

BBC: Bijzondere Bijstandsc commissie

BIA: Brussels Integrated Activities of Daily Living Tool

CC: Centrum Consult Dominiek Savio

CLEVER: Context, Levensverhaal, Emoties, Vaste waarden, Engagement en Relevantie

DfA: Design for All

ECFOT: European Conceptual Framework For Occupational Therapy

ELZ: Eerstelijnszorg

ESD: Early Supported Discharge

GGZ: Geestelijke Gezondheidszorg

HACE: Home And Community Environment instrument

I-Hope: In-Home Occupational Performance Evaluation

I-Hope A: In-Home Occupational Performance Evaluation for providing Assistance

IMB: Individuele Materiële bijstand

KOC: Kenniscentrum Hulpmiddelen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)

MBI: Modified Barthel Index

MDT: Multidisciplinaire teams

NAH: Niet Aangeboren Hersenletsel

nRTH: Niet Rechtstreeks Toegankelijke Hulp

OSA: Occupational Self-Assessment

POE: Post Occupancy Evaluation

PVB: Persoonsvolgend budget

PZON: Persoon met een Zorg- en Ondersteuningsnood

4 O U P M I N D

RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering

RTH: Rechtstreeks Toegankelijke Hulp

UD: Universal Design

VAPH: Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

WHO: World Health Organisation / Wereldgezondheidsorganisatie

C O U R M I N D

2. Abstract

In België, worden er jaarlijks gemiddeld 50.000 nieuwe mensen geconfronteerd met een NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel) (Hersenletsel vzw, 2023). Meer dan de helft keert terug naar de oorspronkelijke woonomgeving. Er bestaat echter geen vaste formele procesbegeleiding om NAH-cliënten te begeleiden bij thuiskomst. Tijdens en na de revalidatie worden mensen geconfronteerd met uitdagingen in hun woonomgeving. De eerstelijnszorgmedewerkers zijn vaak de eerste en enige professionals die na thuiskomst ondersteuning geven in de woning van de NAH-cliënt.

Naast het feit dat dit niet tot hun officiële takenpakket behoort, ontbreekt het hen aan kennis, tijd en ondersteuning in het begeleiden van NAH-cliënten naar een beter aangepaste woonomgeving. Bovendien is, door het gebrek aan een bestaand formeel proces, iedere advisering sterk afhankelijk van de persoonlijke focus van de adviseur. Daarnaast focussen bestaande NAH-woonadviezen voornamelijk op het ondersteunen van basisbehoeften. De levenswaarden of -doelen van de NAH-cliënt behoren niet tot de ondersteuningscriteria. Procesmatig is het momenteel onduidelijk wie er betrokken wordt in het proces van NAH-woonadvies. Afhankelijk van de persoonlijke aanpak van de eerste lijn worden diverse stakeholders betrokken. Zowel bij de NAH-cliënt als de professionele en sociale omgeving, zorgt dit voor een harde mentale en fysieke confrontatie met de beperkingen in tijd, logistieke planning en kennis.

In de beperkte tijdspanne van één jaar waren we vaak genoodzaakt om pionierende standpunten en keuzes te hanteren bij het uitvoeren van ons onderzoek. Wereldwijd zijn er slechts een beperkt aantal studies die zich richten op de impact van de gebouwde omgeving op NAH-cliënten. Bovendien zijn verschillende van deze onderzoeken nog lopende. Daarom wordt naast een literatuuronderzoek ook een kwalitatief onderzoek uitgevoerd in co-creatie met de eerstelijnszorg. Aanvullend op het praktijkonderzoek met professionals worden semigestructureerde diepte-interviews afgenomen met NAH-cliënten. De literatuurstudie is de fundering voor het praktijkgericht onderzoek. De finale conclusies resulteren uit een triangulatie van alle resultaten aangevuld met inzichten van het Centrum Consult Dominiek Savio. Het rapport geeft de huidige stand van zaken weer en brengt alle betrokken stakeholders en de essentiële noden van de NAH-cliënt in kaart. Het onderzoek resulteert in een toekomstgericht stappenplan voor een multidisciplinaire aanpak met aangepaste richtlijnen en interdisciplinaire samenwerkingen.

C O U R M I N D

3. Inleiding

Een Niet Aangeboren Hersenletsel of NAH is vaak een traumatische ervaring, voor zowel de NAH-cliënt¹ als diens sociale netwerk. De acceptatie van de lichamelijke conditie, het leren leven met nieuwe en andere mogelijkheden, het inzicht in beperkingen, de financiële gevolgen, de afhankelijkheid van zorgverleners en andere implicaties in de materiële en immateriële omgeving van de NAH-cliënt zijn complex en divers.

Als tevens de noodzaak zich aandient om de dagelijkse woning aan te passen, zorgt dit voor zeer ingrijpende processen. Naar aanleiding van jarenlange expertise in woonadvies bij NAH door het Centrum Consult van Dominiek Savio, ontstond de urgente onderzoeksvraag naar een vernieuwde aanpak van dit woonadvies voor een NAH-cliënt. Huidig woonadvies wordt uitgevoerd door eerstelijnsmedewerkers. Naast hun tijdsbeperking groeit tevens de vraag naar bijkomende expertise en advies. Bij aanvang werden vijf grote domeinen onderscheiden die cruciale impact ondervinden en creëren in het proces voor NAH-woonadvies:

1. De context en het standpunt van de eerstelijnszorg in NAH-woonadvies
2. De procesbeleving van het NAH-woonadvies van de NAH-cliënt
3. De betrokken stakeholders en regelgeving in de context van NAH-woonadvies
4. De dialoog tussen de architecturale context en de NAH-cliënt
5. De screeningsinstrumenten als methodiek voor NAH woonadvies bij de NAH-cliënten

De beleving van de NAH-cliënt is essentieel in het succes van woonadvies. Toch wordt de stem van de NAH-cliënt niet altijd consequent meegenomen in het proces. Zowel vanuit de professionele ervaring als in de beschikbare screeningsinstrumenten voor woonadvies wordt dit duidelijk. Algemeen streven we in deze studie een mensgerichte benadering na, waarbij zowel de mensen met NAH als hun naasten centraal staan. De eerste lijn en de NAH-cliënt benoemen en beschrijven zelf hun beleving. Als tweede hoofdstuk zoomen we in op de professionele context van de NAH-cliënt.

In het onderzoek naar een gepaste woonondersteuning voor NAH-cliënten, zijn diverse stakeholders betrokken, maar is het onduidelijk hoe het proces exact verloopt. Momenteel behoort het aanpassen van de woning niet officieel tot de taken van de eerstelijnsmedewerker (verpleegkundige, zorgkundige...). Echter, vaak ontstaat de vraag daar wel intuïtief. De eerstelijnsmedewerker is een spilfiguur zonder opdracht. Hoewel de persoonlijke context in dit proces een evidentie is, komt de vraag toch eerst terecht bij de professionele context: de eerstelijnszorg.

Het laatste onderzoeksdomein is de interactie tussen de NAH-cliënt en de fysieke omgevingen waarin hij of zij zich bevindt. De impact van de fysieke omgeving op de basisbehoeften en

¹ Een mensgerichte benadering staat centraal in dit onderzoek, maar om praktische redenen hebben we ervoor geopteerd dat we de term "NAH-cliënt" gaan gebruiken doorheen dit rapport als term voor de persoon met een Niet Aangeboren Hersenletsel. We zijn ons bewust dat in de literatuur er geopteerd wordt om eerst de mens te noteren en dan pas de kenmerken om een mensgerichte benadering te beklemtonen, doch om de leesbaarheid te vergroten werd geopteerd voor deze korte term.

C O U R M I N D

levenswaarden heeft ontegensprekelijk effect op de beleving van de NAH-cliënt zowel in de woonervaring als in de beleving van de zorgverlening.

4. Probleemstelling

Wereldwijd is het aantal mensen met NAH verdubbeld afgelopen 30 jaar. Het totaal aantal mensen met NAH wordt geraamd op 101 miljoen mensen (Feigin et al., 2022; Lipson-Smith et al., 2021; Seale et al., 2021), wat het meteen de belangrijkste oorzaak maakt voor het krijgen van beperkingen en de grootste doodsoorzaak (Feigin et al., 2022; Lipson-Smith et al., 2021; Seale et al., 2021). Het is een acute conditie met een langdurige impact (Blomgren et al., 2019; Elf et al., 2022) en meer dan 30% van de NAH-cliënten ervaren beperkingen in hun dagelijkse activiteiten (Elf, Slaug, et al., 2023). Dit percentage blijft groeien, waardoor hersenletsels wereldwijd de grootste langdurige beperking zijn (Elf, Slaug, et al., 2023).

Ondanks deze grote impact, is er slechts beperkt onderzoek naar hersenletsels in het algemeen (Bernhardt et al., 2022; Lipson-Smith et al., 2021) en al zeker niet naar de relatie tussen woonomgevingen en NAH-cliënten (Elf et al., 2022; Elf, Rasool, et al., 2023; Elf, Slaug, et al., 2023; Kylén et al., 2023). Onderzoek werd vooral uitgevoerd in kritieke omgevingen zoals spoedafdelingen, operatiekwartieren of intensive care van ziekenhuizen (Bernhardt et al., 2022) of focussen voornamelijk op de revalidatie in NAH-units (Kylén et al., 2022; Shannon et al., 2024). Er is meer nood aan NAH-specifiek onderzoek om aanbevelingen betreffende de woonomgeving te kunnen geven (Bernhardt et al., 2022).

In België is het eigenlijke percentage van NAH-cliënten met specifieke woonaanpassingen, momenteel niet beschikbaar (Hersenletselliga vzw, 2023). Evenmin bestaan er systematische of gelijklopende procesopvolging en richtlijnen voor NAH-woonadvies over de begeleiding naar zelfstandig en levensbestendig wonen. Verschillende stakeholders zijn betrokken in de begeleiding van een NAH-cliënt zowel in functie van zorgverlening als in functie van administratieve, financiële of technische ondersteuning. Net zoals bij een traditionele renovatie of verbouwing, vraagt het renoveren of bouwen van een woning voor NAH-ondersteuning ook expertise op verschillende domeinen. Momenteel worden ad hoc heel diverse stakeholders betrokken om een woningaanpassing te realiseren. Bovendien is het proces niet gestroomlijnd. De expertise wordt niet gedeeld en geen enkele actor bewaart het overzicht. De onderzoeksvraag is gegroeid vanuit deze persoonlijke en professionele ervaringen van het Centrum Consult² en het contact met NAH-cliënten.

² Dominiek Savio organiseert zorg en onderwijs voor personen met een neuromotorische of meervoudige beperking of niet-aangeboren hersenletsel. Het Centrum Consult van Dominiek Savio is gegroeid vanuit de aanwezige expertise rond hulpmiddelen binnen de voorziening. De dienst werd gevormd bij de uitbreiding van de mogelijkheid rond rechtstreeks toegankelijke hulp, (RTH). Deze regelgeving maakte het mogelijk dat mensen die geen beroep doen op het residentiële aanbod van Dominiek Savio, toch gebruik konden maken van de expertise van de voorziening in hun eigen context.

C O U R M I N D

We stelden vast dat mensen met een verworven hersenletsel dikwijls de professionele weg naar NAH-woonadvies niet vinden en dat er geen systematiek in de advisering aanwezig is. Zowel voor de eerstelijnszorg als de NAH-cliënten is bij aanvang onduidelijk wat het geijkte proces is voor woonadvies evenmin de mogelijkheden. De diversiteit van NAH-cliënten in de context van zorg, woonomgeving en sociale, financiële omgeving, vraagt om een persoonlijk inzicht. Tot op vandaag zoekt iedere eerstelijnsverzorger zelf individueel de kanalen en het contact met de betrokken stakeholders voor iedere NAH-cliënt. Er is geen kennisdeling tussen collega's. Zowel vanuit tijdsefficiënt oogpunt als vanuit de kennis en mogelijkheden is dit geen ideaal scenario en dienen we inzicht te verkrijgen in alle mogelijke betrokken stakeholders en de benodigde kennis om kwalitatief advies te kunnen geven.

5. Doelstelling

Dit onderzoek wil krijtlijnen uitzetten voor de ontwikkeling van een toekomstgericht stappenplan voor woonadvies na NAH. Het doel is om de huidige context van woonadvies bij NAH in kaart te brengen en te analyseren welke eerstelijnsstakeholders en onderliggende methodieken (eg. stappenplan, instrumenten) relevant zijn opdat alle facetten voor een goed woonadvies gegarandeerd kunnen worden. Bij het opstellen van het onderzoek zijn daarom volgende hoofdthema's en respectievelijke onderzoeksvragen als focus genomen:

5.1. Hoofdthema's

1. De context en het standpunt van de eerstelijnszorg omtrent NAH-woonadvies
2. De procesbeleving van het NAH-woonadvies door de NAH-cliënt
3. Betrokken stakeholders en regelgeving in de context van NAH-woonadvies
4. De dialoog tussen de architecturale context en NAH-cliënten
5. Screeningsinstrumenten voor NAH-woonadvies bij NAH-cliënten

5.2. Onderzoeksvragen

1. Hoe verloopt het proces naar een aangepast woonadvies voor NAH-cliënten vandaag?
 - Hoe ervaart de eerstelijnszorg het proces van woonadvies?
 - Hoe ervaren NAH-cliënten het huidige NAH-woonadvies en waar kunnen we dit optimaliseren?
 - Welke stakeholders zijn betrokken bij het NAH-woonadvies?
 - Welke impact hebben architecturale factoren op de woonbeleving van NAH-cliënten?
 - Welke screeningsinstrumenten bestaan er voor woonadvies bij NAH-cliënten?

C O U R M I N D

2. Hoe kan het huidige proces geoptimaliseerd worden?

- Kunnen we een stappenplan opstellen voor NAH-woonadvies?
- Hoe kan het proces meer mensgericht ingevuld worden?
- Hoe kunnen we verschillende actoren linken?

5.3. Onderzoeksontwerp

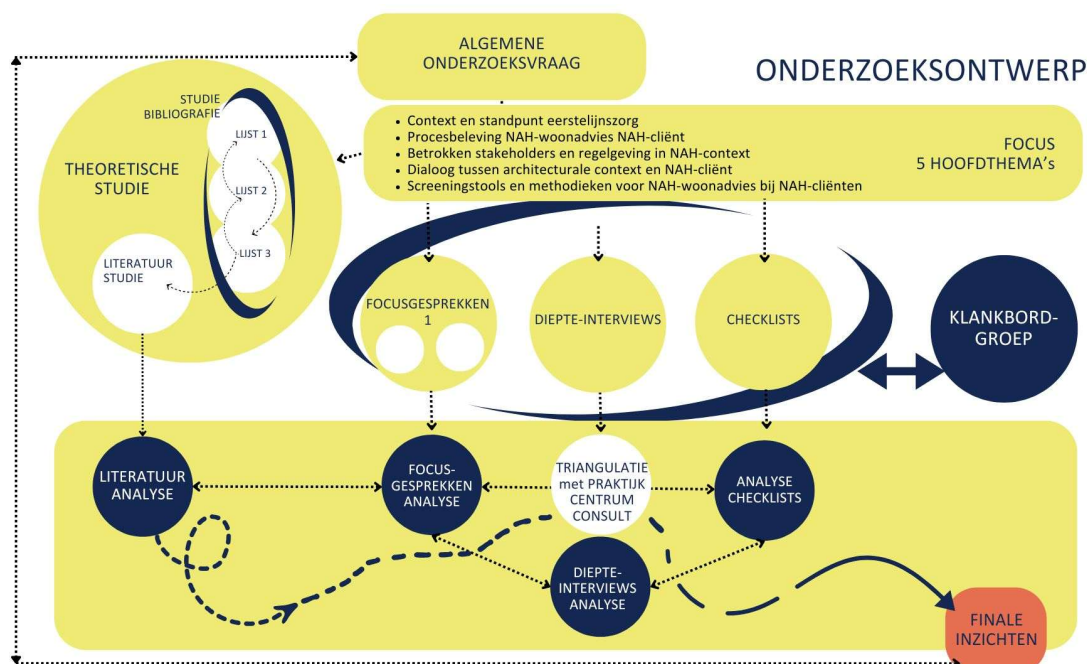
Een goed NAH-woonadvies vraagt om een methodologische aanpak rekening houdend met de zorgprocessen en de wijze waarop de NAH-cliënt de woning beleeft.

5.3.1. Onderzoeksbenadering

We stelden een kwalitatieve studie op met een “inductieve analytische” benadering. Dit is een systematische iteratieve onderzoeksmethode waarbij er een constante afstemming is tussen verschillende onderzoeksmethoden om zoveel mogelijk nieuwe inzichten en kennis te vergaren in de korte tijdspanne van één jaar. Dit is een goede onderzoeksbenadering bij beperkte kennis en indien resultaten sterk gefragmenteerd zijn (Elo & Kyngäs, 2008), zoals hier het geval is. Er wordt gestart met een bibliografisch onderzoek waarbij eerst zowel op gepubliceerde als ongepubliceerde artikels wordt gezocht en dit met een limiet van artikels die niet ouder zijn dan 5 jaar. Er werd een eerste zoekfunctie uitgevoerd met volgende kernwoorden: hersenletsel, hersenbloeding, herseninfarct in combinatie met de kernwoorden wonen, woning, woonadvies. Deze termen werden zowel in het Nederlands als Engels ingevoerd in verschillende bibliografische databanken: PubMed, ISI Web of Knowledge, PROQUEST, Researchgate, EBSCO. Hieruit ontstaat een eerste bibliografielijst. Aan de hand van kernartikelen en nieuwe referenties wordt een tweede bibliografie samengesteld en uitgebreid met artikels ouder dan vijf jaar en aangevuld met kernartikels waarnaar gerefereerd werd in de eerste bibliografie. Een finale bibliografie wordt samengesteld wanneer duidelijk wordt dat het bestaand wetenschappelijk onderzoek zeer beperkt is. Gelijktijdig met het literatuuronderzoek wordt een focusgesprek met mensen uit de eerstelijnszorg voorbereid, evenals de opstart van het contacteren van potentiële NAH-cliënten voor een diepte-interview. Uit de bibliografie wordt duidelijk dat wetenschappelijk onderzoek naar woonadvies specifiek voor mensen met NAH beperkt is, dus het doel is om vanuit verschillende onderzoeken, zowel theoretisch literatuuronderzoek als praktijkonderzoek, objectieve resultaten te verwerven. De praktijkresultaten worden via triangulatie met elkaar vergeleken en dienen als basis voor een stappenplan voor woonadvies na NAH. Deze resultaten en het stappenplan zijn twee maal afgetoetst met een klankbordgroep van professionals. Het ontwerp van het onderzoek wordt hierna schematisch voorgesteld:

Figuur 1: schema onderzoeksontwerp

4 O U R M I N D



Figuur 1 Schema onderzoeksontwerp

5.3.2. Onderzoeksmethodes

Het onderzoek start met een grondige bibliografie- en literatuurstudie naar de bestaande woonadvisering van NAH-cliënten. Hierbij wordt gefocust op de vijf hoofdthema's gelinkt aan de respectievelijke onderzoeksvragen.

Parallel met het literatuuronderzoek, wordt een empirisch kwalitatief onderzoek opgezet. Dit praktijkgericht kwalitatief onderzoek streeft een mensgerichte benadering en doelstelling na. In andere onderzoeksdomeinen, zoals bijvoorbeeld ergotherapie, spreekt men over patiëntgericht onderzoek (Lipson-Smith et al., 2023). Echter dit onderschrijft etymologisch eerder de medische benadering van NAH-cliënten als patiënten en dus minder als mensen en bewoners met levensdoelen. In dit onderzoek staan de stemmen van de eerstelijnsverzorgers, NAH-cliënten en hun sociale omgeving centraal. Er wordt een focusgesprek gevoerd met de eerstelijnsactoren betrokken in het NAH-woonadvies. Op basis van deze inzichten wordt het hedendaagse proces voor woonadvies in kaart gebracht. Daarnaast is er een analyse van de checklists die eerstelijnsverzorgers hanteren om het proces te sturen. Om de beleving en de noden van de NAH-cliënt beter te begrijpen werden diepte-interviews afgenomen met NAH-cliënten in hun thuisomgeving. Alle resultaten passen in een non-stop iteratief onderzoeksproces waarbij bottom-up wordt gewerkt met de resultaten en de op dat ogenblik beschikbare informatie.

Via triangulatie tussen de verschillende onderzoeksresultaten in dialoog met de praktijkervaring van het Centrum Consult, worden de krijtlijnen voor een eerste stappenplan ontwikkeld als aanzet en fundering voor mogelijke toekomstige processen naar woonadvies. De onderzoeksdata geven een

4 O U R M I N D

overzicht van de verschillende betrokken stakeholders, hun specifieke rol en hun bijdrage aan de ondersteuning in woonadvies en de beleving van de NAH-cliënt in het proces.

C O U R M I N D

6. Bibliografisch en literatuuronderzoek

De studie wordt benaderd als een verkennend onderzoek waarin in een eerste fase naar literatuur wordt gezocht over de beleving van woningaanpassingen na een NAH en het daarbij horende proces. In een tweede fase wordt onderzoek gescreend dat zoekt naar aangepaste architectuur voor NAH en dat de bestaande instrumenten beschrijft om de leefomgeving en de mogelijkheden van een NAH-cliënt in kaart te brengen. Onderzoek bevestigt dat het huidige woonadvies plaatsvindt in een complex interdisciplinair systeem. Zowel de fysieke omgeving, de sociale omgeving als de NAH-cliënt staan in constante relatie en beïnvloeden elkaar (Klein & Young, 2015; Lipson-Smith et al., 2023). In de literatuurstudie worden eerst de beleving van de NAH-cliënt in kaart gebracht evenals de betrokken stakeholders voor woonadvies bij NAH. Nadat alle actoren bestudeerd zijn, wordt de stand van zaken omtrent wonen voor NAH-cliënten evenals de bestaande screeningsinstrumenten belicht.

6.1. De procesbeleving van het NAH-woonadvies van de NAH-cliënt

6.1.1. De NAH-cliënt

De NAH-cliënt is een overkoepelende term voor alle personen met een verworven hersenletsel. De oorzaken van dat hersenletsel kunnen heel divers zijn met uitzondering van een hersenletsel dat ontstaan is tijdens de zwangerschap of bij de geboorte. Het VAPH (2024) beschrijft NAH als een verzameling van hersenletsels die ten vroegste zes maanden na de geboorte zijn ontstaan. Voor het literatuuronderzoek ligt de focus op onderzoek naar niet-degeneratieve vormen van NAH (zoals cerebrovasculair accident (CVA), hersenletsel door een trauma, restletsels van hersenvliesontsteking...) en niet naar degeneratieve vormen van NAH (zoals multiple sclerosis (MS), ziekte van Huntington, ziekte van Parkinson, dementie...).

Het gebruik van de term NAH zegt niets over de ernst van de handicap. De gevolgen van een NAH kunnen variëren. Zowel de motoriek, waarneming, spraak, cognitieve functies, gedrag of een combinatie van verschillende factoren kunnen aangetast zijn en invloed hebben op het functioneren. Daarom kan dit ook leiden tot een grote diversiteit van impact op het vlak van fysisch, cognitief, emotioneel en psychosociaal handelen en functioneren. Dit zorgt voor veranderingen op diverse levensdomeinen en vraagt andere zorgnoden en -behoeften. Het is deze nieuwe context wat de uiteindelijke zorgzwaarte voor de NAH-cliënt bepaalt (VAPH, 2024f).

C O U R M I N D

6.1.2. Persoonlijke uitdagingen NAH-cliënt

De literatuur omschrijft revalidatie voor NAH-cliënten als een *“proces van actieve veranderingen”* (Lipson-Smith et al., 2021). Mensen ervaren het als een nieuwe bestaanswereld waarin ze plots terecht zijn gekomen, die nieuwe kennis en vaardigheden vereist (Lipson-Smith et al., 2021). Ze ervaren de NAH als een breuk in hun levenslijn, die zowel voor hen als voor hun context een verlieservaring betekent (Declerck, 2009). Echter deze nieuwe context impliceert niet dat NAH-cliënten een afhankelijkheid van een assistent of eerstelijnszorgverlener vragen. NAH-cliënten zijn geen passieve ontvangers van hulp en moeten betrokken worden als actieve deelnemers in het proces (Lipson-Smith et al., 2023). Onderzoek (Eliassen et al., 2023; Kylén et al., 2022) belicht diverse geconnecteerde uitdagingen die meespelen in dit proces van woningaanpassing en invloed hebben op de participatie van de NAH-cliënt: fysieke, emotionele, cognitieve en veiligheidsuitdagingen.

6.1.2.1. Fysieke uitdagingen

NAH-cijfers (Lafosse & Moeremans, 2002) tonen dat meer dan 60% van de NAH-cliënten last heeft van fysieke klachten met fysieke uitdagingen die vaak starten binnen de woning. Ainsworth et al. (2023) omschrijven een huis als een complexe omgeving waar fysieke barrières verhinderen dat de NAH-cliënt waardevolle activiteiten kan uitvoeren volgens eigen waarden en normen. Bovendien ervaart een NAH-cliënt met een niet-degeneratieve aandoening de letsels anders dan iemand met een andere chronische aandoening omdat het letsel heel plots is opgetreden en irreversibel is (Baert, 2002).

Klinische richtlijnen voor herstel na NAH, adviseren een doelgerichte praktijk en therapie met fysieke en cognitieve oefeningen (Lipson-Smith et al., 2021; Lipson-Smith et al., 2023). Een niet-aangepaste woning bemoeilijkt echter diverse fysieke acties. De activiteiten die het meest stuiten op beperkingen in de woonomgeving zijn gerelateerd aan het gebruiken van armen en handen (reiken, trekken en duwen van objecten) (Elf, Slaug, et al., 2023). Daarnaast toont onderzoek aan dat lopen (op verschillende oppervlakken) en het behoud van een lichaamspositie (zitten of staan) ook uitdagende acties zijn (Elf, Slaug, et al., 2023). Binnen de revalidatie geven NAH-cliënten aan dat het huishouden, tuinwerk en wandelingen behoren tot de dagelijkse fysieke activiteiten die ze beschouwen als uitdagingen om te herstellen (Kylén et al., 2022). Deze uitdagingen resulteren vaak in vallen, maar de relatie tussen actief vallen en de woonomgeving is nog onvoldoende onderzocht (Bernhardt et al., 2022).

Elf et al. (2022) tonen aan dat aangepaste instrumenten en samenwerking met de eerste lijn ervoor kunnen zorgen dat personen met NAH meer activiteiten terug kunnen uitvoeren en zo bijdragen tot een succesvolle fysieke revalidatie.

C O U R M I N D

6.1.2.2. Cognitieve uitdagingen

NAH-cliënten hebben vaak ook een cognitieve beperking. Dit wordt zowel door de NAH-cliënt zelf als door zijn/haar context ervaren en beschreven. Palm (2005) stelt dat 55% van de NAH-cliënten cognitieve problemen heeft waarvan 45% gedrags- en emotionele problemen (Lafosse & Moeremans, 2002; Palm, 2012). Uit een onderzoek van Vanheule, Wouters en Kelchtermans (2001) geven 79% van de bevroegde mensen met NAH aan, dat ze hun beroep niet meer kunnen uitvoeren. 36% geeft aan verminderd zelfredzaam te zijn en 82% antwoordt dat ze moeite hebben met communicatieve zelfredzaamheid (Vanheule et al., 2001). Onbegrip en moeite met inlevingsvermogen in de sociale omgeving zijn de vaakst voorkomende oorzaken. NAH kan invloed hebben op de kwaliteit van de gesproken taal zodat deze minder goed wordt geïnterpreteerd en begrepen. Daarom geven 70 % van de ondervraagden aan dat sociale contacten verminderen na een NAH .

Ondanks cognitieve drempels, voelen NAH-cliënten zich verantwoordelijk en erkend indien ze kunnen participeren in het totale begeleidingsproces voor hun dagelijkse activiteiten. Soms zoeken ze zelf oplossingen voor aanpassingen van woonomgevingen. Op die manier worden ze, zoals Ron Wakkary het definieert *“Everyday Designers”* (Wakkary, 2021; Wakkary, 2008) en creëren ze samen met hun sociale omgeving, waartoe ook de eerste lijn behoort een co-creatie van ontwerpen. Immers, de aanwezige professionele hulpverlener merkt deze oplossingen en problemen van de NAH-cliënt op. In de praktijk worden de ervaren problemen en de potentiële oplossingen vaak enkel besproken tussen de hulpverlener en de mantelzorger. De NAH-cliënt wordt niet of weinig betrokken. Op deze manier hypothekeert de eerstelijnsverzorger (ongewild) de participatie van de NAH-cliënt. Er zijn drie grote aspecten die zullen bepalen of NAH-cliënten het gevoel van controle en keuze blijven hebben: 1. Voorzien van opties, 2. Samenhangende informatie en beleving, 3. Gebruikscomfort zodat alles makkelijk verstaanbaar en bruikbaar is (Zadoks & Gijzen, 2015).

6.1.2.3. Emotionele uitdagingen

Emotioneel welzijn wordt als een zeer belangrijke factor beschouwd in het revalidatieproces van NAH-cliënten (Lipson-Smith et al., 2021). Hun stemming en of ze zich betrokken voelen of vervelen, draagt bij tot het revalidatieproces evenals de herkenbaarheid van de vertrouwde woonomgeving en het creëren van een betekenisvolle context zal bijdragen tot een sneller herstel (Elf, Slaug, et al., 2023).

Kort na het NAH-trauma, zal de NAH-cliënt zelf vaak focussen op de acceptatie van een nieuwe fysieke en mentale conditie (Van Bost et al., 2005). Het is een groei- en leerproces

om te aanvaarden wat de nieuwe blijvende lichamelijke condities zijn. Het geloof in een volledig herstel blijft voor lange tijd een hoopgevende factor. Daarom zal en kan niet iedereen tijdens of onmiddellijk na de revalidatie, de woonnoden inschatten. Het is vaak pas na een inlooperperiode dat

C O U R M I N D

de mantelzorger, eerstelijnsverzorger en NAH-cliënt nood aan woonondersteuning ervaren en accepteren (Van Bost et al., 2005).

Onderzoekers hebben aangetoond dat depressie zeer vaak voorkomt na NAH (Chun et al., 2022; Seale et al.). Echter, het herstel van bijvoorbeeld een mentale depressie kan zorgen voor het uitstellen van een woonaanpassingsplan en het niet willen of kunnen betrekken van de NAH-cliënt tijdens het proces. Naast depressieve gevoelens kunnen gevoelens van zwakte, vermoeidheid en frustratie plaatsvinden (Singam et al., 2015 in Kylén et al., 2022). NAH-cliënten ervaren bovendien vaak eenzaamheid. Het is opmerkelijk dat onderzoek aantoonde dat ze daarom in een ziekenhuisomgeving soms een tweepersoonskamer verkiezen boven een éénpersoonskamer (Anaker et al., 2019; Bernhardt et al., 2022). Een thuisomgeving kan ondervangen door sociaal contact te stimuleren en de juiste woonaanpassingen in de omgeving uit te voeren. Literatuur toont aan dat alle emotionele uitdagingen een onvermijdelijke impact hebben op het proces van woningaanpassing.

6.1.2.4. Veiligheidsuitdagingen

Door het mentale aanvaardings- en herstelproces, hebben heel wat NAH-cliënten een beperkt of geen ziekte-inzicht (Van Bost et al., 2005). Dit kan overmoedige acties creëren en daarom onveilige situaties veroorzaken in de woonomgeving. Het bemoeilijkt het opstellen van een realistisch woningaanpassingsplan (Vanheule et al., 2001). Ondanks een beperkt ziekte-inzicht geven 15% van de bevraagde NAH-cliënten in een enquête van de Hersenletsel liga toch aan dat ze zich onveilig voelen in hun eigen leefomgeving (Hersenletselliga vzw, 2023).

6.1.3. Persoonlijke levenswaarden, doelen en eigenwaarde NAH-cliënt

Persoonlijke levenswaarden worden vaak buiten beschouwing gelaten bij het geven van woonadvies (Kylén et al., 2022). Studies hebben aangetoond dat er nood is aan een holistische strategie en aanpak voor revalidatie die het belang van sociale, cognitieve en psychologische aspecten in de revalidatie en de levenskwaliteit in rekening nemen (Lawrence en Kinn, 2012 in Kylén et al., 2022). Onderzoek toont tevens aan dat de meeste aanpassingen enkel gebeuren in functie van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) (Chiatti & Iwarsson, 2014). Er zijn echter heel wat andere activiteiten die voor de persoon met NAH relevant en waardevol kunnen zijn. Bijvoorbeeld:

- *Een persoon die altijd in de tuin heeft gewerkt, wil- nu hij rolstoelafhankelijk is-, zelfstandig naar zijn tuin kunnen rijden zonder daarbij hulp te moeten vragen aan toevallige aanwezigen in de woning.*
- *Hoewel iemand ondersteuning krijgt voor het bereiden van maaltijden, kan het voor die persoon heel belangrijk zijn om zelfstandig een kleine actie in de keuken uit te voeren.*

4 O U R M I N D

voeren of om in staat te zijn om met iemand mee te helpen in de bereiding van een maaltijd.

- *Voor een jonge mama kan het belangrijk zijn om wasmachine en droogkast vlot vanuit de rolstoel te kunnen bedienen. Zo kan ze haar taak als mama, het wassen en drogen van kledij van haar twee kindjes zelf uitvoeren. Het gevoel iets te betekenen in plaats van afhankelijk te zijn, verbetert de kwaliteit van leven voor de persoon met NAH.*

Het in kaart brengen van de levensdoelen, bestaand of nieuw, zal een belangrijke factor vormen bij het succes van waardevol woonadvies.

6.1.4. De rol van de sociale context en omgeving.

Thuiskomen na NAH, in de vertrouwde omgeving kan een heel stressvol moment zijn omdat veel NAH-cliënten zich ontoereikend ondersteund voelen door hun familie of door de omgeving (Elf, Slaug, et al., 2023; Lindblom et al., 2020; Meijering et al., 2016). In een enquête door de Hersenletselliga geven 35% van bevraagde NAH-cliënten aan dat ze een gebrek aan sociaal netwerk ervaren (Hersenletselliga vzw, 2023).

Herstel na een hersenletsel verloopt echter beter indien familie, vrienden of het zorgnetwerk samenwerken met zorgprofessionals (Elf et al., 2022). Wanneer er een inwonende mantelzorger aanwezig is, zal dit in belangrijke mate de kwaliteit van leven voor het hele gezin verhogen. Het sociaal netwerk is dus heel belangrijk voor de levenskwaliteit.

Onderzoek (Baert, 2002) toont aan dat 93 % van de vrije tijd van mantelzorgers opgaat in de verzorging van de persoon met NAH. De noden en de stem van de mantelzorger en het netwerk dienen in het woonadvies dus een belangrijke plaats te krijgen (Ainsworth et al., 2023).

6.1.5. Participatie in het woonadvies

Kylén et. al (2022) hebben onderzoek gevoerd waarin duidelijk wordt dat NAH-cliënten eerder worden geïnformeerd dan betrokken in het proces van wonen. Zoals hierboven aangehaald, wordt dit vaak veroorzaakt door de (beperkte) cognitieve mogelijkheden en de emotionele uitdagingen van de NAH-cliënt. Studies tonen aan dat NAH-cliënten zomaar voorschriften ontvangen van hulpmiddelen zonder hierbij betrokken te worden, wat de revalidatie niet ten goede komt (Kubina et.al. 2013 in Elf et al., 2022). Als er dringende ingrepen in de woonomgeving nodig zijn, wordt dat in het beste geval met de NAH-cliënt en de sociale en professionele context besproken (Chouliara et al., 2023).

Ook in België geeft 25% van de NAH-cliënten aan dat ze geen of onvoldoende vrije keuze hebben over hun woonsituatie en bijna de helft kan geen activiteiten ondernemen die ze zouden willen uitvoeren (Hersenletselliga vzw, 2023). De gezondheidszorg kent een cultuur die NAH-cliënten reduceert tot een “lichaam” gefocust op problemen in plaats van mogelijkheden en de

4 O U R M I N D

betrokkenheid in het volledige proces (Pluut, 2016 in Elf et al., 2022). Richtlijnen voor NAH (Bernhardt et al., 2022; Feigin et al., 2022) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2001) sturen aan op het gebruik van een bio psychosociaal model waarin de omgeving meegenomen wordt bij het analyseren van een activiteit en waarin de participatie in de maatschappij een doel is van de revalidatie (Kylén et al., 2022). Onderzoek (Chiatti & Iwarsson, 2014) toont echter aan dat de meeste aanpassingen gebeuren in functie van ADL activiteiten. Er kan desalniettemin ook nood zijn aan aanpassingen in functie van het bevorderen van de participatie. Zo omschrijft Creek (2010a) het handelingsgebied ‘uitvoeren van dagelijkse activiteiten’ en het handelingsgebied ‘vrije tijd en productiviteit’. Aanvullend worden ook activiteiten en doelen omschreven, waarbij meer complexe activiteiten voor zelfstandig leven, vervat zitten, met name Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (I-ADL) (Erlandsson & Christiansen, 2015). Andere auteurs verwijzen naar acht verschillende handelingsgebieden, ADL, I-ADL, rust en slaap, vormingen & opleiding, werken (al dan niet betaald), spel, ontspanning en sociale participatie (American Occupational Therapy Association, 2014).

Zo is er bijvoorbeeld een cliënt die voor zijn bedrijf heel wat computertaken uitvoert in zijn eigen kantoor thuis en daarnaast verantwoordelijk is voor de administratie van het gezin. Hij wil deze rol nog kunnen uitvoeren na de woningaanpassing, ondanks zijn blijvende mobiliteitsproblemen. Het kantoor moet toegankelijk zijn voor zijn rolstoel, zijn bureel moet aangepast zijn om er vlot met de rolstoel onder te rijden.

6.2. De context en het standpunt van de eerstelijnszorg in het NAH-woonadvies

6.2.1. Wat is eerstelijnszorg?

Algemeen wordt de eerstelijnszorg gedefinieerd als: “De zorg en ondersteuning die zich richt op personen die behoefte hebben aan laagdrempelige, breed toegankelijke, ambulante en generalistische zorg en ondersteuning voor gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen, zowel van fysieke, psychologische als sociale aard, die wordt aangeboden door eerstelijnszorgaanbieders, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder.” (Vlaams Parlement, 2019). Vlaanderen is ingedeeld in 60 eerstelijnszones (ELZ's) waar vertegenwoordigers van eerstelijnsgezondheidszorg- en welzijnsaanbieders, personen met een zorg- of ondersteuningsnood en lokale besturen elkaar ontmoeten in zorgraden. Verder wordt voorzien in overkoepelende regionale zorgplatformen en in een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL). De zorgraden, hebben o.a. als prioritaire opdracht om inhoudelijke afstemming tussen zorg- en welzijnsactoren te bevorderen en instrumenten aan te

4 O U R M I N D

reiken om bijvoorbeeld geïntegreerde en buurtgerichte zorg, zo effectief mogelijk te maken (Mylle, 2020).

De eerste lijn vormt een steeds belangrijkere schakel in de gezondheidszorg van onze maatschappij. Het laatste decennium ontstaat een duidelijke verschuiving van intramurale zorg naar zorg die in de thuissituatie voorzien wordt.

Het agentschap Zorg en Gezondheid definieert de eerste lijn als volgt (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017a, 2017b):

- *Verwijst naar rechtstreeks toegankelijk, ambulante, generalistische zorg voor niet-gespecificeerde gezondheids- of welzijn (gerelateerde) problemen, zowel van fysieke, psychologische als sociale aard;*
- *Vormt in de regel het eerste contact met professionele zorg;*
- *Kan diagnostische, curatieve, revaliderende en palliatieve zorgverlening aanbieden voor het overgrote deel van de problemen;*
- *Biedt preventie voor individuen en risicogroepen in de eigen populatie;*
- *Houdt rekening met de persoonlijke en sociale context van de mensen;*
- *Verzekert de continuïteit van zorg over de tijd en tussen zorgaanbieders;*
- *Ondersteunt de informele zorg rondom de patiënt.*

Met het oog op een duurzame en professionele werking van de gezondheidszorg verdelen Bodenheimer and Sinsky (2004) de eerstelijnszorg in vier doelstellingen:

1. **De mensgerichte benadering van eerstelijnszorg:** Het verbeteren van de zorg die door het individu wordt ervaren.
2. **De zorgbeleving van de patiënt:** Het verbeteren van de gezondheidstoestand op bevolkingsniveau met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid.
3. **De kwaliteit van de zorg:** Het realiseren voor de patiënt van meer “waarde” op het vlak van gezondheid met de ingezette middelen
4. **Het systeem en proces:** Ervoor zorgen dat professionals in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.

Deze doelstellingen hebben raakvlakken met de 5 hoofddoelen van dit onderzoek. De eerste doelstelling stemt overeen met de algemene benadering van dit onderzoek. Evenals kan het samen met de tweede doelstelling gelinkt worden aan de beleving van het NAH-woonadvies door de NAH-cliënt zelf. De dialoog tussen de architecturale context en de NAH-cliënt ondersteunt de kwaliteit van de zorg. Ook het gebruik van screeningsinstrumenten voor NAH-woonadvies ondersteunt kwaliteit van zorg en draagt bij aan het systeem en het proces.

C O U R M I N D

6.2.2. Wie is de eerstelijnsverzorger?

In Vlaanderen bestaat een goed uitgebouwde eerste lijn. Verschillende disciplines hebben heel wat expertise: huisartsen, verpleegkundigen, apothekers, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, sociaal werkers, eerstelijnspsychologen, verzorgenden, zorgkundigen, logopedisten, podologen, ... behoren allemaal tot de eerste lijn. Bepaalde centra hanteren ook het principe van multidisciplinaire teams met een diversiteit aan eerstelijnsverzoekers die zowel in het ziekenhuis als in de thuisomgeving werken.

Het belangrijkste kenmerk van zorgaanbieders in de eerste lijn is hun directe toegankelijkheid voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (PZON). Er is een directe communicatie en ze kunnen de best passende zorg zelf geven of gericht doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder in de eerste lijn of naar de meer gespecialiseerde zorg (tweede lijn) (Gezondheid, 2017).

6.2.3. Eerstelijnszorg in relatie tot NAH-cliënt

Deze directe relatie tussen de eerstelijnszorg en de NAH-cliënt, staat in de literatuur gekend als de NAH-cliënt-participatie tussen zorgverlener en NAH-cliënt (Mold et al., 1991). Bij 54% van de NAH-cliënten zijn minstens drie verschillende hulpverleners aanwezig in de thuiscontext (Baert, 2002; Van Hove, 2002). NAH-cliënten hebben vaak op diverse domeinen zorg en ondersteuning nodig. Zo kan bijvoorbeeld een kinesist aan huis komen in functie van revalidatie van mobiliteit, terwijl een zorgkundige de huishoudelijke taken kan opnemen van de NAH-cliënt (koken, wassen, poetsen, medicatie, verzorging ,...).

Lange tijd lag de focus enkel op een ziekte die moest genezen worden (De Vriendt et al., 2019), maar hierbij werd geen aandacht geschonken aan een nieuwe handelingscontext. De huidige benadering streeft ernaar met NAH-cliënten op zoek te gaan naar hoe te leven mét die aandoeningen, en hoe dit leven zo autonoom, zo betekenisvol en zo haalbaar mogelijk te maken. De Vriendt et al. (2019) stellen dat men niet mag vertrekken van een abstract gezondheidsideaal, maar op de persoonlijke doelen gericht op alles wat diens levenskwaliteit en participatie aan de maatschappij kan optimaliseren, soms stabiliseren. Essentieel is dat de NAH-cliënt de sturende kracht is bij de bepaling van de doelen. De NAH-cliënt wil en kan zijn levensdoelen kenbaar maken, met of zonder de ondersteuning van de sociale context. Vanzelfsprekend komen ook de vragen van de context van de PZON aan bod, de mantelzorger, de familie en de betrokken hulpverleners. Deze laatsten moeten daarbij intensief samenwerken.

6.3. Betrokken stakeholders in NAH-woonadvies

Recent beleidsadvies in de zorg, stuurt in verschillende landen aan op het minimaliseren van ziekenhuisverblijven en om zo snel mogelijk in de thuisomgeving te herstellen, onder de richtlijn "Early Supported Discharge" (ESD). Deze richtlijn ambieert om NAH-cliënten zo snel en zo lang

4 O U R M I N D

mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017a; Elf et al., 2022; Nergårdh et al., 2018; OECD, 2017). Ook in Vlaanderen erkent het meest recente beleidsadvies het belang en de groei van de eerstelijnszorg die mensen thuis ondersteunt (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017a). Er werd al dieper ingegaan op de positie van de eerste lijn. In deze sectie worden de meest relevante actoren die betrokken kunnen worden in woonadvies kort toegelicht. De focus ligt op zorgverleners die in de woonomgeving ondersteuning bieden. In de context van NAH-woonadvies onderscheiden we drie grote groepen van stakeholders:

1. Zorgverleners

- Ziekenhuizen
- Revalidatiecentra of -afdelingen
- Zelfstandige ergotherapeuten
- Zelfstandige kinesisten
- Thuiszorg
- Thuisverpleging
- Ziekenfonds

2. Dienstverleners

- Diensten met handicap specifieke expertise
- Architecten
- Aannemers en bedrijven

3. Overheden

- Stad of gemeente: omgevingsloket of woonloket
- VAPH

We geven een overzicht van hun link met NAH-cliënten aan de hand van volgende thema's:

- Algemeen doel van de stakeholder in een NAH-context
- Rol van de stakeholder in NAH-woonadvies
- Relevante regelgeving en beleid in NAH-context voor stakeholder

C O U R M I N D

6.3.1. Stakeholders: zorgverleners

6.3.1.1. Ziekenhuizen

- **Algemeen doel van de stakeholder in een NAH-context**

Een ziekenhuis kan de eerste acute zorg toedienen en eventueel onmiddellijk operatief ingrijpen. Afhankelijk van de ernst worden eveneens vervolgstappen gezet.

- **Rol van de stakeholder in NAH-woonadvies**

Huidig beleid stuurt aan om NAH-cliënten zo snel mogelijk te integreren in hun eigen context. In het ziekenhuis neemt de maatschappelijk werker samen met de ergotherapeut het voortouw in de Early Supported Discharge (ESD)-voorbereiding. Het advies omvat onder meer het opstellen van een multidisciplinair interventieteam om de overgang van ziekenhuis naar thuisrevalidatie te faciliteren en intensieve ondersteuning thuis mogelijk te maken. Dit multidisciplinair team bestaat bijvoorbeeld uit logopedisten, fysiotherapeuten, kinesisten, ergotherapeuten, verplegers... Het team zal samen met de NAH-cliënt en de sociale omgeving in het ziekenhuis afspraken maken. Indien de NAH-cliënt geen sociaal netwerk heeft, zal de sociale dienst van het ziekenhuis de verantwoordelijkheid opnemen in ondersteuning naar woonadvies.

De zorgbudgetten voor ziekenhuizen en de eerste lijn staan met elkaar in relatie zoals cumulerende vaten. Een verschuiving van activiteiten en volumes vanuit de intramurale zorg naar de thuissituatie betekent ook een verschuiving van budget van het ziekenhuiswezen naar de eerste lijn. Kortere opnames in het ziekenhuis verhogen de kosten in de eerstelijnszorg.

Hoewel de ESD een internationale richtlijn is, wordt deze in de praktijk nog maar zelden geïmplementeerd (Kylén et al., 2022). In Nederland en Vlaanderen zijn dergelijk teams nog niet uitgerold. De NAH-cliënt krijgt intensieve revalidatie in het ziekenhuis of wordt doorverwezen naar een revalidatiecentrum (van het ziekenhuis of extern) of de thuisomgeving.

- **Relevante regelgeving en beleid in NAH-context voor stakeholder**

Indien het ziekenhuis erkend is als multidisciplinair team (MDT) kan het ziekenhuis bepaalde aanvragen voor erkenning en terugbetaling in het kader van woonadvies aanvragen voor de NAH-cliënt bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Dit wordt hieronder gespecificeerd. Veel ziekenhuizen hebben die erkenning echter niet en kunnen dan doorverwijzen naar andere instanties.

6.3.1.2. Autonome revalidatiecentra en revalidatiecentra binnen een ziekenhuis

- **Algemeen doel van de stakeholder in een NAH-context**

In revalidatiecentra worden NAH-cliënten begeleid bij het herstel na een NAH. Revalidatiecentra zijn verbonden aan een ziekenhuis of bestaan autonoom. Het doel van revalidatie is de NAH-cliënt zo zelfstandig mogelijk maken. De NAH-cliënt leert omgaan met de gevolgen van een (chronische) aandoening of beperking (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017a, 2017b).

C O N T E N T

▪ Rol van de stakeholder in NAH-woonadvies

Het revalidatiecentrum stelt voor elke individuele zorgvrager een revalidatieprogramma op. Dit programma is intensief en beperkt in duur.

Het omvat een aantal tussenkomsten van artsen, kinesitherapeuten, psychologen, ergotherapeuten en sociale werkers. Per aandoening is er een maximumduur bepaald voor het revalidatieprogramma.

Op het einde van de revalidatie maakt het centrum een eindbalans op, dat onder meer raadgevingen bevat voor re-integratie van de NAH-cliënt. Ontslag wordt voorbereid door het revalidatieteam, zodat de NAH-cliënt via de eerste lijn voldoende ondersteuning en advies krijgt om thuis goed te functioneren.

▪ Relevante regelgeving en beleid in NAH-context voor stakeholder

Het Belgisch Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) is een openbare instelling voor sociale zekerheid die onder andere instaat voor terugbetalingen en uitkeringen.

Medewerkers van revalidatiecentra mogen samen met de NAH-cliënt aan huis gaan in het kader van de re-integratie naar de eigen woning. Revalidatiecentra werken met een prestatieregeling. Huisbezoeken worden door het RIZIV vergoed op dezelfde manier als een dag binnen het revalidatiecentrum (RIZIV, 2025a).

Ambulante revalidatiediensten zijn erkend en gefinancierd door de Vlaamse Sociale Bescherming, (VSB). De revalidatiecentra kunnen eveneens een erkenning als MDT aanvragen bij het VAPH om aanvragen voor erkenning handicap en terugbetaling woningaanpassingen in orde te mogen brengen (zie onder).

6.3.1.3. Zelfstandige ergotherapeuten

▪ Algemeen doel van de stakeholder in een NAH-context

In Vlaanderen bevorderen zelfstandig ergotherapeuten de zelfstandigheid en levenskwaliteit van individuen die beperkingen ervaren in hun dagelijkse activiteiten. Ze bieden op maat gemaakte interventies aan personen van alle leeftijden met diverse fysieke, cognitieve of psychosociale uitdagingen (Claeys et al., 2018). Belangrijke taken van zelfstandig ergotherapeuten zijn:

- Behandeling en begeleiding: behandelen, begeleiden en adviseren.
- Advies en preventie omtrent ergonomie, hulpmiddelen en aanpassingen in de leefomgeving om de zelfstandigheid en veiligheid van NAH-cliënten te vergroten. Daarnaast spelen ze een preventieve rol door het voorkomen van verdere beperkingen en het bevorderen van gezond gedrag.
- Samenwerking en doorverwijzing met en naar andere zorgverleners en instanties om een geïntegreerde zorgverlening te garanderen (Claeys et al., 2018).

C O U R S U S

- **Rol van de stakeholder in NAH-woonadvies**

Zelfstandige ergotherapeuten willen het wonen van de NAH-cliënt optimaliseren en helpen om dagelijkse activiteiten mogelijk te maken. Ze doen dat meestal in de eigen omgeving van de NAH-cliënt en passen de omgeving aan, zodat de NAH-cliënt met maximale mogelijkheden kan participeren aan het dagelijkse leven. Ze geven advies over ergonomie, hulpmiddelen en potentiële aanpassingen en zetten zo meer in op de zelfstandigheid en de veiligheid van hun NAH-cliënten (Claeys et al., 2018).

- **Relevante regelgeving en beleid in NAH-context voor stakeholder**

Onmiddellijk na een langdurige revalidatie heeft de NAH-cliënt recht op een beperkt aantal terugbetaalde prestaties door een zelfstandig ergotherapeut (RIZIV, 2024b). Een voorschrift van een revalidatiearts is noodzakelijk en de behandeling moet doorgaan in de eigen omgeving van de NAH-cliënt. Tot maximum zes maanden na de revalidatie zijn deze prestaties mogelijk. De regelgeving zegt hier dat het moet gaan om advies en trainen van vaardigheden (Claeys et al., 2018). De RIZIV-regelgeving voor ergotherapeuten in de thuiszorg is beperkt, wat wil zeggen dat slechts een deel van de ergotherapeutische diensten, aangeboden door zelfstandig ergotherapeuten vergoed worden (Claeys et al., 2018).

6.3.1.4. Zelfstandig kinesitherapeut

- **Algemeen doel van de stakeholder in een NAH-context**

De kinesist of kinesitherapeut is er voor NAH-cliënten met letsels in het bewegingsstelsel en gaat aan huis wanneer men niet in staat is zich naar de praktijk te verplaatsen. De kinesist is één van de eerstelijnsactoren die de nood aan een woningaanpassing kan detecteren bij het trainen in de thuiscontext (Federale Raad voor de Kinesitherapie, 2016).

- **Rol van de stakeholder in NAH-woonadvies**

Een kinesist speelt een cruciale rol in de revalidatie van de NAH-cliënt omdat hij/zij zich richt op het verbeteren van motorische functies en het bevorderen van de zelfstandigheid van de patiënt (Federale Raad voor de Kinesitherapie, 2016). Kinesisten kunnen samen met de NAH-cliënt en andere professionals zoeken naar de best mogelijke oplossingen voor uitdagingen in de woonomgeving.

- **Relevante regelgeving en beleid in NAH-context voor stakeholder**

De RIZIV-regelgeving voor kinesisten is beperkt, wat wil zeggen dat slechts een beperkt aantal prestaties vergoed worden. De volledige opvolging van het traject van woonadvies door een kinesist wordt niet vergoed.

C O U R M I N D

6.3.1.5. Thuiszorg

▪ **Algemeen doel van de stakeholder in een NAH-context**

In Vlaanderen kan iedereen die in zijn thuissituatie vanuit een bepaalde zorgbehoefte nood heeft aan hulp, zich richten tot een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Wie hulp vraagt aan deze diensten zal thuis een sociaal onderzoek krijgen met focus op:

- de zorgbehoefte
- de familiale en sociale situatie
- de woonsituatie (type woning, aanwezigheid sanitaire voorzieningen, huisdieren,...)
- de hulp van een mantelzorger of een professionele hulpverlener

Op basis van dat onderzoek bepaalt de medewerker van de dienst welke en hoeveel hulp noodzakelijk is. Dit wordt elk jaar herhaald, zodat de hulpverlening mee evolueert naarmate er meer of minder hulp nodig is (Vlaanderen, 2024c). Een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg kan helpen met:

- persoonsverzorging (wassen, aankleden, verzorging, ...)
- hulp in het huishouden (koken, wassen en strijken, ...)
- de schoonmaak van het huis (poetsen, stof afnemen en stofzuigen, ...)
- bij uitzondering: oppas
- huishoudelijke karweitjes

▪ **Rol van de stakeholder in NAH-woonadvies**

De medewerkers van deze diensten komen zeer frequent bij NAH-cliënten aan huis en ervaren de problemen die de NAH-cliënt heeft bij het uitvoeren van activiteiten en de problemen die er zijn om op een goede en ergonomische manier verzorging te kunnen bieden. Ze bouwen een vertrouwensrelatie op met de NAH-cliënt en kunnen de nood aan woonadvies detecteren en een belangrijke partner zijn in heel het proces.

Door hun warm contact kunnen ze moeilijke situaties bespreekbaar maken. Ze gaan samen met de NAH-cliënt op zoek hoe een misschien heel confronterend probleem aangepakt kan worden. Ze zijn de eerste stap in het initiëren van het woonadvies.

▪ **Relevante regelgeving en beleid in NAH-context voor stakeholder**

Er wordt een gebruikersbijdrage per uur gezinszorg gevraagd en dat op basis van het inkomen van de NAH-cliënt. Alle diensten zijn verplicht om voor de bepaling van deze bijdrage hetzelfde berekeningssysteem toe te passen (Vlaanderen, 2024c).

Aanvullende thuiszorg wordt eveneens per uur aangerekend, maar hiervoor bestaat geen algemeen geldend berekeningssysteem. Elke dienst bepaalt zelf hoe de bijdrage wordt berekend. De diensten

C O U R M I N D

moeten bij de bepaling van die bijdrage wel minimaal rekening houden met het inkomen en de gezinssamenstelling (Vlaanderen, 2024c).

In de regelgeving wordt niet verwezen naar een mandaat van deze dienst in het adviseren en opvolgen van woonadvies bij NAH-cliënten. De medewerker is niet opgeleid rond de regelgeving van hulpmiddelen en aanpassingen. Verschillende diensten thuiszorg hebben specifieke teams die kiezen om bij personen met een handicap te werken. Door deze ervaring te delen, weten de medewerkers wel dat bepaalde hulpmiddelen bestaan en terugbetaald kunnen worden. Het project NAHdine als pilootproject binnen het project "Go Ergo, Go!" (De Baets et al., 2023) toont dat er op diverse momenten intervisies bij de NAH-cliënt georganiseerd worden waarbij hulpmiddelen besproken worden (De Baets et al., 2023). Deze intervisies zorgen ervoor dat medewerkers alert zijn en de cliënt kunnen informeren. Andere diensten zullen echter aangesproken moeten worden om het proces te ondersteunen, thuiszorgdiensten hebben geen mandaat om de opvolging van woonadvies op zich te nemen (De Baets et al., 2023).

6.3.1.6. Thuisverpleging

- **Algemeen doel van de stakeholder in een NAH-context**

Thuisverpleging kan aangeboden worden door een zelfstandige verpleegkundige of door een verpleegkundige in loondienst bij een organisatie (Wit-Gele Kruis, I-mens,...). Een verpleegkundige kan geneesmiddelen of insputingen toedienen, wonden verzorgen, palliatieve zorgen verlenen, ... Naast verpleegkundige zorg moeten de verpleegkundigen ook aandacht hebben voor gezins- en sociale omstandigheden.

Ze kunnen specifiek langskomen voor de verzorging van een wonde, voor het geven van bepaalde injecties. Ze doen de dagelijkse hygiënische zorg en volgen de medicatie op.

Meestal komen ze op regelmatige basis en meerdere keren per dag langs bij NAH-cliënten die problemen ervaren op vlak van persoonlijke redzaamheid.

Een dienst voor thuisverpleging groepeerde een aantal thuisverpleegkundigen die ofwel als werknemer voor de dienst werken, ofwel als zelfstandige met de dienst samenwerken. Zo werken de verpleegkundigen beter met elkaar samen en kunnen ze elkaar helpen, ondersteunen of vervangen waar nodig. De dienst voor thuisverpleging bewaakt de kwaliteit en de continuïteit van de dienstverlening (Vlaanderen, 2024b).

- **Rol van de stakeholder in NAH-woonadvies**

Net zoals bij gezinsondersteuning hebben thuisverpleegkundigen door langdurig en frequent contact een goede band met de NAH-cliënt. Verpleegkundigen stellen problemen vast rond verzorging en het uitvoeren van activiteiten in de wooncontext.

De verpleegkundigen komen in de vertrouwde omgeving van de NAH-cliënt om verpleegkundige handelingen te stellen, ze hebben een belangrijke signaalfunctie. Ze kunnen het proces tot

C O U R M I N D

woningaanpassing initiëren en een partner zijn doorheen het traject (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017a).

- **Relevante regelgeving en beleid in NAH-context voor stakeholder**

Ook de diensten van thuisverpleegkundigen worden door het RIZIV bepaald in een prestatielijst. De erkende diensten worden vergoed. Het geven van advies rond woningaanpassing of het opvolgen van een dergelijk traject is niet opgenomen in de prestatielijst en wordt bijgevolg niet vergoed (RIZIV, 2025b).

6.3.1.7. Ziekenfonds

- **Algemeen doel van de stakeholder in een NAH-context**

Elke inwoner van België die 25 jaar of ouder is, of die werkt is verplicht zich aan te sluiten bij een ziekenfonds naar keuze. Ziekenfondsen zijn de ziekteverzekering voor elke inwoner van België.³

Ziekenfondsen hebben in België diverse opdrachten. Zo beschikken ziekenfondsen over een dienst maatschappelijk werk. Deze dienst kan advies geven rond sociale administratie zoals zorgverzekering, kinderbijslag, ziekte of invaliditeitsverzekering en inschrijving bij het VAPH. Bij cliënten die plots met een NAH worden geconfronteerd, is er voor de maatschappelijk werker heel wat werk om alle administratie in orde te brengen (RIZIV, 2024a) .

- **Rol van de stakeholder in NAH-woonadvies**

De diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds bieden hulp- en dienstverlening aan NAH-clieënten en mantelzorgers. Zo zorgen zij dat een erkenning handicap of dat de terugbetaling van hulpmiddelen en aanpassingen worden aangevraagd bij het VAPH.

Indien de NAH-clieënt bijdragen betaalt is de ondersteuning van dat ziekenfonds gegarandeerd.

- **Relevante regelgeving en beleid in NAH-context voor stakeholder**

Elk ziekenfonds heeft een erkenning als MDT aangevraagd bij het VAPH en mag bijgevolg hulp bieden bij het aanvragen van bepaalde erkenningen en terugbetalingen bij het VAPH (zie onder).

³ De Christelijke mutualiteit spreekt vandaag over de gezondheidsverzekering. Ze willen de klemtoon eerder leggen op gezondheid in plaats van op ziekte.

4 O U R M I N D

6.3.2. Stakeholders: dienstverleners

6.3.2.1. Diensten met handicap specifieke expertise

- **Algemeen doel van de stakeholder in een NAH-context**

Als persoon met een beperking kan je onder bepaalde voorwaarden (zie onder) beroep doen op handicap specifieke expertise. Zo kunnen NAH-cliënten specifieke ondersteuning krijgen voor een woningaanpassing. Dit zijn bijvoorbeeld consultcentra, de hersenletsellijn, thuisbegeleidingsdiensten voor personen met NAH of neuromotorische problemen.

- **Rol van de stakeholder in NAH-woonadvies**

De NAH-cliënt kan contact opnemen met deze diensten in functie van woonadvies. Deze diensten beschikken over paramedische en handicap specifieke kennis en kunnen aan de hand van screeningsinstrumenten de mogelijkheden van de NAH-cliënt in kaart brengen. Ze kunnen de noden inventariseren en afstemmen met de betrokkenen. Ze kunnen samen met cliënt en context de woonvraag verkennen/opvolgen en de cliënt doorverwijzen naar een MDT voor verdere ondersteuning en opvolging van het woonadvies. Verder bieden ze ook psychosociale of administratieve ondersteuning.

- **Relevante regelgeving en beleid in NAH-context voor stakeholder**

Organisaties die handicap specifieke expertise aanbieden vallen onder het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Het VAPH erkent, vergunt en subsidieert organisaties die de participatie, integratie en gelijke kansen van personen met een handicap nastreven. Woonadvies valt onder dat luik. Verder wordt beschreven wie op welke manier beroep kan doen op deze diensten van het VAPH en hiervoor ook financieel een tegemoetkoming krijgt.

6.3.2.2. Architecten

- **Algemeen doel van de stakeholder in de NAH context**

Volgens de Belgische wetgeving is iedere bouwer of verbouwer verplicht om beroep te doen op een architect voor elke bouw of verbouwing waarvoor een omgevingsvergunning vereist is – behalve voor de wettelijk vastgestelde uitzonderingen (Orde van Architecten, 2025). Een architect zal luisteren naar de wensen van de klant, in deze de NAH-cliënt en diens omgeving (mantelzorger, gezin,...). Er bestaan momenteel geen specifieke trajecten of begeleidingen die de expertise van een architect ondersteunen in de context van NAH. De architect zal bijgevolg de noden en wensen van de NAH-cliënt zo goed mogelijk vertalen naar een realiseerbaar ontwerp, net zoals hij of zij dit voor andere klanten doet.

- **Rol van de stakeholder in kader van NAH woonadvies**

Een architect brengt de wooncontext in kaart en zal de wensen en noden van de NAH-cliënt en zijn omgeving vertalen in een nieuw project waarbij rekening gehouden wordt met huidige vragen en ook toekomstige noden. De architect wordt verondersteld hierop te anticiperen. Echter, momenteel

4 O U R M I N D

is de kennis van Universal Design of Ontwerpen voor iedereen bij architecten, sterk afhankelijk van het curriculum en de docenten die al dan niet aandacht besteden aan het ontwerpen voor iedereen. Om de participatie van de NAH-cliënt te maximaliseren, communiceert de architect idealiter op regelmatige basis met de NAH-cliënt en dienst context.

- **Relevante regelgeving en beleid in NAH-context voor stakeholder**

Om een bouwproject te realiseren in het kader van een NAH-woningaanpassing, wordt de kost van een architect niet vergoed. De NAH-cliënt staat zelf in voor de financiering van de architect.

6.3.2.3. Aannemers en bedrijven

- **Algemeen doel van de stakeholder in de NAH context**

Na de conceptualisatie van het bouwproject, zal de uitvoering plaatsvinden. Tenzij de bouwheer aangeeft alles in eigen aanneming uit te voeren, zullen in de volgende bouwfases, bedrijven en aannemers aangeschreven worden die de uitvoering kunnen realiseren. In de literatuur worden deze bedrijven niet vermeld, maar de praktijkervaring leert dat ze een cruciale rol spelen in het proces van woonadvies, met name betreffende het adviseren, plannen en uitvoeren van de werken.

- **Rol van de stakeholder in kader van NAH woonadvies**

De architecten zijn tien jaar verantwoordelijk voor het concept en de uitvoering van bouwprojecten, tenzij er geen structurele wijzigingen werden doorgevoerd en de aanneming door de opdrachtgever zelf werd aangestuurd (Orde van Architecten, 2025). De aannemers zijn verantwoordelijk voor de correcte uitvoering en opvolging van de werken en het goedkeuren van de gebruikte en geleverde materialen, en hebben ook een informatieplicht ten aanzien van architecten en de bouwheer (Embuild, 2025). In bepaalde gevallen zullen teams van aannemers of bedrijven ook meedenken over de beste oplossing om te voldoen aan de noden en wensen van de NAH-cliënt.

- **Relevante regelgeving en beleid in NAH-context voor stakeholder**

Het VAPH heeft geen specifieke regelgeving voorzien voor firma's en bedrijven. De keuzevrijheid ligt bij de cliënt. De financiële tussenkomst beperkt zich tot de refertebedragen voor een specifieke oplossing (zie onder).

6.3.3. Stakeholders: overheden

6.3.3.1. Omgevingsloket en woonloket in stad of gemeente

- **Algemeen doel van de stakeholder in een NAH-context**

In elke stad of gemeente in Vlaanderen is er een omgevingsloket waar de burger terecht kan met vragen rond bouw-, omgevings-, en milieuvergunningen. Het is aangewezen zich vooraf te informeren over de mogelijkheden en randvoorwaarden van de omgeving en context van het woonperceel indien men bouw- of verbouwplannen heeft. Voor grondige verbouwingswerken, dient er steeds een omgevingsvergunning aangevraagd te worden, onder leiding van een geregistreerde

4 O U R M I N D

architect die het dossier digitaal kan indienen. Het omgevingsloket stroomlijnt het aanvraagproces en faciliteert de communicatie tussen aanvragers en de betrokken overheidsinstanties.

Voor kleine wijzigingen of dossiers waar geen omgevingsvergunning nodig is, kan de bouwheer zelf aanvragen doen (Vlaanderen, 2024a). Indien er geen aanvraag nodig is, kan de bouwheer zelf beperkte interieuraanpassingen doorvoeren en draagt de bouwheer zelf de eindverantwoordelijkheid.

Daarnaast zijn er in steden en gemeenten ook woonloketten voor de inwoners. Hier kan je terecht voor specifieke vragen rond wonen en ondersteuning. Bijvoorbeeld vragen omtrent woonaanpassingen, huur-of koopadvies en energieadvies worden hier beantwoord (Vlaanderen, 2024d).

- **Rol van de stakeholder in NAH-woonadvies**

Bij het indienen van een omgevingsvergunning voor NAH-woonaanpassingen, beslist de gemeente of stad over de goedkeuring. Bezwaren door burens kunnen steeds ingediend worden. In sommige gevallen kunnen werken vrijgesteld zijn van de vergunningsplicht. In die gevallen kunt u de werken uitvoeren zonder voorafgaande procedures. In bepaalde situaties kan de vergunningsplicht vervangen worden, door een meldingsplicht. In die gevallen volstaat een melding. De gemeente neemt hiervan akte, als de melding aan de voorwaarden voldoet (Vlaanderen, 2024a).

- **Relevante regelgeving en beleid in NAH-context voor stakeholder**

Naast het advies omtrent de stedenbouwkundige mogelijkheden, kan het woonloket de NAH-cliënt ook wijzen op mogelijke subsidies of steunmaatregelen. Het woonloket verwijst door naar de maatregelen van het Vlaams Agentschap Wonen.

6.3.3.2. VAPH (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap)

- **Algemeen doel van de stakeholder in een NAH-context**

Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) is een overheidsinstantie die de participatie, integratie en gelijke kansen van personen met een handicap nastreeft. Het VAPH erkent, vergunt en subsidieert instanties met deze doelstelling (VAPH, 2024c). Het VAPH biedt zijn dienstverlening aan via vijf provinciale kantoren, zodat personen met een handicap met hun vragen dicht bij huis terecht kunnen.

Daarnaast richt het VAPH per provincie een Dienst Ondersteuningsplan in (Van Houdt et al., 2024) waarmee je als persoon met een beperking een traject kan doorlopen met de verschillende naasten en betrokkenen om een plan van aanpak op te stellen met betrekking tot allerlei thema's (wonen, maar ook vrije tijd, werken...) en dus ook woonadvies.

C O U R M I N D

- **Rol van de stakeholder in NAH-woonadvies**

Voor een woningaanpassing kan de NAH-cliënt beroep doen op de handicap specifieke expertise van de organisaties die onder het VAPH vallen (VAPH, 2024c). Daarnaast staat het VAPH ook in voor de financiële steun die een NAH-cliënt kan krijgen bij woonadvies en bij aanpassingen.

- **Relevante regelgeving en beleid in NAH-context voor stakeholder**

Wie beroep kan doen op de handicap specifieke expertise ingericht door het VAPH en daarvoor ook financiële ondersteuning krijgt, is afhankelijk van verschillende factoren: leeftijd, moment van NAH, het al dan niet hebben van een erkenning handicap... In het volgende hoofdstuk wordt hier dieper op ingegaan.

6.4. Regelgeving in de context van NAH-woonadvies

6.4.1. Erkenning handicap voor de leeftijd van 65 jaar

In de enquête van de Hersenletselliga geven ongeveer 40% van de bevraagde NAH-cliënten aan dat ze onvoldoende financiële middelen hebben om hun kosten te dekken (Hersenletselliga vzw, 2023). Het is voor een NAH-cliënt bijgevolg niet evident om de nodige woningaanpassingen te financieren.

De leeftijd van de NAH-cliënt speelt in Vlaanderen een grote rol in de mogelijkheid om beroep te doen op het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap voor handicap specifieke expertise en voor financiële steun in het proces van woonadvies (VAPH, 2024f). Het al dan niet vergoed worden voor zorg, het terugbetaald krijgen van de nodige aanpassingen in de woning, is enkel mogelijk wanneer de handicap of het vermoeden ervan is opgetreden én erkend voor de leeftijd van 65 jaar.

Het VAPH definieert handicap als volgt:

“Elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren”(VAPH, 2025).

Het VAPH bepaalt de steun die iemand krijgt aan de hand van een categorisatie per doelgroep, dit volgens de ervaren en bewezen beperkingen van de cliënt. Bijvoorbeeld wanneer een volledig functieverlies in de onderste ledematen ontstaat of een volledig verlies van visuele mogelijkheden.

4 O U R M I N D

Een erkenning handicap en daarbij horende doelgroep moet aangevraagd en gemotiveerd worden door een multidisciplinair team (MDT). Mutualiteiten zijn daarvoor erkend evenals bepaalde revalidatiecentra of referentiecentra van universitaire ziekenhuizen.

Cliënten die een hersenletsel oplopen en daarbij blijvende schade ondervinden, kunnen pas na zes maanden intensieve revalidatie een aanvraag indienen. Men gaat er immers van uit dat intensieve revalidatie blijvende beperkingen kan wegwerken of minder ernstig kan maken.

6.4.1.1. IMB

Eens de cliënt een erkenning handicap heeft, komt hij of zij, afhankelijk van de toegewezen doelgroep, in aanmerking voor terugbetaling van hulpmiddelen en aanpassingen in de woning in het kader van individuele materiële bijstand (IMB).

In relatie tot woonadvies voor NAH, kan het VAPH volgende aspecten ondersteunen:

- Hulpmiddelen en woningaanpassingen
 - o Hulpmiddelen of woningaanpassingen opgenomen in een refertelijst
 - o Innovatieve en bijzondere hulpmiddelen en aanpassingen: de aanvraag verloopt via de bijzondere bijstandscommissie (BBC)
 - o Onderhouds- en herstellingskosten: hiervoor kan een vereenvoudigde aanvraag ingediend worden bij het VAPH

▪ Aanvraagprocedure

Voor het goedkeuren van de terugbetaling van een woningaanpassing of hulpmiddel is een adviesrapport nodig (VAPH, 2024a). Aan de hand van een adviesrapport opgesteld door een multidisciplinair team (MDT) beslist de Vlaamse toelatingscommissie (VTC) van het VAPH of de aanpassing terugbetaald kan worden (VAPH, 2024d). De VTC gaat ofwel akkoord of formuleert een voornemen van beslissing bij het niet akkoord gaan. De cliënt wordt geïnformeerd en kan via de heroverwegingscommissie (HOC) van het VAPH alsnog een positief antwoord krijgen na het voornemen van een negatieve beslissing. De cliënt moet na het ontvangen van het voornemen van de beslissing binnen de 30 dagen reageren naar het VAPH. De cliënt krijgt dan de mogelijkheid om het dossier te staven met extra informatie en krijgt de kans om zelf zijn/haar situatie uit te leggen aan een multidisciplinair samengestelde commissie in Brussel. Vindt de cliënt dat hij/zij niet gehoord is, kan hij of zij via de arbeidsrechtbank zijn/haar verhaal verdedigen (VAPH, 2024).

▪ Tegemoetkoming hulpmiddelen en aanpassingen

Refertelijst

De terugbetaling die iemand krijgt van het VAPH is gebaseerd op een refertelijst met goedgekeurde types hulpmiddelen en aanpassingen. Per type hulpmiddel of aanpassing bepaalt het VAPH een refertebedrag. Dat refertebedrag wordt bepaald aan de hand van marktonderzoek. Verschillende types hulpmiddelen of aanpassingen worden met elkaar vergeleken. De goedkoopst adequate

C O U R M I N D

oplossing wordt vergoed.⁴ De cliënt mag wel een duurder type aankopen, maar betaalt zelf de extra kost.⁵

Hulpmiddelenfiche

Per hulpmiddel is er een hulpmiddelenfiche die aangeeft voor wie het hulpmiddel is bedoeld en door welke doelgroep dit hulpmiddel aangevraagd kan worden (VAPH, 2024a).

▪ **Zeer uitzonderlijke zorgvraag**

Wanneer het refertebedrag onvoldoende is om de gevraagde oplossing te voorzien, dan kan een zeer uitzonderlijke zorgvraag (ZUZ) worden ingeroepen. De oplossing moet dan minstens 300 euro duurder zijn dan het refertebedrag. Het MDT motiveert met het adviesrapport. waarom de vraag van de cliënt anders is dan van iemand met dezelfde aandoening. Bijvoorbeeld het refertebedrag van een traplift kan onvoldoende zijn, omdat er te veel bochten in de trap overbrugd moeten worden. Het goed beschrijven en documenteren van de situatie of hulpvraag, kan ervoor zorgen dat de bijzondere bijstandsc commissie (BBC) de vraag erkent en goedkeurt. Deze goedkeuring kan dan resulteren in de toekenning van een deel van het bedrag of van het volledige bedrag (op basis van debat) (VAPH, 2024f).

▪ **Tussenkoms t voor een niet-referte hulpmiddel of aanpassing**

Innovatieve hulpmiddelen en aanpassingen die nog niet op de lijst zijn opgenomen, kunnen toch vergoed worden als aangetoond kan worden dat het participatieprobleem van de persoon met NAH erdoor opgelost kan worden. Ook hier beslist de BBC of er een tegemoetkoming kan komen. In het adviesrapport van het MDT moeten de probleemsituatie en de oplossing goed worden omschreven (VAPH, 2024f).

Indien er naast steun voor hulpmiddelen of aanpassingen, bijkomende ondersteuning nodig is om het hele proces op te volgen en te begeleiden kan via RTH of via middelen uit het PVB budget extra ondersteuning geboden worden.

6.4.1.2. Ondersteuning RTH

Cliënten met een erkenning handicap, maar ook cliënten jonger dan 65 jaar zonder erkenning, maar met een vermoeden van beperking, kunnen ondersteuning krijgen onder de vorm van rechtstreeks toegankelijke hulp. Dat is laagfrequente ondersteuning waarbij de cliënt naar een voorziening kan gaan om bijvoorbeeld gebruik te maken van dagondersteuning, kortverblijf...

⁴ Deze link toont de volledige hulpmiddelenfiche van een til- en verplaatsingssysteem in meerdere ruimtes:

<https://www.hulpmiddeleninfo.be/refertelijst/getPubHmf.jsp?FUID=7302&DOMEIN=Activiteiten%20Dagelijks%20Leven&DATUM=2025-01-22&DG=&VIEW=1&HOME=RefLijst> Daar wordt vermeld welk bedrag er maximaal is voorzien, wat de refertetermijn is en voor wie het hulpmiddel ⁴is bedoeld. Telkens wordt ook aangegeven met welke andere zaken het hulpmiddel kan gecombineerd worden en wat niet samen kan aangevraagd worden. In dit geval wordt ook een bedrag voor onderhoud en herstel voorzien.

⁵ Via volgende link is de meest recente refertelijst te vinden: <https://www.vaph.be/hulpmiddelen/refertelijst>

4 O U R M I N D

Er kan ook gekozen worden voor mobiele ondersteuning. De zorgverlener gaat dan aan huis. De cliënt bepaalt samen met de zorgverlener waaraan hij of zij wil werken. Deze ondersteuning kan gebruikt worden om een traject rond woningaanpassingen te doorlopen. Het inventariseren van de noden, het objectief inschatten van de mogelijkheden, het opvolgen en plannen van de werken kan onder de vorm van RTH-begeleiding gerealiseerd worden. De cliënt betaalt dan een beperkte bijdrage die door het VAPH wordt vastgelegd. In totaliteit kan een cliënt 8 punten of 36 mobiele begeleidingen krijgen op jaarbasis. Indien de cliënt van meerdere diensten RTH ondersteuning krijgt, dan moeten die punten opgeteld worden. Intensieve trajecten zijn dus niet mogelijk.

Indien meer intensieve begeleiding langdurig nodig is, moet een cliënt beroep kunnen doen op niet rechtstreeks toegankelijke hulp (nRTH), en dat onder de vorm van een persoonsvolgend budget (PVB).

6.4.1.3. Persoonsvolgend budget

Bij volwassenen die nood hebben aan hoog frequente begeleiding kan een aanvraag PVB worden gedaan, voor een PVB is een erkenning handicap noodzakelijk. Opnieuw zijn de MDT's verantwoordelijk voor de aanvraag.

Eens de handicap erkend is, kan een PVB aangevraagd worden. Om goed uit te klaren welke ondersteuning er nu of in de toekomst nodig is, moet aan vraagverheldering worden gedaan. De diensten ondersteuningsplan (DOP) van het VAPH ondersteunen de cliënt hierbij en maken een ondersteuningsplan op. In het plan wordt beschreven welke soorten ondersteuning er nodig is. Zo kan de optie psychosociale ondersteuning gebruikt worden om het traject rond woonadvies te financieren. (VAPH, 2024e)

Eens het plan is ingediend, wordt een zorgzwaarte-instrument afgenomen. Daar wordt via verschillende instrumenten ingeschat hoe hoog de ondersteuningsnood is. Na goedkeuring van het PVB op basis van de inschaling en het ondersteuningsplan krijg je een prioriteitengroep toegewezen. Deze prioriteitengroep zal bepalen hoelang je moet wachten op jouw budget. Wachttijden vooraleer je effectief kunt beschikken over een budget kunnen variëren van enkele maanden tot tientallen jaren.

Wanneer je PVB-budget geopend wordt, kan je geen diensten meer invoeren via RTH-ondersteuning. Dan kan je ondersteuning inkopen bij een erkende aanbieder via je PVB. In overleg wordt vastgelegd waarvoor je ondersteuning nodig hebt, hoe frequent en voor welke prijs je deze zorg inkoopt. Wil je deze ondersteuning op de privé markt kopen, dan kan dat ook. Er zijn bijvoorbeeld zelfstandige ergotherapeuten die ondersteuning bieden tijdens een woningaanpassing.

6.4.2. Optreden handicap na de leeftijd van 65 jaar

Een handicap specifieke erkenning kan na de leeftijd van 65 jaar niet meer aangevraagd worden. Dit wil zeggen dat, als je nog geen erkenning hebt en je krijgt een hersenletsel, vanaf de leeftijd van 64

C O U R M I N D

jaar en 6 maanden⁶ je niet langer in aanmerking komt voor tussenkomst. Na 65 jaar, is ook RTH niet meer beschikbaar. De expertise binnen de sector voor personen met een beperking, is niet meer gesubsidieerd toegankelijk. Je kan enkel als NAH-cliënt deze ondersteuning verkrijgen op basis van eigen financiële middelen.

Na 65 jaar kan er wel nog beroep gedaan worden op de Vlaamse aanpassingspremie (Vlaams Agentschap Wonen). Deze premie is bedoeld voor mensen die hun woning of een huurwoning aanpassen voor een inwonende 65-plusser. Er kan een tussenkomst gekregen worden voor technische aanpassingen die de toegankelijkheid van de woning verbeteren (Vlaanderen, 2025), zoals bijvoorbeeld een hellend vlak naar de voordeur. Ook hulpmiddelen zoals trapliften, een plateaulift, handgrepen aan toilet of badkamer komen in aanmerking. De premie is, in tegenstelling tot de tegemoetkoming van het VAPH, gerelateerd aan het inkomen van de NAH-cliënt en veel beperkter (Vlaanderen, 2025).

Indien je voor de leeftijd van 65 jaar een handicap erkenning kreeg, kan je nog steeds na de leeftijd van 65 jaar beroep doen op steun vanuit het VAPH. Bovendien kan nog een Vlaamse aanpassingspremie aangevraagd worden voor zaken die niet vergoed worden door het VAPH.

6.5. De dialoog tussen de architecturale context en de NAH-cliënt

6.5.1. Algemene Inleiding

Chiatti & Iwarsson (2014) beschrijven een woningaanpassing als een complexe interventie. Er moeten heel wat parameters beoordeeld worden en op vandaag is er nauwelijks evidence-based onderzoek dat deze complexiteit beschrijft. Daarnaast is het ook duidelijk dat betreffende het woonadvies voor NAH zelf, er heel weinig onderzoek bestaat en dat de omgeving telkens op een zeer beperkte manier wordt betrokken in de revalidatieplanning (Kylén et al., 2022).

De architectuur heeft impact op het welzijn en het herstel van de lichamelijke en mentale conditie van de persoon met NAH (Edvardsson et al., 2016; Elf, Slaug, et al., 2023; Lipson-Smith et al., 2021; Ulrich, 1991; Ulrich et al., 2008).

Verschillende studies illustreren de impact van omgevingsfactoren op het welbevinden en de revalidatie na een NAH (Kylén et al., 2022). Bijvoorbeeld hospitaalomgevingen beïnvloeden de klinische en medische resultaten van patiënten, hun belevingen, hun veiligheid, de efficiëntie en de kosten (Elf, Slaug, et al., 2023).

⁶ Er is een verplichte wachttijd van 6 maanden

4 O U R M I N D

Meer en meer onderzoek onderschrijft het belang van een huis als een thuis in de revalidatie van mensen met complexe gezondheidscondities (Kylén et al., 2023; Nergårdh et al., 2018) en beklemtone dat een thuis bijdraagt tot de eigenlijke gezondheid (Marcheschi et al., 2018).

Door de NAH-ervaring zijn mensen ook meer kwetsbaar voor fysieke omgevingsfactoren dan andere mensen (Elf et al., 2022). Net door deze invloed van omgevingsfactoren, is het belangrijk dat eerstelijnsverzorgers op de hoogte zijn van mogelijkheden en de beperkingen van een fysieke woonomgeving.

Naast de eigenlijke verwerking van deze impactvolle gebeurtenis, worden NAH-cliënten ook geconfronteerd met hun fysieke woonomgeving die uitdagend is en niet altijd een ondersteuning vormt. Een NAH komt onverwacht. Een gemiddelde verbouwing of nieuwbouw is voor iedereen een onderneming en dan is dit het zeker als het een noodzaak wordt onder tijdsdruk en een gevolg is van een zorgnood. Toch blijft een thuisomgeving beter voor de revalidatie dan een ziekenhuisomgeving (Elf, Slaug, et al., 2023), zeker als deze de NAH-cliënt ondersteunt.

Immers, onderzoek toont aan dat de fysieke uitdagingen bij NAH-revalidatie in een ontoegankelijke woning, de sociale afhankelijkheid van de NAH-cliënt zullen verhogen (Elf et al., 2022). Daarnaast zijn er meer risico's op incidenten, bijvoorbeeld het vallen kan toenemen in een niet ondersteunende fysieke omgeving (Houben et al., 2015; Lemmens et al., 2017; Lipson-Smith et al., 2023). Deze aspecten dragen ook bij tot de bijkomende sociale druk op eerstelijnsverzorgers (Roos & Søndena, 2020) en mantelzorgers (de Klerk et al., 2015; Jacobs et al., 2014). Algemeen dient er meer aandacht besteed te worden aan de eigenlijke fysieke en architecturale context van de NAH-cliënt. Elf et al. (2023) stellen heel duidelijk dat er meer aandacht dient te komen van zorgverleners in het algemeen voor de fysieke thuisomgeving voor NAH-cliënten in het revalidatieproces. Daarnaast is er ook een grote roep naar meer ontwerpaandacht voor NAH in de woonomgeving (Bernhardt et al., 2022; Kylén, Löfqvist, et al., 2019). De thuisomgeving dient beschouwd te worden als een plek voor revalidatie en waar uitdagingen kunnen leiden tot opportuniteiten in plaats van problemen (Elf et al., 2022).

De fysieke woonomgeving is onderhevig aan verschillende factoren die het proces mee zullen dirigeren. Op basis van de literatuur maken we volgende categorisatie:

1. NAH-cliënt is eigenaar of huurder van de woning
2. Context en ruimtelijke ordening van de woning
3. Architecturaal ontwerp
4. Architecturale beleving
5. Financiële mogelijkheden en uitdagingen
6. Tijdslijn en planning

C O U R M I N D

6.5.2. Eigenaar of huurder

Als NAH-cliënt zijn er verschillende opties om te wonen. Je kan een woning huren, een woning kopen of reeds in een gekochte woning verblijven. Als huurder kan je op de privémarkt of een sociale woning huren. Bij de sociale huisvesting worden aangepaste woningen of appartementen voorbehouden voor personen met een handicap (Vlaanderen, 2024e).

Het spreekt voor zich dat afhankelijk van het eigenaarschap, er een impact zal zijn op de mogelijkheden en snelheid van woonaanpassingen. Indien de NAH-cliënt investeert in de eigen woning, zijn de aanpassingen een investering voor eigen meerwaarde en staat er geen tijdslimiet op de woonduur.

Bij een huurwoning stelt zich de uitdaging dat de huurder afhankelijk is van de eigenaar, zowel op vlak van toestemming tot aanpassingen als de woonduur. Het VAPH kan tussenkomen in aanpassingen aan een huurwoning, mits akkoord van de verhuurder (VAPH, 2024f). Een extra financiële druk bij het huren kan optreden, wanneer de eigenaar vraagt of eist dat de woning in de oorspronkelijke staat hersteld wordt, zodra de NAH-cliënt de woning verlaat. De woning dient dus zo goed en flexibel mogelijk gerenoveerd worden, zodat het een meerwaarde wordt voor alle betrokken partijen.

Om een terugbetaling te krijgen via IMB vraagt het VAPH een schriftelijke goedkeuring van de verhuurder, zodat de aanpassingen effectief mogen uitgevoerd worden. Wanneer de verhuurder, eigenaar of sociale huurmaatschappij, akkoord gaat met de noodzakelijke aanpassingen, gelden dezelfde bouwregels als wanneer de persoon met beperking eigenaar is van de woning, maar dan met de verhuurder als bouwheer.

6.5.3. Fysieke context en ruimtelijke ordening

Ook de kenmerken van de buurt waar de woning zich bevindt, hebben impact op het functioneren van bewoners (Kielhofner et al., 2008; Kylén et al., 2022). Indien er een discrepantie bestaat tussen het functioneren van de NAH-cliënt en de vereisten van de sociale en/of fysieke omgeving, kan dit leiden tot een verminderde kwaliteit van het leven en gezondheid (Elf et al., 2022). Bijvoorbeeld indien iemand in een appartement in de stad woont en voordien in een alleenstaande woning in een dorp heeft gewoond, kan dit invloed hebben op de woonervaring van de NAH-cliënt. Bijvoorbeeld, wonen op een helling kan voor iemand met mobiliteitsproblemen een ware uitdaging vormen om de woning te betreden of om zelfstandig op stap te gaan in de eigen buurt. Of in een buurt met een beschermd stadsgezicht, kan het moeilijk worden om een omgevingsvergunning te krijgen voor het aanpassen van de toegangsdeur.

C O U R M I N D

6.5.4. Architecturaal ontwerp

Onderzoek (Elf, Slaug, et al., 2023; Lipson-Smith et al., 2023; Marcheschi et al., 2018) toont aan dat er heel weinig ontwerpevidentie bestaat in de context van woonondersteuning voor revalidatie bij een hersenletsel of NAH.

Eenzijds situeren de bestaande onderzoeken zich vaak in de typologie van ziekenhuisinfrastructuur en tonen ook heel weinig NAH-cliënten participatie in het proces (Bernhardt et al., 2022; Elf, Slaug, et al., 2023). Hoewel een ziekenhuiscontext een andere ondersteuning vraagt aan de NAH-cliënt dan een woonomgeving, is het gezien de beperkte onderzoeken in architecturaal ontwerp voor mensen met NAH, nuttig om ook deze resultaten mee te nemen in dit onderzoek. Immers verschillende suggesties refereren naar patronen en gedragingen die ook kunnen toegepast worden in een woonomgeving. Anderzijds is er ook een gebrek aan kennis over hoe de omgeving en de complexe dagdagelijkse taken en activiteiten geïntegreerd kunnen worden in de revalidatie en woonomgeving na een NAH (Kylén et al., 2022). Daardoor bestaan er ook nog geen specifieke standaarden, normen of checklists die de kwaliteit van deze omgevingen meten (Bernhardt et al., 2022; Elf et al., 2017).

Bijkomend onderzoek is noodzakelijk over mogelijke instrumenten om woonervaringen en implementaties te onderzoeken bij mensen met NAH en ook meer inclusieve en flexibele onderzoeksmethoden (Elf, Slaug, et al., 2023), evenals om mogelijke oorzaken te onderzoeken waarom de omgeving vaak los van de mening van de NAH-cliënt geplaatst wordt (Elf, Slaug, et al., 2023).

6.5.4.1. Impact van de fysieke omgeving op de revalidatie bij NAH

Studies tonen aan dat de fysieke omgeving wel degelijk de revalidatie en ondersteuning van zorgbehoevenden beïnvloedt (Elf, Slaug, et al., 2023; Lipson-Smith et al., 2023; Seale et al.; Ulrich, 1991; Ulrich et al., 2008) en daarnaast ook de ervaringen van de zorgverleners en bezoekers evenals de economische werking van een hospitaal (Lipson-Smith et al., 2021). Hoewel onderzoeken over de impact van de fysieke omgeving op een NAH-cliënt beperkt zijn, maakt pionierend onderzoek wel duidelijk dat een positieve omgeving ook positieve effecten kan hebben op het herstel van het brein (Seale et al., 2021) en dat architecten meer kunnen focussen op inclusieve en toegankelijke woonomgevingen om de levenskwaliteit voor NAH-cliënten te garanderen (Elf, Slaug, et al., 2023).

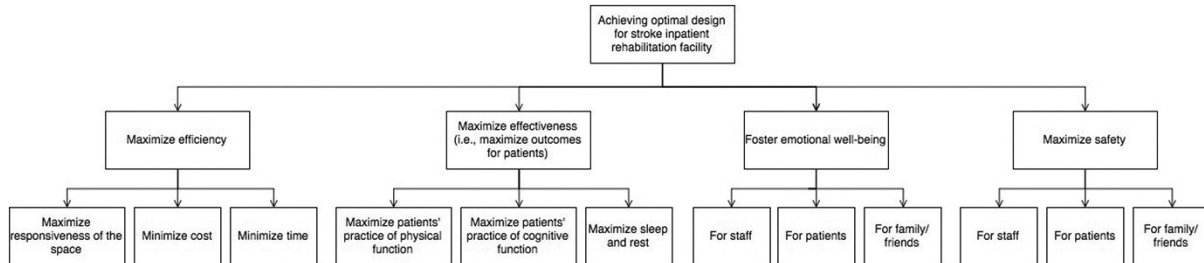
6.5.4.2. Mensgerichte noden en activiteiten in de context van NAH

Lipson-Smith et al. (Lipson-Smith et al., 2019) hebben een raamwerk (zie figuur 1) ontwikkeld waarin de belangrijkste architecturale en landschappelijke aspecten in kaart worden gebracht bij de revalidatie voor NAH (Lipson-Smith et al., 2019):

1. maximale efficiëntie van ruimte, tijd en kosten
2. maximale effectiviteit van de functies en rust
3. ondersteunen van emotioneel welzijn

4 O U R M I N D

4. garantie op veiligheid



Figuur 2 Framework van belangrijkste aspecten van de fysieke omgeving in relatie tot het herstel bij NAH (Lipson-Smith et al., 2019)

Opmerkelijk hierbij is dat de auteurs deze doelstellingen ambiëren voor alle gebruikers van de woning dus niet enkel de NAH-cliënt maar tevens de familie, vrienden en eerstelijnszorg.

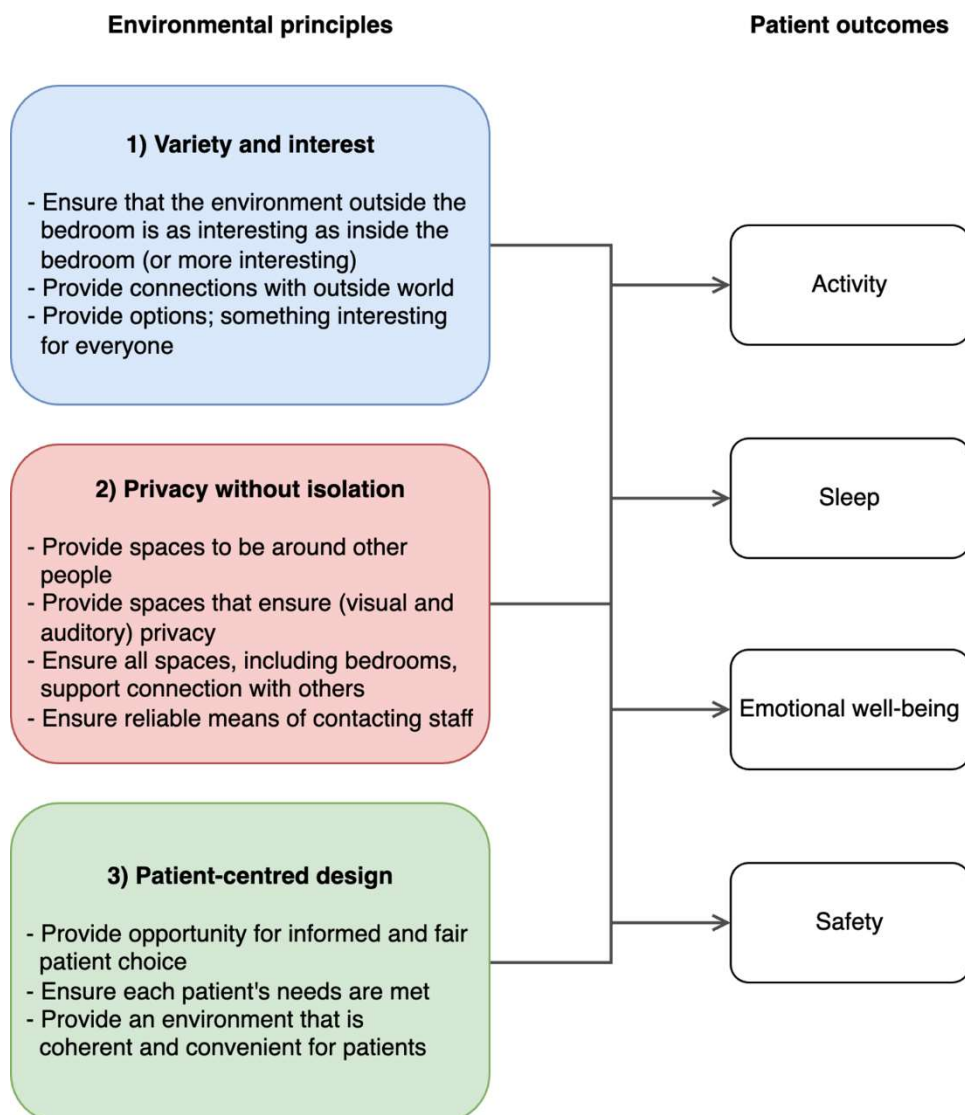
6.5.4.3. Omgevingsprincipes

Dit raamwerk wordt gelinkt aan wat Lipson-Smith et al. (2023), categoriseren als omgevingsprincipes voor de architectuur, met name (zie figuur 3):

1. Variëteit en interesse in de omgeving
2. Privacy zonder isolatie
3. Patiënt-georiënteerde ontwerpen

Samen omschrijven deze principes hoe de NAH-revalidatie ondersteund kan worden op architecturale wijze, m.a.w. hoe deze omgevingsprincipes de kernwaarden van de NAH-cliënt kunnen ondersteunen (Bernhardt et al., 2022).

FOURMIND



Figuur 3 Een conceptueel model van de omgevingsprincipes die een rol spelen bij het gedrag van NAH-cliënten (Lipson et al., 2023)

▪ Variëteit en interesse in de omgeving

Onderzoek toont aan dat NAH-cliënten heel veel tijd doorbrengen in één en dezelfde ruimte (Bernhardt et al., 2022; Kevdžija et al., 2022; Lipson-Smith et al., 2023; Shannon et al., 2024). Toch zou het veiliger en beter zijn voor hun actieve leven om hen te stimuleren niet in één en dezelfde ruimte te blijven. Variatie in tijdsbeleving en in indrukken en mogelijke activiteiten kan bijdragen tot een veiligere en meer ondersteunende omgeving. Ook het ICF (International Classification of Functioning) ondersteunt de empirische resultaten die onderschrijven dat een dynamische relatie tussen de NAH-cliënt en de fysieke en beleefde omgeving belangrijk is voor de gezondheid en het welzijn (Elf, Slaug, et al., 2023; Eliassen et al., 2023; Kylén, Von Koch, et al., 2019; Wahl et al., 2012; Wahl et al., 2009). In zorgomgevingen werken de fysieke en sociale omgeving samen en gaan zij in dialoog met de NAH-cliënt. Ze zijn zeer sterk afhankelijk van elkaar en deze interdisciplinariteit

4 O U R M I N D

maakt dat het onderzoeksmatig zeer moeilijk is om deze variabelen te isoleren (Lipson-Smith et al., 2023; Stichler & Hamilton, 2008). Verschillende onderzoekers tonen aan dat een holistische aanpak de enige weg is. Er bestaat een onderlinge afhankelijkheid tussen de NAH-cliënt en zijn of haar omgeving (Lipson-Smith et al., 2023). Samenwerking tussen zorgverleners, architecten en ruimtelijke planners is essentieel om ondersteunende omgevingen te creëren voor mensen met NAH.

- **Privacy zonder isolement en sociale connectie**

Het moeilijke aspect bij privacy is dat er geen éénduidige definitie valt te omschrijven (Leino-Kilpi et al., 2001). Privacy gaat over meer dan de af- of aanwezigheid van mensen, het omvat ook hoe de eerstelijnsverzorgers confidentiële informatie uitwisselen en of NAH-cliënten voelen dat ze een persoonlijke ruimte hebben of een eigenaarschap over een ruimte (Leino-Kilpi et al., 2001; Lipson-Smith et al., 2023). De mate waarin NAH-cliënten voelen dat hun privacy gerespecteerd wordt, ook op een fysieke wijze, kan invloed hebben op hoe zij communiceren en informatie toevertrouwen aan eerstelijnsverzorgers (Hasan Tehrani et al., 2018).

Bij mensen zijn of mensen zien, heeft een duidelijk positieve invloed op het herstel, maar er is wel nood aan een ruimte waarin de NAH-cliënt zichzelf kan voorzien van voldoende privacy. Dit is niet altijd evident, maar wel heel noodzakelijk. Onderzoek toont immers aan dat er een groot verschil is tussen NAH-cliënten die ervoor kiezen om alleen te zijn (privacy) en zij die alleen zijn zonder hiervoor te kiezen (isolement) (Lipson-Smith et al., 2023). NAH-cliënten zijn zich bewust van bewaking door mensen in negatieve zin, als een vorm van controle. Tegelijkertijd zal de aanwezigheid van iemand wel als positief worden ervaren indien het niet dwingend is en ondersteunend kan zijn, want op die manier kunnen mensen sneller geholpen worden bij een mogelijke val of nood (Lipson-Smith et al., 2023). Hoewel we rekening moeten houden met het feit dat al deze studies over ruimtelijke privacy in hospitaalomgevingen werden uitgevoerd, is -gezien de beperkte onderzoeken die bestaan over de impact van architectuur op de NAH-cliënt-, deze informatie wel relevant voor de thuisomgeving. Bovendien blijkt het gevoel van controle zowel voor kamers met dubbele bedden, als voor éénpersoonkamers toepasselijk. Ondanks het besef van veiligheid, dankzij de nabijheid van mensen, is het merkbaar dat voorkeur wordt gegeven aan minder bevolkte ruimtes (Shannon et al., 2024). Bijvoorbeeld, een verblijfsruimte die telkens wordt afgesloten met een sleutel kan het gevoel van zelfstandigheid en zelfbeschikking volledig ondermijnen (Lipson-Smith et al., 2023).

Dit maakt duidelijk dat de inrichting en toegang van de woning waar de persoon met NAH verblijft of zorg krijgt, met aandacht en in functie van het gevoel van privacy dient ontworpen te worden.

- **Van patiëntgerichte ontwerpen naar mensgericht of gebruikersgericht ontwerpen, Universal design.**

Met patiëntgerichte ontwerpen wordt in de literatuur verwezen naar ontwerpen die rekening houden met de stem van de gebruikers. Omdat de context van het onderzoek vaak binnen

C O U R M I N D

ziekenhuizen en de medische wereld ontstaat, wordt gesproken over “patiënten”. Echter binnen een wooncontext, en met oog op de doelstellingen van dit onderzoek, om de levenswaarden van de NAH-cliënt en de stakeholders mee te nemen, kiezen we voor mensgericht ontwerpen eerder dan patiëntgericht ontwerpen als terminologie en doelstelling.

De identiteit van de mens reikt verder dan het medisch dossier. Goed wonen geeft iemand een identiteit. De woning is een zelfgecreëerde plek waar je keuzes kan maken, waar je erbij hoort en van waaruit je kan deelnemen aan het maatschappelijk leven. Wonen is voor iedere mens essentieel of je nu eigenaar bent, huurt of samenwoont, want wonen geeft betekenis aan het leven (Ieder(in), 2022).

Om tot een goed ontwerp te komen, is het daarom noodzakelijk om deze mensgerichtheid mee te nemen in het ontwerp en de bewoners centraal te stellen in het ontwerpproces. Hierbij is het goed om de noden, wensen en uitdagingen van bewoners van bij het ontwerpproces in kaart te brengen evenals hun ervaringsdeskundigheid.

Een ontwerpmethodiek die deze visie van mensgericht ontwerpen onderschrijft is Universal Design, Inclusief ontwerpen voor iedereen. Het was Ron Mace die de definitie voor het eerst poneerde: *“An approach to design that incorporates products as well as building features which, to the greatest extent possible, can be used by everyone”* (Mace, 1985). Hoewel er binnen het domein van inclusief ontwerpen, ook andere termen worden aangewend zoals Design for All of Inclusive Design, is er nauwelijks verschil in de doelstelling van de verschillende termen (Herssens, 2013) en onderschrijft dit onderzoek de gemeenschappelijke doelstelling, met name dat het ontwerp zo ontworpen is dat het de gebruiker zo goed mogelijk ondersteunt in zijn of haar omgeving.

Hiervoor is het noodzakelijk om reeds van bij de start rekening te houden met de noden, wensen en uitdagingen van de NAH-cliënt. Universal Designing is geen rechtlijnig proces (Herssens, 2013). Het is een ontwerpmethodiek die van bij de start van het ontwerpproces wordt geïmplementeerd. Universal Design stelt dat niet de gebruiker zich dient aan te passen aan de gebouwde omgeving, maar de gebouwde omgeving de gebruiker ondersteunt in alle noden en wensen.

Het is noodzakelijk om de wensen van alle gebruikers in de woning mee te nemen en een ontwerp te creëren dat een antwoord biedt op alle vragen en noden van alle stakeholders. Vaak zal men deze stap overslaan en baseert de ontwerper zich op één stem of de specifieke noden van de NAH-cliënt zonder het brede kader te beschouwen.

Echter de ontwerpvertaling is geen loutere omzetting van een checklist, maar vereist inzicht in de wensen, noden van de gebruikers en vraagt tevens om een duidelijke visie in de brede fysieke, sociale en culturele context van de woning en woonomgeving.

C O U R M I N D

6.5.4.4. Architecturale aspecten

Naast de gebruikersgerichte aspecten zijn er ook architecturale aspecten die direct of indirect een invloed uitoefenen op alle gebruikers.

Zo zullen bepaalde elementen, kleuren, materialen mee de stijl bepalen van de woning wat sterk gelinkt is met de persoonlijkheid en identiteit van een NAH-cliënt en vaak ook wordt onderschat (Kylén et al., 2017; Kylén, Von Koch, et al., 2019). De stijl zal bijdragen aan de cognitieve beleving.

Naast het belang van de creatie van een positieve identiteit, kan de woning na NAH tevens beschouwd worden als een actieve ruimte, als een bron van ervaringen (Elf et al., 2017; Lipson-Smith et al., 2021; Seale et al., 2021).

Hoewel de resultaten binnen deze sectie “architecturale aspecten” voornamelijk gebaseerd zijn op onderzoek in ziekenhuizen en deze typologische context verschillend is van woonomgevingen, kunnen we, gezien de beperkte bestaande onderzoeken in de woonomgeving, de inzichten van ziekenhuisontwerpen wel gebruiken als aanzet voor het onderzoek in woningen. Binnen dit pionierende onderzoek konden we op basis van de literatuur vier grote onderdelen onderscheiden van architecturale aspecten:

1. De grootte van de ruimtes
2. De indeling van de woning
3. De toegankelijkheid van de ruimtes
4. De invloed van de buitenruimte en landschappelijke aspecten.

- **De grootte van de ruimtes waar NAH-cliënten zich bevinden**

Onderzoek toont aan dat de grootte van de ruimtes waarin NAH-cliënten wonen invloed heeft op hun herstel en welbevinden (Shannon et al., 2024). Zo zullen te smalle ruimtes beschouwd worden als hindernissen en kunnen te grote ruimtes soms ervaren worden als te weinig privacy. Trappen, zware deuren en smalle ruimtes worden algemeen beschouwd als hindernissen (Kylén et al., 2022).

- **Indeling van de woning**

De indeling van een woning bepaalt de wijze waarop een woning wordt gebruikt en zich ontplooit. Daarnaast ondersteunt dit tevens de ruimtelijkheid die de communicatie en zichtbaarheid ondersteunt. Zowel de indeling als de ruimtelijkheid dragen bij tot betere sociale contacten, zichtlijnen en bijgevolg tot de ondersteuning van een sociale omgeving (Bernhardt et al., 2022). De vormgeving van circulatieroutes in de woning vormen hierbij een cruciaal aspect (Bernhardt et al., 2022; Herssens, 2011; Sadler et al., 2008). Multifunctionaliteit van de ruimtes zal bijdragen tot grotere mogelijkheden in gebruik. Indien een ruimte multifunctioneel of flexibel is, toont onderzoek aan dat dit bijdraagt tot het emotionele welzijn van de NAH-cliënt (Lipson-Smith et al., 2021).

C O N T E N T

▪ Toegankelijkheid van de ruimtes

Toegankelijke woningen ondersteunen beter de onafhankelijkheid, de gezondheid en het welzijn van volwassenen (Elf, Slaug, et al., 2023; Wahl et al., 2009).

Het belang van toegankelijkheid in de woning wordt vaak onderschat. Toegankelijkheid linkt de functionele mogelijkheden van de NAH-cliënt aan de mogelijkheden die de omgeving biedt (Iwarsson, 2017). Het wordt algemeen beschouwd als zeer waardevol in functie van de fysieke ervaring zowel als het emotioneel welzijn (Lipson-Smith et al., 2021). Bijvoorbeeld, gebruikers zullen rustiger zijn als ze weten waar alle ruimtes zich bevinden of waar ze zich naartoe mogen begeven.

Daarnaast wordt ook de keuzemogelijkheid of de optie om naar een andere ruimte of groene omgeving te gaan als zeer positief ervaren (Lipson-Smith et al., 2019; Lipson-Smith et al., 2021).

▪ Buitenruimte en landschappelijke aspecten

De creatie van een groene of buitenruimte zal mede bepaald worden door architecturale aspecten. Het feit dat mensen uitzicht hebben op een groene omgeving heeft impact op hun welbevinden (Bernhardt et al., 2022; Shannon et al., 2024; Ulrich et al., 2008). Het zien van groen, doet stresslevels en irritatie dalen (Shannon et al., 2024). Onderzoek naar de eigenlijke factoren van een natuurlijke omgeving die invloed hebben op het welzijn en herstel van NAH-cliënten is weliswaar nog te beperkt (Seale et al., 2021) om conclusies te kunnen trekken voor ontwerpen. Hoewel ondertussen algemeen wordt aangenomen dat natuurlijke omgevingen een positieve impact hebben op het welzijn en de revalidatie van NAH-cliënten (Ulrich, 1991; Ulrich et al., 2008), zijn er momenteel nog te weinig objectieve resultaten en variabelen te onderscheiden en wordt door Seale et al. (2021) onderschreven dat bijkomend onderzoek in dit domein noodzakelijk is. Toch wordt het aanbevolen om de natuur in te zetten voor revalidatie (Bernhardt et al., 2022).

Hiervoor konden Seale et al. (2021) vier grote onderzoekscategorieën onderscheiden die de natuurontwerpen in de context van NAH-revalidatie categoriseren volgens focus:

1. Intentie van het gebruik van de natuur-gebaseerde omgevingen
2. De impact van het engagement aan natuurlijke activiteiten in natuurlijke omgevingen
3. De impact van de blootstelling aan natuurlijke omgevingen
4. Intenties voor het ontwerpen van natuurlijke omgevingen

Deze vier categorieën delen de verschillende onderzoeksbenaderingen in. Waar de eerste categorie onderzoekt hoe natuurlijke omgevingen worden ingezet in de revalidatie, zal de tweede categorie eerder focussen op hoe de actieve deelname in de natuur bijdraagt tot revalidatie. De derde categorie onderzoekt enkel het louter aanwezig zijn van groene buitenruimtes of natuur in de omgeving zonder meer, terwijl de vierde categorie specifiek focust op de bewuste integratie van natuuraspecten in de ontwerpen binnen en buiten. Dit laatste onderzoek is ook gekend onder de noemer biophilic design (Kellert et al., 2008).

C O U R M I N D

6.5.5. Architecturale beleving

Naast de fysieke ondersteunende elementen van de architectuur, zijn tevens de belevingen van gebruikers belangrijk voor het welzijn en het herstel van mensen (Lipson-Smith et al., 2023; Ulrich, 1991; Ulrich et al., 2008). Dit is niet enkel voor NAH-cliënten, maar geldt voor iedereen. Mensen beleven omgevingen en deze belevingen worden opgebouwd dankzij sensorische prikkels van architecturale aspecten.

De eigenlijke beleving van een omgeving is multi-sensorieel en in wat volgt, wordt een samenvatting gegeven van de bewezen impact van de zintuigen tot de beleving van een NAH-cliënt.

Het is belangrijk te onderlijnen dat enerzijds de waarneming van de zintuigen verschillend kan zijn na een NAH, daarnaast kan er ook een hogere gevoeligheid ontstaan voor overprikkeling (Hersenz, 2025).

Bijvoorbeeld onderzoek toont aan dat geluidsoverlast als irriterend wordt beschouwd voor NAH-cliënten. Een ruimte zonder kans op of met minimale geluidsoverlast zal altijd verkozen worden boven een ruimte met kans op geluidsoverlast (Shannon et al., 2024). Zo zal een airconditioning systeem of een snurkende persoon als overlast beschouwd kunnen worden. De juiste lichtsterkte in omgevingen zal bijdragen tot het welzijn en het veiligheidsgevoel van NAH-cliënten (Lipson-Smith et al., 2021) alsook tot een goed herstel, rust en communicatiemogelijkheden (Bernhardt et al., 2022).

Daarnaast kan de appreciatie van de binnenkwaliteit en omgeving ook sterk afhankelijk zijn van de luchtkwaliteit (Lipson-Smith et al., 2021). Het draagt immers bij tot het algemeen comfort (Bernhardt et al., 2022). Het optimaliseren van zichtlijnen tussen de NAH-cliënten en de eerstelijnsverzorgers wordt als zeer positief ervaren in functie van veiligheid maar dient met voorzichtigheid ontworpen te worden in functie van privacy (Lipson-Smith et al., 2021).

Ook naar geurwaarneming toe, toont onderzoek aan dat NAH-cliënten soms een veranderende geurwaarneming hebben. Bijvoorbeeld, ze kunnen gas ruiken, terwijl ze er geen betekenis aan kunnen geven en bijgevolg ook niet ingrijpen.

Bepaalde geuren worden sterker, andere niet of worden veel minder waargenomen. Er kan dus een overprikkeling of een beperking in prikkeling voorkomen (Hersenz, 2025). In het ontwerp moet daarmee rekening gehouden worden.

Architecturale prikkels kunnen als een trigger dienen om variëteit te brengen in omgevingen of te stimuleren om naar een andere plek te gaan (Lipson-Smith et al., 2023). Een beleving is echter een zeer persoonlijke ervaring. Daarom is het belangrijk om de variaties en flexibiliteit te integreren en ook alert te zijn voor de persoonlijke noden en wensen bovenop de algemene bevindingen.

C O U R M I N D

6.5.6. Tijdslijn en planning

Ieder bouwproces vraagt om een duidelijke planning en tijdslijn. De voorbereiding start reeds bij een goed onderzoek en bevraging van de NAH-cliënt in functie van het woonadvies na NAH.

Een vaste tijdslijn voor NAH-woonadvies is niet uitgewerkt of voorgeschreven door een overheidsinstantie en wordt vaak door de eerstelijnszorg zelf geïnitieerd. Daarnaast is iedere planning tevens sterk afhankelijk van de totale context van de NAH-cliënt:

- de diversiteit van de NAH-cliënt (leeftijd, noden, ...)
- de diversiteit van het NAH-letsel
- de diversiteit van de tegemoetkomingen
- de diversiteit van de wooncontext
- de diversiteit van de eerstelijnszorg

In studies wordt duidelijk dat verschillende NAH-cliënten drie maanden na het NAH-incident nog steeds geen aanpassingen aan de woning hebben uitgevoerd (Elf, Rasoal, et al., 2023).

Zoals eerder aangegeven is dit enerzijds omdat de richtlijnen en wetgeving het niet toelaten om binnen een bepaalde tijdsduur werken uit te voeren. Bijvoorbeeld, zo kan je pas na 6 maanden bij het VAPH een erkenning handicap aanvragen of een MDT-verslag starten. Anderzijds, zorgen ook emotionele en cognitieve uitdagingen ervoor dat woningaanpassingen niet onmiddellijk worden doorgevoerd. De tijdslijn en tijdservaringen kunnen daarom verschillend zijn afhankelijk van de betrokken stakeholders en de NAH-cliënt. Het is een paradox want een NAH-cliënt en de eerstelijnszorg zullen net bij de aanvang van de NAH-revalidatie ook het meeste nood hebben aan een ondersteunende fysieke omgeving.

6.6. Screeningsinstrumenten voor woonadvies bij NAH-cliënten

6.6.1. Inleiding

Vanuit ergonomisch onderzoek, bestaan er vandaag verschillende screeningsinstrumenten om het handelen en functioneren van personen te begrijpen, evalueren en in kaart te brengen. Niet alle instrumenten (kunnen) worden gebruikt in de context van NAH-cliënten. In dit hoofdstuk geven we een theoretisch overzicht van bestaande instrumenten en de relevantie voor screening van het handelen en functioneren bij NAH-cliënten in een wooncontext.

TOETSPUNEN

Daarnaast onderzoeken we instrumenten die de woning zelf screening in functie van NAH-woonadvies. Hoewel de vraag om langer zelfstandig thuis te wonen blijft toenemen, bestaan er slechts weinig instrumenten om de woningen zelf te evalueren naar leefbaarheid (Rousseau et al., 2002) en bestaat er slechts een beperkt aantal gevalideerde meetinstrumenten die NAH in relatie tot de woonomgeving bekijken (Patry et al., 2019).

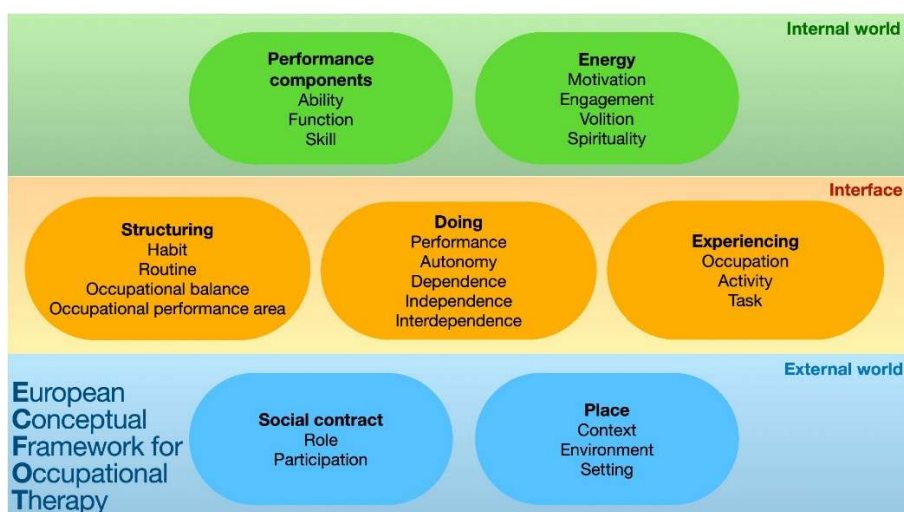
6.6.2. Evaluatie van het handelen en functioneren van NAH-cliënten

Vanuit ergotherapeutisch standpunt werd een raamwerk ontwikkeld dat de complexiteit van het menselijk handelen in kaart brengt (Creek, 2010b). Het begrijpen van het menselijk handelen is een basisvoorwaarde om goed woonadvies te kunnen geven aan NAH-cliënten. Het 'European Conceptual Framework of Occupational Therapy (ECFOT)' bekijkt deze aspecten vanuit het mensgericht standpunt, vanuit de beleving van de persoon of NAH-cliënt zelf, wat eveneens de focus is van dit onderzoek. Vanuit dit raamwerk wordt duidelijk welke verschillende elementen geobjectiveerd moeten worden.

In dit raamwerk krijgt het handelen van mensen, vorm door een complexe interactie tussen:

1. de interne wereld of de intrinsieke mogelijkheden
2. de rollen die een NAH-cliënt wil vervullen
3. de fysieke en sociale omgeving die al dan niet tegemoetkomt aan zijn/haar noden (Creek, 2010).

Creek (2010b) beschrijft handelen aan de hand van onderstaand kader:



Figuur 4 ECFOT (Creek, 2010)

C O U R M I N D

Er wordt gekeken naar de interne wereld, de externe wereld en naar hoe deze werelden communiceren via de interface. Elke laag wordt beschreven aan de hand van clusters die verschillende concepten groeperen.

6.6.2.1. De interne wereld

Binnen de interne wereld hebben we de cluster handelingscomponenten en energie. Onder handelingscomponenten worden drie concepten onderscheiden: bekwaamheden, vaardigheden en functies. Bekwaamheden zijn de persoonlijke karakteristieken van een persoon. De vaardigheden of kenmerken ontwikkelen zich door ervaring en oefening. De functies, tot slot, zijn alle onderliggende fysische en psychische componenten die het handelen ondersteunen. Voor de NAH-cliënt zijn deze functies en onderliggende mechanismen aangetast. In welke mate deze aspecten het handelen beïnvloeden kan aan de hand van bepaalde instrumenten onderzocht worden.

De cluster energie betreft de motivatie van een persoon om tot handelen te komen, het engagement om een activiteit of handeling vol te houden, de wil van de persoon in kwestie, de drijfveren om een activiteit uit te voeren en de spirituele waarde die iemand ervaart bij het uitvoeren van een handeling of activiteit.

6.6.2.2. Externe wereld

Wanneer we stilstaan bij de externe wereld, dan zien we dat deze aan de hand van twee clusters wordt vormgegeven: sociaal contract en locatie.

Sociaal contract verwijst naar de rollen die een persoon opneemt en de manier waarop hij/zij participeert (bv. echtgeno(o)t(e), werknemer, zoon/dochter...). Een persoon met NAH blijft partner of ouder, maar kan de taken die aan deze rol gekoppeld zijn niet meer of op een andere manier vervullen. De locatie is waar een handeling wordt uitgevoerd.

6.6.2.3. Interactie tussen interne en externe wereld

Binnen de interactie tussen de interne wereld en de externe wereld zijn er drie clusters met verschillende concepten.

De eerste cluster structureert het handelen. Dit gaat over gewoontes en routines en welke activiteiten en handelingen een belangrijk onderdeel uitmaken van het leven. Deze routines en gewoontes ondersteunen het dagelijkse leven.

De tweede cluster groepeerde de effectieve uitvoering van handelingen. Dit is de autonomie van mensen of de graad in hoeverre iemand (on)afhankelijk is van anderen om een activiteit uit te voeren. Door gebruik te maken van de geschikte instrumenten in de eigen omgeving van de NAH-cliënt wordt een objectief beeld van de uitvoering van verschillende taken gevormd.

De laatste cluster geeft aan hoe iemand een bepaalde handeling of activiteit ervaart.

4 O U R M I N D

Elk van bovenstaande clusters en concepten staan in onderlinge interactie. Er is een complexe samenwerking tussen de verschillende concepten. Wanneer er aanpassingen gebeuren aan 1 concept, komt er niet noodzakelijk een lineaire verandering in een ander concept. Er zullen bijgevolg verschillende instrumenten nodig zijn om alle onderdelen van het handelen in kaart te brengen en om de invloed van de verschillende elementen in rekening te brengen.

In onderstaand schema zien we de verhoudingen die op elk moment en bij diverse handelingen kunnen wijzigen:



Figuur 5 - Complex framework (Creek, 2010a)

6.6.3. Evaluatiecriteria instrumenten

De verschillende clusters van ECFOT liggen aan de basis om de bestaande instrumenten te evalueren (Creek, 2010b). Onderzoek toont immers aan dat het handelen vorm krijgt door de wisselende samenwerking tussen deze clusters en de onderliggende concepten. Om een goed woonadvies te geven moeten alle clusters overschouwd worden. Stark et al. (2015) benadrukken de complexiteit die Jennifer Creek waarneemt (2010b) door diverse lagen van complexiteit te benoemen in het kader van woonadvies.

Een eerste laag zijn de functionele gevolgen van een hersenletsel, wat we in relatie kunnen brengen tot de cluster handelingscomponenten en de verschillende clusters die de interne en externe wereld connecteren. Een tweede laag is het ontwikkelen van een plan en ontwerp, wat onmiddellijk

4 O U R M I N D

correleert met de cluster locatie, maar ook impact heeft op alle andere clusters. Een goed aangepaste omgeving kan immers het uitvoeren van activiteiten ondersteunen, waardoor de persoon met NAH opnieuw relevante rollen kan uitvoeren. De laatste laag die Stark et al. (2015) beschrijven, is het uitvoeren van de woningaanpassing, het trainen in de nieuwe omgeving en het evalueren van het proces en resultaat. Dit staat opnieuw in relatie tot alle clusters van Jennifer Creek (2010b).

Vanuit de complexe interactie van clusters en concepten én vanuit de onderzoeksvragen en hoofdthema's werden volgende criteria bepaald aan de hand van dewelke de instrumenten hieronder worden geëvalueerd:

1. Algemeen doel van het instrument
2. Screeningselementen in relatie tot:
 - Cliëntgerichte aanpak
 - Het handelen van de NAH-cliënt
 - Levensdoel NAH-cliënt
 - Woonelementen van NAH-cliënt
 - Handelingszekerheid van de (mantel- of professionele) zorgverlener in de huidige situatie
 - De wijze waarop de eerstelijnszorg dit instrument gebruikt of kan gebruiken
3. Voordelen
4. Nadelen

6.6.4. Instrumenten

Dit luik beschrijft alle instrumenten die uit de literatuurstudie naar voren kwamen en die het handelen van de cliënt, de woning of beide evalueren op diverse manieren. De hierboven bepaalde criteria worden in onderstaande tabel uitgewerkt. Onder de tabel wordt dieper ingegaan op het doel, de concrete aanpak, de screeningselementen, de voordelen en de nadelen van elk instrument.

6.6.4.1. Geanalyseerd screeningsinstrumenten

- Arnadottir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE)
- Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)
- Brussels Integrated Activities of Daily Living Tool (BIA)
- Modified Barthel Index (MBI)
- Occupational Self Assessment (OSA)
- Home And Community Environment instrument (HACE)
- In-Home Occupational Performance Evaluation (I-HOPE)
- In-Home Occupational Performance Evaluation for Providing Assistance (I-HOPE Assist)

FOURMIND

- Housing Enabler
- BelRAI Home Care
- Obstacle tool

6.6.4.2. Overzichtstabel

Instrument	Doel	Cliëntgericht	Objectiveren handelen NAH-cliënt	Levensdoelen NAH-cliënt	Woolementen NAH-cliënt	Handelingszekerheid zorgverlener
A-one (Arnadottier, 1987 in van Engelen & Bokhorst, 2020)	Vaststellen van ADL problemen en onderliggende neurologische problemen	nee	Ja	nee	nee	nee
AMPS (A. Fisher, 1992)	Vaststellen van motorische - en procesvaardigheden in relevante ADL taken	ja	Ja	ja	nee	nee
BIA (De Vriendt et al., 2019)	Cognitieve diagnostiek	ja	Ja	ja	nee	nee
Modified Barthel Index (Collin et al., 1988)	Evaluatie van zelfredzaamheid over de laatste 48 uur	nee	Ja	nee	nee	nee
CLEVER (De Vriendt et al., 2019)	Doelen bepalen tussen eerste lijn en de PZON	ja	Nee	ja	ja	nee

FOU R M I N D

OSA 2.2 (Baron et al., 2006)	Zelfevaluatie omtrent dagelijkse activiteiten zowel op vlak van competentie als op vlak van relevantie/belang	ja	Nee	ja	nee	nee
HACE (Keysor et al., 2005)	Zelfevaluatie van de fysieke en sociale omgeving bij personen met een beperking	nee	Nee	nee	ja	nee
I-HOPE (Stark et al., 2010)	Meet de kwaliteit van de uitvoering van activiteiten in de woning voor en na een woningaanpassing	ja	Ja	ja	ja	nee
I-HOPE assist (Keglovits et al., 2015)	Meet de kwaliteit van de assistentie die kan geboden worden door de mantelzorger in de woning	ja	Ja	ja	ja	ja
Housing Enabler (Iwarsson et al., 2012)	Meet de correlatie tussen de fysieke en cognitieve mogelijkheden van de cliënt én de fysieke kenmerken van de woning en de directe omgeving	nee	Ja, maar niet in de eigen context	nee	ja	nee
BelRAI Home care (BelRAI	Meet de ondersteuning die	ja	Nee	ja	nee	nee

4 O U R M I N D

Kennisportaal, 2025)	de persoon thuis nodig heeft					
Obstacle tool (Lemmens et al., 2017)	Meet de thuisomgeving om onafhankelijk leven langer mogelijk te maken	ja	nee	nee	ja	ja

Tabel 1: Screeningstools

6.6.4.3. De Arnadottir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE)

▪ Doel van het instrument

De A-ONE is een beoordelingsinstrument voor mensen met neurologische aandoeningen zoals NAH, dementie of Parkinson (Gardarsdottir, 2002). Het meet de ADL mogelijkheden van de cliënt. Dit instrument is ontwikkeld voor de doelgroep van dit project, de NAH-cliënt, maar wordt vooral gebruikt in de revalidatiesetting van een ziekenhuis of revalidatiecentrum.

▪ Concrete aanpak

Het instrument observeert het uitvoeren van ADL-taken, zoals persoonlijke hygiëne, kleden, transfer en mobiliteit in een klinische setting, dus niet in de eigen woonomgeving van de cliënt. Naast objectieve informatie over de zelfstandigheid van de cliënt in ADL-taken, worden ook de cognitieve (functieniveau) en emotionele uitdagingen van de cliënt in beeld gebracht.

▪ Screeningselementen

Cliëntgerichtheid

Het instrument wordt niet aangepast aan de cliënt. Een aantal vooraf bepaalde items worden beoordeeld.

Handelen van de cliënt

Er wordt een objectieve weergave van de uitvoering van ADL-taken verkregen.

Levensdoelen

Bij de afname wordt niet stilgestaan bij de levensdoelen of verwachtingen van de cliënt.

Woonelementen

De afname van het instrument gebeurt in de context van een ziekenhuis of revalidatiecentrum, er wordt bijgevolg geen concrete info bekomen over de woonsituatie van de cliënt.

C O U R S U S

Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

De mantelzorger of professionele hulpverlener wordt niet meegenomen in de observatie.

- **De wijze waarop de eerstelijnszorg dit instrument gebruikt of kan gebruiken**

Het instrument is toegankelijk voor eerstelijnsmedewerkers. Iedereen kan hier vrij mee aan de slag gaan.

- **Voordelen**

De mogelijkheden van de cliënt op vlak van ADL worden objectief weergegeven.

- **Nadelen**

Er is geen observatie in de thuisomgeving. Bovendien, bepaalt de therapeut die de observatie uitvoert zelf welke activiteiten worden getest in functie van het behandelplan en doel en is er geen link met de levensdoelen van de persoon. Daarnaast scoort A-ONE laag op cliëntgerichtheid, zoals de keuze voor activiteiten, zicht op functioneren/handelen en handvaten voor behandeling (Buikema et al., 2009)

6.6.4.4. Assessment of Motor & Process Sills (AMPS)

- **Doel van het instrument**

AMPS (A. Fisher, 1992; Fisher et al., 1992) is een gestandaardiseerd en gevalideerd observatie-instrument waarmee de ergotherapeut het functioneren van een cliënt in alledaagse huishoudelijke en zelfzorgtaken kan beoordelen. AMPS is gebaseerd op uitvoering en niet op basis van een interview (Fisher, 2003; Rousseau et al., 2002; Rousseau et al., 2013).

De kwaliteit van het functioneren wordt beoordeeld op basis van drie factoren: de fysieke inspanning om de taak te kunnen uitvoeren, of het handelen efficiënt en veilig gebeurt en of de persoon dit zelfstandig kan. Aan de hand van 16 motorische - en 20 procesvaardigheden krijgt de therapeut inzicht in het handelen van de cliënt.

- **Concrete aanpak**

De therapeut gaat in gesprek met de persoon om minstens 2 taken af te lijnen die voor hem/haar betekenis hebben en een zekere uitdaging met zich mee brengen. De gekozen taken worden bij voorkeur in de eigen omgeving van de cliënt geobserveerd en nadien gescoord (Fisher, 2003).

De gekozen taken worden bij twijfel afgetoetst bij de sociale context of bij de professionele hulpverlener aan huis. Men vertrekt bij de observatie van een betekenisvolle activiteit. Dit is een cliëntgerichte aanpak.

- **Screeningselementen**

Cliëntgerichtheid

De cliënt kiest welke taken voor hem of haar belangrijk en relevant zijn op dat moment van de levensloop. Echter er dient een alertheid te zijn dat te taken nog steeds uitdagend zijn. Deze taken worden meegenomen in de afname van het instrument.

4 O U R M I N D

Handelen van de cliënt

Er is een objectieve beoordeling van de uitvoering van de taken, zowel op motorisch - als op procesvlak. De uitvoering van die taken gebeurt het best in de eigen context van de cliënt. Ruimtelijke aspecten die het handelen ondersteunen of hinderen worden in de evaluatie en beoordeling meegenomen.

Levensdoelen

De keuze van de taken door de cliënt is onrechtstreeks gekoppeld aan diens levensdoelen (belang en relevantie), er wordt weliswaar niet expliciet gepolst naar de levensdoelen.

Woonelementen

Tijdens de observatie wordt duidelijk hoe de omgeving de activiteit ondersteunt en/of belemmert.

Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

De mantelzorger of professionele hulpverlener wordt niet meegenomen in de observatie.

- **De wijze waarop de eerstelijnszorg dit instrument gebruikt of kan gebruiken**

De afname van de test moet gebeuren door een geschoolde ergotherapeut.

- **Voordelen**

Er wordt vertrokken van activiteiten die voor de cliënt betekenis hebben. Door te observeren in de eigen omgeving van de cliënt wordt belangrijke informatie verkregen.

Het instrument voorziet objectieve informatie over de kwaliteit van de uitvoering van concrete activiteiten. Zowel de sterke kanten van de cliënt als de uitdagingen komen in het rapport naar voor.

Het instrument is op vlak van cliëntgerichtheid goed beoordeeld (Buikema et al., 2009)

- **Nadelen**

Het instrument evalueert de woonomgeving niet en houdt geen rekening met de ondersteuning van een eventuele mantelzorger of medewerker uit de eerste lijn. De observatie kan enkel worden afgenomen als de observator een vijfdaagse opleiding heeft genoten.

6.6.4.5. Brussels Integrated Activities of Daily Living Tool (BIA)

- **Doel van het instrument**

BIA evalueert de uitvoering van activiteiten die voor iemand relevant zijn en geeft een idee van iemands dagelijkse activiteiten en diens (on)afhankelijkheid in deze activiteiten. Daarnaast verheldert het instrument de oorzaken van eventuele beperkingen. BIA evalueert het functioneren in het heden in vergelijking met wat vroeger was (De Vriendt et al., 2019)

BIA is een semigestructureerde vragenlijst waar zowel de persoon als zijn/haar context vertellen over relevante activiteiten van zelfzorg. Ze geven informatie over de eventuele beperkingen die ze ondervinden, hoe ernstig deze zijn en wat de oorzaak kan zijn. Op basis van een interview wordt een score toegekend door de onderzoeker.

4 O U R M I N D

▪ Screeningselementen

Cliëntgerichtheid

Er wordt vertrokken vanuit de relevante activiteiten van de cliënt. De cliënt geeft aan wat hij/zij zelfstandig kan uitvoeren, waar hulp bij nodig is, wat hij/zij niet meer kan uitvoeren en geeft aan wat de reden is van de problemen.

Handelen van de cliënt

Het objectiveren van het handelen komt in dit instrument niet aan bod. Het gaat hier om een zelfevaluatie.

Levensdoelen

De cliënt bespreekt de voor hem of haar belangrijke activiteiten, die passen binnen zijn of haar leven op dat moment. Dit is onrechtstreeks gelinkt aan diens levensdoelen. Dit wordt evenwel niet expliciet bevraagd.

Woonelementen

De cliënt kan bij de afname van het instrument verwijzen naar uitdagende kenmerken in de omgeving. Dit is evenwel niet verplicht noch volledig.

Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

Gezien de mantelzorger en de context betrokken worden in het gesprek, kunnen elementen rond handelingsonzekerheid mee opgenomen worden.

▪ De wijze waarop de eerstelijnszorg dit instrument gebruikt of kan gebruiken

Het instrument is toegankelijk voor eerstelijnsmedewerkers.

▪ Voordelen

Er wordt in belangrijke mate rekening gehouden met relevante activiteiten voor de cliënt en ook de mantelzorger wordt mee in het interview betrokken. Bovendien worden ook fysieke belemmeringen bevraagd, wat mee richting kan geven aan woonadvies.

▪ Nadelen

De cliënt wordt niet geobserveerd, een interview is richtinggevend.

6.6.4.6. Modified Barthel Index (MBI)

▪ Doel van het instrument

De MBI evalueert de mogelijkheid van de cliënt om na een CVA basis zelfzorgactiviteiten uit te voeren. Men gaat na of de cliënt deze activiteiten zonder assistentie kan uitvoeren. De MBI index meet wat de cliënt effectief doet, niet wat van hem of haar verwacht wordt (Lee; et al., 2020).

▪ Concrete aanpak

De verpleegkundige in het ziekenhuis of revalidatiecentrum vult de MBI in. Men evalueert continentie, al of niet zelfstandig kunnen eten, transfer van bed naar stoel, mobiliteit, aan- en uitkleden en zelfstandig een bad of douche kunnen nemen.

4 O U R M I N D

▪ Screeningselementen

Cliëntgerichtheid

Er wordt geen rekening gehouden met vragen of noden van de cliënt. Men evalueert een vast aantal items.

Handelen van de cliënt

Bij de afname van de index, krijgen we objectieve gegevens over de uitvoering van de zelfzorgactiviteiten van de NAH-client in de context van het ziekenhuis.

Levensdoelen

De levensdoelen van de cliënt zijn niet meegenomen in de index.

Woonelementen

Er is geen link met de concrete woonsituatie van de cliënt, het instrument wordt afgenomen in het ziekenhuis of revalidatiecentrum.

Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

Er is geen link met de mantelzorger of professionele zorgverlener.

▪ De wijze waarop de eerstelijnszorg dit instrument gebruikt of kan gebruiken

Dit instrument is toegankelijk voor de eerstelijnsmedewerker, maar wordt (nog) niet gebruikt in de thuiscontext.

▪ Voordelen

Er wordt een objectief beeld verkregen van de mogelijkheden van de cliënt over belangrijke ADL activiteiten.

▪ Nadelen

De observatie gebeurt in het ziekenhuis, niet in een thuisomgeving. Er is geen verwijzing naar de concrete omgeving waar de taak geobserveerd is. Bovendien wordt er niet overlegd met de mantelzorger of de eerste lijn. Daarnaast komen ook de levensdoelen van de cliënt niet aan bod.

6.6.4.7. CLEVER-Instrument

▪ Doel van het instrument

CLEVER is een instrument, specifiek ontwikkeld om doelgerichte zorg in de eerste lijn mogelijk te maken (De Vriendt et al., 2019). CLEVER staat voor:

- Context
- Levensverhaal
- Emoties
- Vaste waarden
- Engagement
- Relevantie

4 O U T L I N E

Dit instrument zet de levensdoelen van de betrokkene centraal. Ook de eerste lijn en de context worden meegenomen.

- **Concrete aanpak**

In het CLEVER-instrument worden zes stappen doorlopen. Een eerste stap is het introduceren van de hulpverlener en het doel waar ze naartoe willen werken. Een tweede stap is het inventariseren van relevante activiteiten die de persoon wil uitvoeren in de thuissituatie. In een derde stap wordt samen met de betrokkene een prioriteitenlijst opgemaakt. Wat is voor hem/haar en de sociale context het meest essentieel om op in te zetten. In het gesprek wordt gezocht waar de belangrijkste belemmeringen liggen in het uitvoeren van de prioritaire activiteiten. In een vierde stap worden deze activiteiten geanalyseerd. Er wordt nagegaan welke vaste waarden en emoties deze activiteit teweegbrengt. In een vijfde stap worden de doelen afgelijnd. In een zesde stap wordt geëvalueerd of de doelen bereikt zijn.

- **Screeningselementen**

Cliëntgerichtheid

Het instrument is specifiek ontwikkeld om de stem van de cliënt ondersteund door de eerste lijn, mee te nemen. In een gesprek wordt gepolst naar belangrijke activiteiten voor de cliënt. Het is de cliënt die aangeeft waar hij of zij energie uithaalt, wat belangrijk is in diens leven op dat moment.

Handelen van de cliënt

Het objectiveren van het handelen, het uitvoeren van bepaalde activiteiten is niet meegenomen in dit instrument.

Levensdoelen

CLEVER is een instrument dat de levensdoelen van de cliënt centraal zet.

Woonelementen

Er is geen rechtstreekse link met de woonomgeving van de cliënt.

Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

Er is geen link met de mantelzorger of professionele zorgverlener, er wordt enkel vanuit de cliënt gekeken.

- **De wijze waarop de eerstelijnszorg dit instrument gebruikt of kan gebruiken**

De medewerker van de eerste lijn kan deze vragenlijst afnemen.

- **Voordelen**

Het instrument zet de levensdoelen van de persoon centraal. De eerstelijnsmedewerker kan dit proces doorlopen, eventueel in nauwe samenwerking met een ergotherapeut.

- **Nadelen**

De activiteiten die de cliënt wenst uit te voeren worden niet naast zijn of haar fysieke en cognitieve mogelijkheden gelegd (het handelen).

C O U R S U S

6.6.4.8. Occupational Self Assessment (OSA)

- **Doel van het instrument**

Dit instrument gaat aan de hand van een zelfevaluatie na welke activiteiten goed uitgevoerd kunnen worden, waar er (grote) uitdagingen liggen en hoe belangrijk deze activiteiten zijn voor de persoon in kwestie (Kielhofner, 2008).

- **Concrete aanpak instrument**

De OSA is een gestructureerd interview. Er zijn een aantal stellingen beschreven waarbij de cliënt aangeeft hoe efficiënt de uitvoering is van de beschreven activiteit en daarnaast geeft hij/zij aan hoe belangrijk deze taak is. Naast de tevredenheid en het belang kan de cliënt ook aangeven welke verandering hij/zij wenst.

- **Screeningselementen**

Cliëntgerichtheid

De cliënt geeft in de bevraging zelf aan wat hij/zij belangrijk vindt en hoe efficiënt de uitvoering van deze zaken gebeurt.

Handelen van de cliënt

De OSA betreft een zelfevaluatie, het objectiveren van het handelen komt niet aan bod.

Levensdoelen

De cliënt geeft aan wat voor hem of haar belangrijk is zonder dat er expliciet naar de levensdoelen wordt gepolst.

Woonelementen

Deze elementen komen in de bevraging niet aan bod.

Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

De mantelzorger of eerstelijnsmedewerker wordt niet bevraagd.

- **De wijze waarop de eerstelijnszorg dit instrument gebruikt of kan gebruiken**

De OSA is een ergotherapeutisch instrument, maar kan ook door een medewerker uit de eerste lijn met een andere achtergrond afgenomen en besproken worden.

- **Voordelen**

Het is de persoon zelf die oordeelt over het belang van bepaalde activiteiten, hij/zij kan ook zelf een aanzet voor verandering aangeven.

- **Nadelen**

Inzicht in eigen mogelijkheden kan voor sommige personen een probleem vormen. Door een onbetrouwbaar ziekte-inzicht krijgt de onderzoeker geen exacte informatie. De vragen worden daarnaast te algemeen bevonden om op basis van de resultaten onmiddellijk goed advies te kunnen geven (De Baets et al., 2023). Daarnaast maakt de bevraging geen link met de woonomgeving en komen levensdoelen niet aan bod.

C O U R M I N D

6.6.4.9. Home and community environment (HACE) instrument

- **Doel van het instrument**

De HACE is een instrument ontwikkeld om aan de hand van zelfrapportage elementen uit de persoonlijke woning en de directe omgeving te inventariseren die invloed kunnen hebben op participatie (Keysor et al., 2005).

- **Concrete aanpak**

HACE bevat 36 items die onderverdeeld worden in vijf verschillende categorieën en één voor één bevraagd worden. De eerste categorie behandelt de mobiliteit in de woning (is er een trap, hoeveel treden zijn er, is er een armleuning aan de trap bevestigd...).

De tweede categorie behandelt de mobiliteit in de gemeenschap. Dat gaat over de toegankelijkheid van gebouwen in de buurt van de eigen woning en welke diensten er aanwezig zijn om problemen te compenseren (bijvoorbeeld het leveren van warme maaltijden aan huis).

De derde categorie bekijkt het gebruik van specifieke hulpmiddelen voor bepaalde noden zoals een rolstoel, een communicatiehulpmiddel... maar ook de toegang tot internet en computergebruik.

De vierde categorie is transport. Er wordt bevraagd of de cliënt een auto ter beschikking heeft, zelf rijdt en of er goed openbaar vervoer is.

De vijfde en laatste categorie beschrijft de attitude van de sociale omgeving en hun reactie op het contact met personen met een beperking.

- **Screeningselementen**

Cliëntgerichtheid

De cliënt rapporteert zelf over de uitdagingen en ondersteunende factoren in de eigen omgeving.

Handelen van de cliënt

Er is geen link met het handelen van de cliënt op zich.

Levensdoelen

Er is geen directe link met de levensdoelen van de cliënt.

Woonelementen

Diverse elementen worden bevraagd. Het gaat eerder om een ruwe screening van de woning op zich, er is geen directe link met het functioneren van de cliënt in de eigen woning.

Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

Er is geen link naar de mantelzorger of eerstelijnsmedewerker

- **De wijze waarop de eerstelijnszorg dit instrument gebruikt of kan gebruiken**

De vragenlijst kan door de eerste lijn aangeboden worden en samen met de cliënt ingevuld worden.

4 O U T L I N E

▪ Voordelen

Er wordt een beeld gevormd van de totale woonomgeving van de persoon. Meer dan in andere instrumenten wordt ook gekeken naar de directe omgeving van de cliënt. In kader van kwaliteit van leven is dat belangrijk. De tijd om het instrument in te vullen bedraagt een tiental minuten, wat heel kort is, om toch belangrijke informatie te krijgen.

▪ Nadelen

Het instrument geeft geen aanwijzingen hoe de omgeving het actuele handelen van de cliënt effectief beïnvloedt. Gezien het instrument ontwikkeld is voor personen met verminderde mobiliteit en niet direct voor personen met een NAH is er geen rekening gehouden met het ziekte-inzicht van de persoon. De geïnterviewde kan ook geen waarde geven aan zaken die voor hem of haar het meest belemmerend zijn. Daarnaast is er geen overleg met de context.

6.6.4.10. In home Occupational Performance Evaluation (I-Hope)

▪ Doel van het instrument

I-HOPE is een instrument dat vertrekt vanuit de interactie van de persoon met zijn/haar omgeving. Het instrument evalueert de uitvoering van betekenisvolle activiteiten in het dagelijkse leven. Men vertrekt vanuit de mogelijkheden van de persoon in het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten in de eigen woning (Rousseau et al., 2013; Stark et al., 2015; Stark et al., 2010).

▪ Concrete aanpak

De I-HOPE bestaat uit 44 kaarten waarop foto's staan van activiteiten die in de woning of in de onmiddellijke omgeving uitgevoerd worden. In verschillende stappen wordt gepolst naar voorkeuren van activiteiten van de cliënt.

Stap 1: Sorteert alle activiteiten in vijf verschillende categorieën

1. Ik doe dat niet, en wil dat ook niet doen
2. Ik doe deze activiteit zonder probleem
3. Ik doe de activiteit met enig probleem
4. Ik doe deze activiteit maar ik ben bezorgd over de mogelijkheid in de nabije toekomst
5. Ik doe dat niet, maar wil dat wel doen.

Stap 2: De cliënt geeft aan welke activiteiten vandaag problemen veroorzaken (bijvoorbeeld: *"Ik doe de activiteit met enig probleem"*, *"Ik doe deze activiteit maar ik ben bezorgd over de mogelijkheid in de nabije toekomst"*, *"Ik doe dat niet, maar wil dat wel doen"*), maar toch belangrijk zijn voor hem of haar. Er wordt aan de cliënt gevraagd om deze activiteiten volgens prioriteit te sorteren.

Stap 3: In een derde stap wordt de cliënt gevraagd de activiteiten die hij/zij prioritair wil aanpakken effectief uit te voeren terwijl de therapeut de activiteit observeert. Op die manier kan de mate van noodzakelijke ondersteuning bepaald worden en kunnen de omgevingsproblemen ook ingeschat worden.

4 O U R M I N D

Eens alle stappen doorlopen zijn, krijgen we inzicht in de wensen van de cliënt en worden de mogelijkheden van de cliënt in de specifieke taak ook meegenomen.

- **Screeningselementen**

Cliëntgerichtheid

De observatie start met de activiteiten die voor de cliënt waarde en betekenis hebben. De cliënt kiest welke taken een aanpassing vereisen en vandaaruit wordt verder geëxploreerd.

Handelen van de cliënt

Er is een objectieve beoordeling van de uitvoering van de taken die door de cliënt zijn aangegeven als uitdagend. De observatie gebeurt in de eigen context, dus is er een directe link met het handelen in een specifieke fysieke omgeving.

Levensdoelen

De cliënt bepaalt op basis van zijn eigen waarden en normen wat voor hem of haar belangrijke activiteiten zijn. Dit is onrechtstreeks gelinkt aan diens levensdoelen. Deze worden evenwel niet expliciet bevraagd.

Woonelementen

De observatie gebeurt in de eigen omgeving van de cliënt. De woonsituatie is dus volledig en objectief meegenomen in de evaluatie.

Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

Er wordt geen link gelegd naar de mantelzorger of de eerstelijnsmedewerker.

- **De wijze waarop de eerstelijnszorg dit instrument gebruikt of kan gebruiken**

Dit instrument dient door een ergotherapeut afgenomen te worden.

- **Voordelen**

Er wordt in belangrijke mate rekening gehouden met betekenisvolle activiteiten van de cliënt in de eigen omgeving. Waar de cliënt aangeeft dat er belangrijke uitdagingen zijn, worden deze activiteiten uitgevoerd en gescoord door de beoordelaar. Op die manier wordt de vraag van de cliënt onmiddellijk gelinkt aan de mogelijkheden. Objectieve informatie is dan de basis voor gericht woonadvies. Het instrument kan bovendien ingezet worden om de woning na de aanpassing te evalueren.

- **Nadelen**

In dit instrument wordt de mantelzorger of de eerste lijn niet meegenomen. Aanvullend moet de I-Hope assist afgenomen worden om deze informatie te bekomen.

C O U R M I N D

6.6.4.11. In-Home Occupational Performance Evaluation for providing Assistance (I-Hope Assist)

▪ **Doel van het instrument**

Mantelzorgers rapporteren dat de zorg voor de NAH-cliënt in de thuisomgeving tijdsintensief is. Het is dan ook belangrijk om de noden van de informele zorgverlener in kaart te brengen. Een niet aangepaste omgeving kan onveilige situaties teweegbrengen voor cliënt en zorgverlener. Het gevoel de verzorging aan te kunnen zorgt ervoor dat er minder risico's zijn in de verzorging (Keglovits et al., 2015).

Waar de I-HOPE kijkt hoe de cliënt dagelijkse activiteiten uitvoert en wat zijn/haar wensen en noden zijn om de omgeving aan te passen, richt de I-HOPE assist zich tot de informele zorgverlener. Met dit instrument wordt nagegaan hoe de omgeving het geven van assistentie bevordert of afremt (Keglovits et al., 2015; Rousseau et al., 2013). Het instrument is ontwikkeld om de effectiviteit te meten bij het geven van assistentie aan de cliënt in betekenisvolle activiteiten.

▪ **Concrete aanpak**

De I-Hope Assist is een instrument dat verschillende stappen doorloopt. De eerste stap gaat na bij welke activiteiten de zorgverlener op vandaag assistentie verleent. Daarbij worden de fotokaarten gebruikt die weliswaar verwijzen naar de activiteiten van de I-Hope, maar nu zijn afgebeeld met een zorgverlener die assistentie verleent. In de tweede stap oordeelt de zorgverlener welke activiteiten zijn/haar voorkeur genieten en waar hij of zij prioriteit aan wil geven. De zorgverlener geeft ook een subjectieve score over de mate van efficiëntie, de mate van tevredenheid en hoe "handelingzeker" de zorgverlener zich voelt bij de uitvoering van deze taken. Als laatste stap wordt gekeken hoe men de activiteit effectief uitvoert en onmiddellijk worden de omgevingselementen die de uitvoering hinderen mee opgenomen (Stark et al., 2010).

▪ **Screeningselementen**Cliëntgerichtheid

Men vertrekt vanuit de activiteiten die voor de cliënt en zijn of haar informele zorgverlener waarde en betekenis hebben.

Handelen van de cliënt

In de uitvoering van de voor de cliënt belangrijke activiteiten scoort de beoordelaar de uitvoering van zowel cliënt als mantelzorger. Op die manier krijg je een objectieve weergave van de kwaliteit van de uitvoering.

Levensdoelen

Er wordt vertrokken vanuit de vragen van de cliënt. Welke activiteiten in de woning wil de cliënt zelfstandig uitvoeren, waar wil hij/zij assistentie van de mantelzorger. De levensdoelen worden evenwel niet expliciet bevraagd.

4 O U R M I N D

Woonelementen

De observatie gebeurt in de eigen context van de cliënt. Alle ondersteunende en uitdagende kenmerken van de woonomgeving worden in de observatie en beoordeling meegenomen. Er is een directe link met de aanpassingen die nodig en mogelijk zijn.

Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

De observatie van de activiteiten die assistentie van de mantelzorger of professionele hulpverlener vragen, worden in de eigen omgeving en in overleg met cliënt en context geobserveerd. De hulpverlener kan zijn/haar onzekerheid of voorstellen delen met de onderzoeker.

▪ De wijze waarop de eerstelijnszorg dit instrument gebruikt of kan gebruiken

De eerstelijnsverzorger wordt betrokken bij afname van het instrument. Hij/zij kan aangeven waar en hoe de activiteit problematisch verloopt. Een objectieve observatie ondersteunt het advies rond mogelijke aanpassingen.

▪ Voordelen

De I-Hope Assist is het enige instrument dat focust op de informele zorgverlener. Het instrument wordt parallel met de I-Hope afgenomen. De mening van cliënt en mantelzorger kunnen maximaal afgestemd worden. Naast de subjectieve beleving krijgen we ook een objectieve evaluatie van de mogelijkheden van de verzorger in de woonomgeving van de cliënt. Ook de formele zorgverlener kan meegenomen worden in de observatie.

▪ Nadelen

De afname van zowel de I-HOPE als de I-HOPE Assist is tijdsintensief.

6.6.4.12. Housing Enabler

▪ Doel van het instrument

De Housing Enabler screent de woning vertrekkende van de beperkingen van het individu (Iwarsson, 1999). Tegenover de beperkingen van de cliënt worden alle elementen uit de fysieke omgeving van diezelfde cliënt geplaatst. Zo biedt het instrument inzicht in de verschillende elementen in de woonomgeving, rekening houdend met de specifieke beperkingen van de cliënt.

▪ Concrete aanpak

In een eerste stap worden de functionele beperkingen en de afhankelijkheid van mobiliteitshulpmiddelen gescreend. Het gaat om observatie en een interview. Er worden vijftien items bevraagd die informatie geven over het functioneren van de cliënt. Items die aan bod komen zijn bijvoorbeeld moeite met buigen, problemen met reiken, problemen met gebruik van bovenste ledematen...

In een tweede stap gaat men de woning screenen. De tool gaat dan de fysieke barrières na, 188 items worden beoordeeld. Er worden diverse items gescreend: ingangen van de woning, keuken, badkamer, leefruimte, slaapkamer, tuin. Een derde stap is het scoren van vermoedelijke problemen

4 O U R M I N D

gebaseerd op de functionele beperkingen van de cliënt en op het observeren van de fysieke belemmeringen van de woning. Stap één en stap twee worden op deze manier aan elkaar gelinkt.

- **Screeningselementen**

Cliëntgerichtheid

In dit instrument vertrekt men vanuit de beperking van de cliënt en niet vanuit de verwachtingen, activiteiten of doelen van de cliënt.

Handelen van de cliënt

Op basis van observatie en een interview worden de functionele beperkingen en de afhankelijkheid van mobiliteitshulpmiddelen gescreend.

Levensdoelen

In het instrument is er geen link met de levensdoelen van de cliënt. Men vertrekt vanuit een bestaande lijst van activiteiten en structurele elementen die aangepast zouden moeten worden.

Woonelementen

Er is een duidelijke link met de woning van de cliënt. De woning wordt zeer volledig gescreend, maar niet gekoppeld aan concrete vragen of levensdoelen van de cliënt. De woonelementen worden wel gekoppeld aan de functionele beperkingen en de afhankelijkheid van mobiliteitshulpmiddelen.

Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

Er is geen link met de mantelzorger of eerstelijnsmedewerker in het afnemen van het instrument.

- **De wijze waarop de eerstelijnszorg dit instrument gebruikt of kan gebruiken**

Een ergotherapeut dient dit instrument af te nemen.

- **Voordelen**

De woning wordt vrij volledig beoordeeld. Er is een objectieve relatie tussen de analytische mogelijkheden van de cliënt en de woning.

- **Nadelen**

In het screenen van de woning worden de levensdoelen van de cliënt en de sociale of professionele omgeving niet opgenomen. De scores zijn bovendien niet gelinkt aan de uitvoering van realistische activiteiten. Men koppelt de resultaten van de evaluatie van het functieniveau aan de omgevingselementen, maar er is geen objectieve informatie over de kwaliteit van de uitvoering van de voor de cliënt betekenisvolle activiteiten. Het instrument is bijgevolg niet cliëntgericht en geeft eerder een theoretische uitkomst in plaats van een objectieve beoordeling van voor de cliënt belangrijke activiteiten.

6.6.4.13. De Belrai Home Care

- **Doel van het instrument**

De Belrai instrumenten zijn een Belgische versie van de InterRAI-Suite. Dit is een groep van inschalingsinstrumenten die gebruikt wordt om de zorgnood van personen in kaart te brengen bij

4 O U R M I N D

verschillende doelgroepen en in verschillende sectoren. Deze instrumenten worden vandaag stilaan uitgerold zowel in de thuiscontext als in woonzorgcentra. Het instrument dat het best aansluit bij onderzoek naar gericht woonadvies is de Belrai Home Care (BelRAI Kennisportaal, 2025). Cliënten met een chronische zorgnood die thuis wonen en hulp ontvangen of zouden moeten ontvangen worden met deze tool geëvalueerd met als doel een zorgplan op te stellen.

▪ Concrete aanpak

De BelRAI wordt door meerdere zorgverleners uit de eerste lijn samen afgenomen en aangevuld. In een interview met cliënt en context worden situaties bevraagd van de laatste drie dagen. De cliënt geeft aan of de situatie is voorgevallen en hoe deze werd aangevoeld. Heeft hij of zij bij bepaalde activiteiten hulp moeten krijgen van anderen, is er een gevaarlijke situatie voorgekomen? In de vragen worden zowel fysieke, cognitieve als emotionele zaken bevraagd. Deze gegevens worden in een elektronische toepassing ingebracht waarbij dan een overzicht wordt bekomen van kritische punten die aangepakt dienen te worden.

▪ Screeningselementen

Cliëntgerichtheid

De vragenlijst die wordt afgenomen is gestandaardiseerd en niet afhankelijk van de cliënt. Alle items moeten doorlopen worden.

Handelen van de cliënt

Er wordt gepolst naar het handelen van de cliënt aan de hand van stellingen. Er is geen objectieve observatie van het handelen.

Levensdoelen

Er is geen link met de levensdoelen van de cliënt. Men focust vooral op de risico's en de ondersteuningsnood, vertrekkende van problemen.

Woonelementen

De fysieke omgeving wordt niet expliciet onderzocht, er wordt wel bevraagd of de cliënt nog zelfstandig de trap op kan, ondersteuning nodig heeft voor toiletbezoek...

Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

Bij de afname van het instrument wordt gepolst naar de reacties van de cliënt ten aanzien van mantelzorger of professionele hulpverlener. De handelingszekerheid in de ondersteuning van de cliënt komt niet aan bod.

▪ De wijze waarop de eerstelijnszorg dit instrument gebruikt of kan gebruiken

Het ziekenfonds of de eerste lijn (thuiszorgorganisatie) zet dit instrument in. Hiervoor wordt vooraf een opleiding doorlopen worden om het instrument te mogen gebruiken.

4 O U R M I N D

▪ Voordelen

Het instrument levert een objectief beeld van de cliënt in zijn/haar eigen omgeving. Alle hulpverleners in de eerste lijn spreken daardoor dezelfde professionele taal. Zorg kan afgestemd worden op een interdisciplinaire manier.

▪ Nadelen

Het instrument meet de fysieke omgeving van de cliënt niet en houdt geen rekening met levensdoelen of betekenisvolle activiteiten. Bovendien wordt het handelen niet geobjectiveerd, maar beoordeeld aan de hand van stellingen. Er is een klinische inschatting nodig van de hulpverlener om de nodige aanpassingen te doen. Er moet een opleiding doorlopen worden om met het instrument aan de slag te gaan

6.6.4.14. Obstacle tool

▪ Doel van het instrument

De Obstacle tool (Lemmens et al., 2017) evalueert verschillende ruimtes in de woning op valrisico, onafhankelijk leven en de mogelijkheid om noodzakelijke handelingen uit te voeren in deze ruimte. De tool is ontwikkeld voor ouderen, die geen cognitieve beperkingen hebben, maar wel een verminderde mobiliteit.

▪ Concrete aanpak

De ergotherapeut observeert 11 ruimtes in de woning van de oudere. Tijdens de observatie worden vragen gesteld. De taken worden niet uitgevoerd, er wordt vanuit gegaan dat de geïnterviewde de juiste info kan geven. Per ruimte worden verschillende elementen beschreven. In de keuken wordt bijvoorbeeld gekeken of het aanrecht bereikbaar is, of er warm en koud water beschikbaar is. Men gaat ook na hoe goed de woning onderhouden is.

▪ Screeningselementen

Cliëntgerichtheid

Het instrument wordt niet aangepast aan de cliënt. Een aantal vooraf bepaalde items worden beoordeeld.

Handelen van de cliënt

Er wordt geen objectieve weergave van de uitvoering van ADL-taken verkregen. De ergotherapeut observeert de ruimte en stelt vragen aan de cliënt per ruimte. De taken worden niet uitgevoerd, maar de cliënt is in staat om de correcte info te geven.

Levensdoelen

Bij de afname wordt niet stilgestaan bij de levensdoelen of verwachtingen van de cliënt. Men gaat ervanuit dat de cliënt veilig thuis wil wonen, maar wanneer er beperkingen zijn, wordt er niet gepolst naar belangrijke activiteiten

4 O U R M I N D

Woonelementen

De hele woning wordt gestructureerd gescreend. Elke ruimte wordt gescreend op vooraf afgesproken items. Men gaat ook na of er reeds ondersteunende technologie aanwezig is.

Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

De mantelzorger of professionele hulpverlener kan de woning screenen, maar er moet nog verder onderzoek gebeuren naar de betrouwbaarheid van de resultaten bij de mantelzorger en cliënt.

- **De wijze waarop de eerstelijnszorg dit instrument gebruikt of kan gebruiken**

De bedoeling is dat (informele) hulpverleners de tool kunnen gebruiken. Men stelt wel vast dat professionele hulpverleners de tool gemakkelijker en correcter gebruiken dan de informele hulpverlener.

- **Voordelen**

Er is een duidelijke screening van de hele woning, waarbij elke ruimte besproken wordt.

- **Nadelen**

De tool is momenteel enkel beschreven voor ouderen zonder cognitieve problemen. Bovendien is er geen objectivering van het handelen van deze oudere en worden ook levensdoelen of betekenisvolle activiteiten niet meegenomen.

6.6.5. Conclusie

6.6.5.1. ECFOT

Bij het screenen van verschillende instrumenten in kader van woonadvies werd vertrokken van het raamwerk van Creek (2010b), aangezien dit raamwerk goed de complexiteit van het menselijk handelen op een bepaalde plaatst weergeeft. Door beter te begrijpen welke handelingscomponenten aan- of afwezig zijn, hoe zelfstandig, veilig en efficiënt dagelijkse activiteiten uitgevoerd kunnen worden, kunnen we gericht de woning aanpassen aan de mogelijkheden van de NAH-client. Activiteiten en rollen die voor het hersenletsel mogelijk waren zullen misschien anders, gedeeltelijk of niet meer uitgevoerd kunnen worden. De motivatie en de wil van de cliënt is cruciaal om een aanpassing te doen slagen. Door de woonomgeving aan te passen, kan de cliënt zijn of haar (aangepaste) levensdoelen waarmaken. De verschillende clusters en concepten beschreven door Creek (2010b) werden meegenomen in de evaluatie van de verschillende instrumenten.

6.6.5.2. Selectie instrumenten

Uit deze evaluatie blijkt dat het belangrijk is om de objectieve mogelijkheden van de NAH-client in de thuiscontext in kaart te brengen, vertrekkende vanuit de voor hem of haar betekenisvolle activiteiten. Het handelen moet objectief gemeten worden in een realistische setting vertrekkende

4 O U R M I N D

vanuit persoonlijke doelen. De AMPS (Fisher et al., 1992) en de CLEVER (De Vriendt et al., 2019) zijn twee instrumenten die doelen en verwachtingen naast de effectieve mogelijkheden van de cliënt leggen.

Naast de objectieve evaluatie van het handelen in relatie tot de levensdoelen van de cliënt, is het ook belangrijk de woning zelf objectief in kaart te brengen. De I-HOPE (Stark et al., 2010) lijkt hiervoor een geschikt instrument. De NAH-client wordt geobserveerd in voor hem of haar betekenisvolle taken in de woning. Er wordt dus gestart met taken en activiteiten die de cliënt zelf aangeeft. Als de I-HOPE gecombineerd wordt met de I-HOPE Assist (Keglovits et al., 2015) wordt ook de stem van de mantelzorger of professionele zorgverlener meegenomen. Taken die de mantelzorger als belangrijke knelpunten ervaart, worden in de woning van de NAH-client geëvalueerd. Deze instrumenten kunnen ook ingezet worden om de woning te evalueren na de aanpassing.

De I-HOPE (Assist) bekijkt niet enkel de woning, maar observeert ook de cliënt en de (informele) zorgverlener bij het uitvoeren van verschillende activiteiten. Het is onduidelijk of de AMPS dan nog moet afgenomen worden. De I-HOPE (Assist) is evenwel nog niet gevalideerd bij NAH-clienten, wat wel het geval is voor de AMPS (De Baets et al., 2023).

6.6.5.3. Optimalisatie proces woonadvies

Om het proces van woonadvies in de toekomst effectiever en mensgerichter te maken, kunnen op basis van deze eerste screening verschillende screeningsinstrumenten geïntroduceerd worden:

- AMPS (A. G. Fisher, Liu, Y., Velozo, C. A., & Pan, A. W, 1992)
- CLEVER (De Vriendt et al., 2019)
- I-HOPE (Stark et al., 2010)
- I-HOPE Assist (Keglovits et al., 2015)

Een combinatie van deze instrumenten houdt rekening met de verschillende aspecten van het handelen van de persoon beschreven door Creek (2010b). De screening van de NAH-client in de woning dient mensgericht te zijn, het handelen van de NAH-client in relatie tot de reële woonomgeving moet geobjectiveerd worden en tot slot moet er ook aandacht zijn voor de handelingszekerheid van de mantelzorger of de eerstelijnsmedewerker. Er is weliswaar vervolgonderzoek nodig om dit te valideren, te concretiseren en te integreren in het proces.

6.7. Besluit literatuuronderzoek

Bovenstaande literatuurstudie maakt duidelijk hoe complex en uitdagend het huidige proces in NAH-woonadvies is. Hoewel de eerste lijn frequent en met diverse disciplines aanwezig is bij de NAH-client thuis, bestaat er nog onvoldoende kennis over de rol van de eerste lijn in het woonadvies.

C O U R M I N D

De complexe en multidimensionale uitdagingen situeren zich zowel op het vlak van beleving van alle stakeholders, het proces van woonadvies zelf als de bestaande instrumenten voor de screening van NAH-cliënten en de woning. De link tussen de architecturale context en de kwaliteit van leven voor de NAH-cliënt wordt in bestaand onderzoek vooral vanuit de ziekenhuis- en revalidatiecontext beschreven.

6.7.1. De procesbeleving van het NAH-woonadvies door de NAH-cliënt

De NAH-cliënt moet afrekenen met verschillende uitdagingen. Zo zorgen de fysieke uitdagingen ervoor dat betekenisvolle activiteiten in een niet-aangepaste omgeving niet of onvoldoende uitgevoerd kunnen worden. Een goede samenwerking tussen de eerste lijn en de persoon met NAH om meer activiteiten te kunnen uitvoeren draagt bij tot een goede fysieke revalidatie.

De cognitieve uitdagingen mogen geen drempel zijn om de NAH-cliënt voldoende stem te geven in het ontwerpen en aanpassen van de woning. Emotionele uitdagingen zorgen ervoor dat de cliënt moeite heeft met het aanvaarden van noodzakelijke aanpassingen. Het is pas na een acceptatieperiode dat cliënt en context stappen kunnen zetten richting een aangepaste woning.

Cliënten met een beperkt ziekte-inzicht kunnen geconfronteerd worden met onveilige situaties die een woningaanpassing noodzakelijk maken.

De meeste aanpassingen die geadviseerd worden hebben betrekking op ADL-activiteiten, terwijl er weinig of niet wordt stilgestaan bij de levenswaarden en betekenisvolle activiteiten van de cliënt.

Ook voor de mantelzorgers vraagt de nieuwe conditie van de NAH-cliënt een acceptatie en aanpassing. Aanpassingen moeten soms snel uitgevoerd worden in functie van ontslag uit het ziekenhuis.

Het is net in deze situaties dat de cliënt eerder geïnformeerd dan betrokken wordt in het woonadvies. Nochtans is deze betrokkenheid van kapitaal belang in kader van acceptatie.

6.7.2. Context en standpunt van de eerstelijnszorg omtrent NAH-woonadvies

6.7.2.1. Standpunt van de eerstelijnszorg

Ziekenhuizen en revalidatiecentra focussen in eerste instantie op het herstel van de NAH-cliënt. Ze vertrekken dus vanuit een medisch model. Bij nakend ontslag kunnen medewerkers langsgaan bij de cliënt thuis om gericht advies te geven rond toegankelijkheid en potentiële aanpassingen in functie

C O U R M I N D

van de diagnose en de blijvende beperking van de cliënt. Echter eenmaal de cliënt is ontslagen, kan men deze niet verder opvolgen.

De literatuur leert ons dat er stilaan een evolutie is in de wijze waarop eerstelijnsdiensten aan huis effectief plaatsvinden en worden uitgevoerd. Ze focussen meer op kwaliteit van leven en het medisch model wordt stilaan verlaten. De cliënt komt in aanraking met verschillende stakeholders die elk een deel van de zorg opnemen. Geen enkele partner binnen de eerste lijn heeft het mandaat om het woonadvies van begin tot einde op te volgen. Toch zullen zij in veel gevallen de woonvraag initiëren.

Regelgeving rond de financiële vergoeding van prestaties is onvoldoende uitgewerkt om het proces van woningaanpassing op te volgen. Zelfstandige therapeuten, verpleegkundigen, zorgkundigen... kregen een specifieke opdracht vanuit het RIZIV die ook de terugbetaling van hun prestaties bepaalt. Woonadvies werd niet opgenomen in de nomenclatuur en kan dus niet vergoed worden.

6.7.3. De dialoog tussen de architecturale context en NAH-cliënten

De fysieke woonomgeving heeft een directe impact op het herstel en de levenskwaliteit van NAH-cliënten. Architecturale aanpassingen moeten gericht zijn op het verbeteren van de toegankelijkheid, veiligheid en autonomie van de NAH-cliënt. Dit betekent dat bijvoorbeeld aanpassingen zoals het verwijderen van drempels, het verbreden van deuren, en het installeren van handgrepen en antislipmaterialen noodzakelijk zijn. Daarnaast moeten flexibele, aanpasbare ontwerpen worden overwogen om rekening te houden met de veranderende fysieke en cognitieve mogelijkheden van de NAH-cliënt. Verder moet de woning niet alleen functioneel zijn, maar ook bijdragen aan het emotionele welzijn van de NAH-cliënt door gebruik te maken van natuurlijke lichtinval en ontspannende ruimtes.

6.7.4. Screeningsinstrumenten voor NAH-woonadvies bij NAH-cliënten

Effectieve screening is essentieel om de specifieke noden van NAH-cliënten te identificeren en op basis daarvan de juiste aanpassingen te realiseren. Uit de studie blijkt echter dat er momenteel een variatie aan instrumenten bestaat, die telkens focussen op verschillende aspecten. Er bestaat geen enkel instrument dat alle belangrijke aspecten (zoals levensdoelen, objectiveren van de mogelijkheden van de cliënt en zijn context, betekenisvolle activiteiten) in kaart brengt. Er moet dus gezocht worden naar een combinatie van verschillende instrumenten die de uitdagingen van de cliënt in relatie tot wonen in kaart brengt, de fysieke en architecturale aspecten van de woning, en

C O U R M I N D

vooral de levensdoelen en daaraan gekoppelde belangrijke activiteiten in en rond de woning uitlicht. Momenteel vindt de screening ad hoc plaats en is deze afhankelijk van de ervaring en kennis van de zorgverlener. Om een efficiënter proces te garanderen, moeten er specifieke screeninginstrumenten gekozen worden die de fysieke, cognitieve, emotionele en veiligheidsuitdagingen van de NAH-cliënt evalueren. Door het gebruik van betrouwbare tools kan de zorgverlening beter worden afgestemd op de individuele situatie van de NAH-cliënt. Vanuit de literatuur leren we dat de I-Hope en de I-Hope assist het best aansluiten bij deze doelstelling. CLEVER brengt de levensdoelen van de cliënt in kaart en door AMPS te gebruiken kunnen we de mogelijkheden van de cliënt in de woning gaan objectiveren.

7. Focusgesprek

7.1. Methodologie

Het focusgesprek heeft als doel om de belangrijkste stakeholders, de eerstelijnszorg, aan het woord te laten en de hiaten in het proces van NAH-woonadvies in kaart te brengen met praktijkervaringen.

Binnen dit onderzoek is de stem van de eerste lijn cruciaal. Daarnaast willen we het huidige proces van NAH-woonadvies en de verschillende betrokken stakeholders in kaart brengen om het proces te kunnen optimaliseren. Er wordt één focusgesprek georganiseerd, kort na de aanvang van het onderzoek.

Potentiële en gekende stakeholders worden in kaart gebracht: ziekenfondsen, overheidsorganen, eerstelijnsverzorgers, mantelzorgers, thuiszorgdiensten (zoals thuisverpleging, huishoudhulp en verzorgende), zelfstandig ergotherapeut, leveranciers van hulpmiddelen en ondernemers in zorg-ondersteunende hulpmiddelen en verbouwingen...

Van februari tot april 2024 werden verschillende gekende stakeholders gecontacteerd: thuisverpleging, thuiszorg, huishoudhulp, zelfstandig ergotherapeuten, leveranciers van hulpmiddelen en ondernemers in zorg-ondersteunende hulpmiddelen en verbouwingen. Gekende stakeholders worden via e-mail of telefoon direct gecontacteerd. Daarnaast werd een oproep gelanceerd via verschillende kanalen: professionele en persoonlijke netwerken en social media (Linkedin, Facebook). Uiteindelijk stemden in totaal 8 mensen in voor het focusgesprek. Finaal namen zeven personen effectief deel.

Alle participanten ondertekenden een GDPR-overeenkomst en een Informed Consent⁷. Terwijl de moderator⁸ het gesprek leidde en de verschillende vragen stelde, namen de observatoren notities.⁹

⁷ GDPR & informed consent: zie bijlage 1

⁸ Moderator: Hilde Pitteljon

⁹ Observatoren: Jasmien Herssens, Lisa Messely

4 O U R M I N D

Op het einde van het project hielden we tot slot een klankbordgroep om onze resultaten verder te verifiëren.

7.2. Participanten

Code	Geslacht	Jaren ervaring in de sector	Opleiding	Organisatie	Functie	Aanwezigheid
FOC01	Man	20-30 jaar	Ingenieur	Wit-Gele Kruis	Innovatiemedewerker thuisverpleging	X
FOC02	Vrouw	<10 jaar	Ergotherapeut	Helan	Adviesverlener ziekenfonds	X
FOC03	Vrouw	10-20 jaar	Opvoeder bijzondere jeugdzorg	PASVU	Verzorgende	X
FOC04	Vrouw	20-30 jaar	Ergotherapeut	Liften Strobbe	Adviseur	X
FOC05	Vrouw	20-30 jaar	Maatschappelijk werker	Familie zorg	Verantwoordelijke thuiszorg	X
FOC06	Vrouw	<10 jaar	Ergotherapeut	Zelfstandige	Ergotherapeut aan huis	X
FOC07	Vrouw	20-30 jaar	Ergotherapeut	Revalidatie Klief	Hulpmiddelenverantwoordelijke	X
FOC08	Vrouw	10-20 jaar	Verpleegkundige	Wit-Gele Kruis	Verpleegkundige	

Tabel 2: Participanten focusgesprek

7.3. Focusgesprek met eerstelijnszorg

7.3.1. Vraagstelling

Aan de hand van een lijst met open vragen en een op voorhand opgestelde digitale presentatie werd het focusinterview uitgevoerd.

Volgende vragen kwamen in het focusgesprek aan bod:

- Wat is de initiële vraag die je krijgt bij de aanvang van een NAH-woonadvies?

C O U R M I N D

- *Wie contacteert jou?*
- *Hoe verloopt het ganse proces? Wie zijn de stakeholders?*
- *Gebruik je een bepaalinstrument?*
- *Wie contacteer je zelf?*
- *Over welke informatie beschik je?*
- *Over hoeveel tijd beschik je?*
- *Wat werkt er goed?*
- *Waar zijn er verbeteringen mogelijk?*
- *Hebben jullie finaal inzicht in de woonaanpassingen?*
- *Hoe worden de aanpassingen aangepakt?*
- *Hoe worden ze achteraf beleefd?*

7.3.2. Datacollectie

Het focusgesprek vond plaats op 19 April 2024 in Dominiek Savio, aan een vergadertafel in de bureauruimte van de onderzoeker/moderator. De moderator zat bij de participanten aan tafel en de observatoren zaten aan een bureau op één meter afstand. De antwoorden van de participanten werden door de observatoren genoteerd. Daarnaast werd er ook een audio-opname gemaakt van het gesprek dat werd getranscribeerd. Alle bijlagen voor GDPR en informed consent werden ter plaatse ingevuld.

Deze groep kwam in september nog eens samen om de eerste voorlopige resultaten te bespreken. Hun reacties werden verder meegenomen in het ontwerp van het stappenplan.

Foto's van de bijeenkomst zijn onder bijlage 3 te vinden.

7.3.3. Analyse

De observatoren bezorgden de uitgeschreven nota's aan de onderzoeker die samen met de audio-opname de analyse maakt. In de nota's van beide observatoren werden kernwoorden aangeduid in de tekst. De eerste lijst kernwoorden die naar boven komen zijn:

Ziekte-inzicht, gebrek aan tijd, nood aan multidisciplinair samenwerken, geen gebruik van instrumenten, geen regie, delen van info, mismatch tussen hulpmiddelen en aanpassingen en de NAH-cliënt, belang eerste lijn, vertrouwenspersoon, regelgeving die niet correleert met de noden, financiën, belangrijke activiteiten, gebrek aan evaluatie (open codering).

Op basis van de nota's, een eerste open codering gevolgd door een axiale codering, worden linken gelegd tussen verschillende stellingen van participanten en de resultaten uit de literatuur. De stellingen en trefwoorden die beklemtoond werden, werden samengevat in één document.

Daarna wordt een selectieve codering uitgevoerd. Beide tabellen zijn in bijlage 4 en 5 toegevoegd.

C O U R M I N D

7.3.4. Inzichten focusgesprek

Uit de analyse wordt duidelijk dat de participanten de verschillende stappen in het proces van woonadvies bij NAH hebben besproken. Samengevat onderscheiden zij acht grote onderdelen in dit proces:

1. Intake
2. Inbreng kennis en expertise
3. Informatiedeling en – opvolging
4. Advies en ontwerp
5. Regie en uitvoering
6. Financiering
7. Borging - goed gebruik van de hulpmiddelen
8. Evaluatie

Er wordt stilgestaan bij de verschillende elementen uit het proces.

7.3.4.1. Intake

De verpleegkundigen en zorgkundigen van de eerste lijn geven aan dat zij vaak de aanzet geven om de woning aan te passen. Ze merken dat de zorg niet op een kwaliteitsvolle manier kan gegeven worden, en observeren dat de NAH-cliënt bepaalde activiteiten niet langer kan uitvoeren.

De eerstelijnsmedewerker tracht de NAH-cliënt in vertrouwen voor te bereiden op de nodige aanpassingen. In eerste instantie proberen de eerstelijnsmedewerkers zich te behelpen met kleine aanpassingen: het verplaatsen van meubilair, het aankopen van kleine hulpmiddelen... De eerstelijnsmedewerkers hebben een basiskennis en veel praktijkervaring (FOC05), daarnaast heeft onder andere Familiezorg ergotherapeuten in dienst die hierin ondersteunen. De eerstelijnsmedewerkers geven aan dat zij een vertrouwensrelatie hebben opgebouwd met de NAH-cliënt wat ervoor zorgt dat zij hen kunnen voorbereiden op aanpassingen en bepaalde voorstellen durven doen. Deze vertrouwensrelatie is van cruciaal belang om het proces van woningaanpassingen aan te vangen (FOC03).

Wanneer er ingrijpende wijzigingen aan de woning nodig zijn, is het voor de eerstelijnsmedewerker niet altijd duidelijk bij wie ze terecht kunnen voor extra expertise en ondersteuning. Als ze de juiste stakeholders kennen en kunnen contacteren, is dit in de meeste gevallen omdat ze al contact hadden met deze actoren in functie van vorige casussen (praktijkervaring) (FOC03). De participanten geven aan dat ze telkens zelf de juiste weg en de juiste contacten moeten zoeken (FOC03, FOC06, FOC05).

De commerciële speler rond de tafel geeft aan dat wanneer een NAH-cliënt aanklopt bij hen, de NAH-cliënt vaak al doorverwezen is door een eerstelijnsorganisatie, een multidisciplinair team (van

4 O U R M I N D

het ziekenfonds) of het revalidatieziekenhuis. De NAH-cliënt kan echter ook rechtstreeks met het bedrijf contact opnemen, maar dit gebeurt minder frequent (FOC04).

Vooraleer iemand met een NAH terug naar huis gaat na een verblijf in het revalidatieziekenhuis, worden vaak door het ziekenhuis al stappen gezet richting woningaanpassingen. De revalidatiemedewerker stelt dat er binnen het ziekenhuis veel info en medische gegevens zijn en dat men de NAH-cliënt ziet functioneren in de ziekenhuiscontext. Het is echter niet eenvoudig om in te schatten hoe de NAH-cliënt thuis zal functioneren. Er is een huisbezoek mogelijk met de medewerker vanuit het revalidatieziekenhuis. Op deze manier wordt het proces al geïnitieerd, maar er is onvoldoende tijd om het hele proces van woningaanpassing te doorlopen (FOC07). Kleine aanpassingen die een ontslag uit het ziekenhuis mogelijk maken, zijn wel mogelijk op korte termijn. FOC07 vertelt: *“Met de mantelzorger, als die er is en betrokken is, proberen we een aantal stappen te zetten om het thuis mogelijk te maken. Het is niet altijd haalbaar om dat uitgebreid met de cliënt zelf te bespreken.”* Na ontslag kan het traject niet of onvolledig opgevolgd worden door de revalidatiedienst (FOC07).

De medewerker van het ziekenfonds geeft aan pas betrokken te worden als er al ideeën zijn voor een woningaanpassing of als er een concrete hulpvraag is (bijvoorbeeld een activiteit die niet meer uitgevoerd kan worden). Bijvoorbeeld als de NAH-cliënt niet meer naar de slaapkamer kan gaan, wordt er een ziekenhuisbed in de woonkamer geplaatst. NAH-cliënten worden doorverwezen naar het ziekenfonds door ziekenhuizen, sociale diensten... Soms neemt de ergotherapeut van het ziekenfonds ook proactief contact op als er bijvoorbeeld een rolwagen wordt uitgeleend (FOC02): *“We weten immers dat een mobiliteitsprobleem dikwijls ook andere problemen in de woning met zich meebrengt. Wanneer de cliënt open staat voor een verder traject kan dat opgestart worden”* (FOC02).

FOC03 poneert echter dat die proactieve houding niet bij elk ziekenfonds of bij elke medewerker aanwezig is: *“We stellen vaak vast dat er wel een hoog-laagbed in de living staat, gehuurd via het ziekenfonds, maar er komt niemand langs om de andere noodzakelijke aanpassingen te bekijken of aan te pakken.”*

NAH-cliënten kunnen na een langdurige revalidatie tot 6 maanden na datum beperkt beroep doen op een ergotherapeut. Er kan vanuit het revalidatiecentrum een voorschrift uitgeschreven worden voor 11 sessies. In de praktijk is deze mogelijkheid echter onvoldoende gekend (FOC06). Wanneer een zelfstandig ergotherapeut aan huis komt is er vaak al een duidelijke hulpvraag (bijvoorbeeld bepaalde activiteit terug aanleren). De zelfstandig ergotherapeut stelt dan vast dat er woningaanpassingen nodig zijn om deze activiteit terug uit te kunnen voeren (FOC6). Het is voor de ergotherapeut niet mogelijk om zelf adviesrapporten te schrijven, de ondersteuning bij het hele proces kost voor de cliënt veel als de terugbetaalde sessies op zijn, of de 6 maanden verstreken zijn. De cliënt heeft soms niet de middelen om de interventie en adviesverlening van de ergotherapeut in kader van woonadvies te betalen. De ergotherapeut verwijst dan door naar het ziekenfonds, dat instaat voor de woningaanpassing (FOC06).

4 O U R M I N D

Uit dit praktijkonderzoek blijkt dat afhankelijk van wie de initiële vraag ervaart, het traject anders wordt gelopen. In het focusgesprek werd duidelijk dat de verschillende diensten soms hetzelfde werk doen en niet altijd op de hoogte zijn van wat andere diensten kunnen betekenen voor de NAH-cliënt. Elke dienst kan slechts een deeltje in het traject opnemen en de financiering is telkens beperkt tot een bepaald onderdeel of wordt opgenomen vanuit goede intentie van de zorgverlener.

7.3.4.2. Inbreng kennis en expertise

Het is duidelijk dat de eerste lijn veel basiskennis heeft. Door de ervaring bij verschillende cliënten kunnen er snel een aantal ingrepen in de woning worden voorgesteld. Voor de evaluatie van de woning en om barrières om goed te kunnen functioneren te detecteren, worden verschillende checklists gebruikt door de stakeholders die deelnamen aan het focusgesprek. Meestal dienen deze checklists als leidraad. Men doorloopt de woning en gebruikt de eigen ervaring om alles te screenen (FOC04, FOC02, FOC07).

Er wordt zelden een instrument gebruikt dat polst naar de betekenisvolle activiteiten van de NAH-cliënt en de context. Enkel de PAL, plezierige activiteitschaal, werd door de medewerker van het ziekenfonds vermeld (FOC02). Deze schaal wordt door de NAH-cliënt en/of de context ingevuld. De schaal stelt weliswaar niet vast waarom een bepaalde activiteit wel of niet wordt gedaan. De schaal onderzoekt of bepaalde activiteiten gedurende een korte periode zijn voorgekomen en hoeveel plezier die activiteiten de NAH-cliënt bezorgen.

Om de mogelijkheden van de NAH-cliënt in te schatten is het medisch dossier en de diagnose bepalend. Er is weinig tijd om te observeren wat de betekenis van de beperking is in het dagelijks functioneren in de woning (FOC02, FOC07).

In het focusgesprek kwam naar voren dat er bij de verschillende stakeholders beperkte kennis is van instrumenten en onvoldoende tijd is om onderbouwd en diepgaand advies te kunnen geven (FOC03, FOC06, FOC07). *“Voor de opmaak van een motivatieverslag in kader van IMB is er standaard een huisbezoek, indien strikt noodzakelijk kan dat uitgebreid worden. De tijdsdruk is echter zeer hoog.”* (FOC02, FOC07).

Wanneer er grote veranderingen nodig zijn, specifieke hulpmiddelen aangekocht moeten worden, voelt de eerste lijn zich onzeker (FOC3, FOC1).

Verschillende aspecten worden door de participanten ervaren als onvoldoende gekend:

- Diensten die specifieke kennis hebben in de adviesverlening rond woningaanpassing bij personen met een NAH (FOC03, FOC05, FOC07)
- Financiële tussenkomst die mogelijk is voor personen met een NAH (FOC03)
- Kennis rond regelgeving bouwvergunningen (FOC01, FOC03, FOC06)
- Kennis rond architecturale aspecten (FOC06, FOC07, FOC02)
- Kennis rond medische problematieken en functionele gevolgen (FOC03, FOC05, FOC01)

4 O U R M I N D

De vaststelling is dat geen enkele dienst alle kennis in huis heeft. Er moet samengewerkt worden om tot een onderbouwd en gedragen woningadvies te komen. Deze samenwerking is op vandaag echter nog niet geformaliseerd en afhankelijk van persoonlijke contacten en praktijkervaringen van de betrokken stakeholders.

Wanneer de verzorgende van Pasvu een woonnood ervaart zal ze beroep doen op het Centrum Consult van Dominiek Savio omdat ze daar bij andere cliënten al goede ervaringen mee had (FOC03). Anderen contacteren in functie van een specifiek hulpmiddel dat ze in gedachten hebben, onmiddellijk de verdeler of verkoper van een product (FOC02, FOC06).

7.3.4.3. Informatiedeling en -opvolging

Vandaag stellen de verschillende participanten vast dat er rond een NAH-cliënt wel medische gegevens worden bijgehouden, maar zij deze niet kunnen inkijken (FOC05, FOC03). In het beste geval kan de NAH-cliënt zelf de info doorgeven, heeft hij of zij het dossier in huis en kan de NAH-cliënt toelating geven om alle nodige info te gebruiken. Wanneer dit niet het geval is en ook het netwerk of een betrokken mantelzorger kan de info niet doorgeven, dan is het niet evident om aan de juiste gegevens te komen. De stakeholders vragen zich af of het principe 'Circle of Trust' ervoor kan zorgen dat info eenvoudiger gedeeld kan worden (Vlaanderen, 2023) (FOC01). Uit de verklaringen van de participanten blijkt dat samenwerking en overleg tussen diensten op eigen initiatief dient te gebeuren. Er is op vandaag geen kanaal dat deze communicatie faciliteert (FOC01, FOC03, FOC05, FOC06).

7.3.4.4. Advies en ontwerp

Op vandaag gebeurt het advies en ontwerp heel fragmentair. Vanuit de revalidatie wordt ingezet op de meest elementaire zaken in functie van ADL (FOC07). Er wordt advies gegeven rond specifieke hulpmiddelen, zelden wordt stilgestaan bij betekenisvolle activiteiten in de woning of directe omgeving. De beleving van de verschillende ruimtes komt niet ter sprake (FOC03).

Cliënten zijn in het advies vaak overdonderd, herkauwen nadien het advies, en stellen vast dat het ontwerp niet voldoet en niet beantwoordt aan hun nood en verwachting. Dat kan omwille van diverse redenen. Ze zien niet altijd goed wat hun eigen beperking is, ze verwachten dat het VAPH zaken goedkeurt waar ze geen recht op hebben, vinden dat de woning volledig zijn ziel verliest... (FOC07, FOC03). Er is in de adviesverlening weinig rekening gehouden met het architecturale. Dat ligt bij heel wat mensen moeilijk (FOC03).

7.3.4.5. Regie en uitvoering

Eenmaal de werken van start gaan, is er geen enkele organisatie gemandateerd om de werken op te volgen. Er moeten producten gekozen worden, er dienen afspraken gemaakt te worden met een installateur/aannemer. In de meeste gevallen zijn deze aannemers of installateurs niet vertrouwd met de specifieke beperking van de klant. Hier is communicatie wederom cruciaal (FOC03, FOC05).

C O U R M I N D

De aanvraag tot terugbetaling, het opvragen van offertes, enz.... behoort niet tot het takenpakket van de stakeholders die deelnemen aan het focusgesprek. De NAH-cliënt zelf, een mantelzorger of een andere professional volgt dit op vandaag op. Daar lopen heel wat dossiers op vast (FOC01, FOC04, FOC06, FOC07).

Zelfs na een volledige of zo goed als volledige financiering door het VAPH lopen dossiers vast in de fase van de uitvoering. De communicatie met de cliënt verloopt stroef, de cliënt is onvoldoende voorbereid op de werken en de werken kunnen niet aangevat worden (FOC06, FOC04).

Wanneer de werken uiteindelijk toch van start gaan, kan het gebeuren dat er een discussie volgt met de aannemer, dat er communicatieproblemen ontstaan, waardoor de werken stilgelegd worden en de cliënt met een bouwwerf achterblijft (FOC04).

7.3.4.6. Financiering

Veel cliënten die plots met een NAH worden geconfronteerd hebben financiële zorgen. Er kan een goed woonadvies zijn, maar de financiële middelen ontbreken om effectief tot uitvoering over te gaan (FOC02, FOC04).

Personen met erkenning handicap kunnen een terugbetaling aanvragen bij het VAPH (VAPH, 2024b). Een deel van de woningaanpassing kan vergoed worden. Bijvoorbeeld het ziekenfonds dat deelnam aan het gesprek is erkend als MDT (multidisciplinair team) en kan instaan voor het motiveren van een aanvraag tot terugbetaling.

Er wordt slechts een deel van de kost terugbetaald (er worden maximale bedragen of refertebedragen ingesteld) en het gaat steeds over de 'goedkoopste adequate oplossing'. Deze manier van financieren zorgt ervoor dat personen die zelf beperkte middelen hebben voor de aanpassing, weinig ruimte hebben voor esthetische aspecten, afwerking of aanpassingen i.f.v. activiteiten en vrije tijd (FOC02, FOC03).

Eenmaal de aanvraag ingediend is, kan het MDT het dossier niet verder opvolgen (dit behoort niet tot hun mandaat en wordt niet gefinancierd) (FOC02, FOC07).

Naast de effectieve aanpassing worden ook andere zaken niet door de overheid gefinancierd:

- Overlegmomenten tussen de verschillende stakeholders (als die er zijn)
- Verdere opvolging dossier tot terugbetaling en eventuele heroverweging na afkeuring
- Opvolgen werken en afstemmen met aannemers

Het lijkt dat het gebrek aan financiering van deze taken ervoor zorgt dat deze niet opgenomen (kunnen) worden (FOC05, FOC01).

C O U R M I N D

7.3.4.7. Borging en goed gebruik

Wanneer de aanpassing is gebeurd, de hulpmiddelen zijn geleverd, is het voor de NAH-cliënt niet evident om alles op een correcte manier te gebruiken. Ook voor de mantelzorger of de eerste lijn is het gebruik van nieuwe hulpmiddelen niet evident (FOC03, FOC05).

Verschillende stakeholders (bijvoorbeeld de zelfstandig ergotherapeut) kunnen deze taken opnemen (FOC06). Dit is echter niet altijd duidelijk voor de NAH-cliënt. Deze fase wordt niet standaard ingevuld. Volgens de participanten wordt dit mede veroorzaakt door een gebrek aan coördinatie. Indien er een coördinator zou kunnen worden aangesteld, kan deze persoon doorverwijzen naar de juiste dienst i.f.v. borging en goed gebruik (FOC01).

7.3.4.8. Evaluatie

De deelnemers aan het gesprek stellen vast dat er niet op een systematische manier gepolst wordt naar de bevindingen van de NAH-cliënt met betrekking tot de functionaliteit van de aanpassingen. Wanneer er informele contacten zijn tussen de verschillende betrokken diensten en met de NAH-cliënt en diens context, komt er wel feedback. Maar een structurele evaluatie (die gedocumenteerd wordt) is er niet (FOC01, FOC02, FOC04). “Bij de oplevering van de werken wordt er wel geëvalueerd hoe de werken zijn uitgevoerd. Er wordt echter niet stilgestaan hoe functioneel de aanpassingen zijn voor cliënt en context” (FOC04). “Mocht hier een coördinator zijn, dan kunnen alle aspecten meegenomen worden” (FOC01).

7.4. Besluit focusgesprek

7.4.1. De context en het standpunt van de eerstelijnszorg omtrent NAH-woonadvies

Tijdens het focusgesprek kan worden vastgesteld dat de verschillende stakeholders allen vragen krijgen met betrekking tot woningaanpassingen. Bij wie van de stakeholders de NAH-cliënt terecht komt is afhankelijk van heel wat factoren. Indien het NAH nog zeer recent is en de cliënt nog in begeleiding is in het revalidatiecentrum, wordt de vraag daar opgepikt. Wanneer de cliënt vertrouwen vindt in een eerstelijnsmedewerker zal de woonvraag daar geïnitieerd worden. De kennis en connecties van de medewerker zullen bepalen hoe het traject vorm krijgt. Wanneer er rond de cliënt al een samenwerking is geïntroduceerd tussen de verschillende eerstelijnsactoren en de informele zorgverleners die actief zijn bij de cliënt, zal het samenwerken en het delen van afspraken en verantwoordelijkheden vlotter verlopen.

Tijdens het focusgesprek komt het concept wooncoördinator naar voor. Deze actor zou alle betrokken diensten en de cliënt op een lijn moeten krijgen en met alle stakeholders in overleg gaan.

C O U R M I N D

7.4.2. De procesbeleving van het NAH-woonadvies door de NAH-cliënt

Alle aanspreekpunten hebben een andere aanpak en vervullen bepaalde taken in het proces van de woningaanpassing. Er zijn geen algemeen gebruikte instrumenten om mogelijkheden, levensdoelen van cliënten en de woning goed te screenen om deze te integreren in een goed advies. Het meest kritieke punt is het gebrek aan coördinatie en opvolging. Geen enkele stakeholder heeft het volledige en exclusieve mandaat, noch de kennis om de volledige woningaanpassing tot een goed einde te brengen. Door het gebrek aan coördinatie, lopen verschillende zaken niet zoals gewenst: de afstemming en communicatie gedurende het traject, het delen van informatie, het verdelen van de taken, het opvolgen van de administratieve noodzakelijke taken in het traject, het mandaat rond het borgen van goed gebruik van hulpmiddelen en aanpassingen en een uniform evaluatiesysteem.

7.4.3. Betrokken stakeholders en regelgeving in de context van NAH-woonadvies

Geen enkele dienst heeft alle kennis in huis om het proces van woonadvies van begin tot einde op te volgen. Verschillende stakeholders geven aan dat ze onvoldoende kennis hebben over specifieke regelgeving, terugbetaling of technisch inzicht. Multidisciplinaire samenwerking is cruciaal. Vanuit de overheid is het mandaat betreffende woonadvies bovendien erg gefragmenteerd. De kennis is verspreid over verschillende stakeholders die niet of nauwelijks met elkaar (kunnen) communiceren.

7.4.4. De dialoog tussen de architecturale context en NAH-cliënten.

De architect komt in de gesprekken weinig aan bod. Meestal wordt deze pas geconsulteerd als er effectief een noodzaak is in het kader van de bouw aanvraag. Het ontwerp zelf krijgt tot vandaag weinig aandacht in het proces van woonadvies. Uit de verklaringen van de participanten blijkt nochtans dat de ontwerpen weinig aandacht schenken aan de leefbaarheid en het behoud van de ziel van de woning. Na de uitvoering of bij het concreet maken van het plan, wordt dit als problematisch gezien.

7.4.5. Screeningsinstrumenten voor NAH-woonadvies bij NAH-cliënten

Momenteel is er weinig tijd om de woning heel systematisch te screenen. Het gebruik van checklists wordt wel aangeraakt, maar deze worden niet algemeen door alle stakeholders gebruikt. Om de mogelijkheden van de cliënt in te schatten wordt hoofdzakelijk met medische gegevens uit het

C O U R M I N D

dossier gewerkt, dus een patiëntgeoriënteerde benadering. Enkel bij het ziekenfonds wordt gepolst naar activiteiten die een zekere vorm van plezier geven. Levensdoelen worden niet bevraagd. We kunnen dus stellen dat er weinig systematiek bestaat in het objectiveren van de mogelijkheden van de cliënt, in de evaluatie van de huidige woning in relatie tot de betekenisvolle activiteiten en in het screenen van de rol van de mantelzorger en professionele hulpverlener. Dientengevolge is de nood aan een uitgebreid stappenplan waar het proces mensgericht wordt aangepakt noodzakelijk.

8. Checklists voor woonadvies van eerstelijnszorg

8.1. Methodologie

Tijdens het eerste focusgesprek gaven sommige participanten (FOC02, FOC04, FOC07) aan dat ze een checklist gebruiken als ze een woonnood detecteren. We vroegen aan deze deelnemers om ons hun checklists te bezorgen zodat we deze konden analyseren en evalueren in functie van de resultaten die we vonden uit het literatuuronderzoek. We gebruikten hiervoor dezelfde criteria als deze om de screeningsinstrumenten te analyseren. De checklists zijn in bijlage 6, 7 en 8 toegevoegd.

8.2. Analyse checklists

In navolging van het focusgesprek wordt aan alle deelnemers gevraagd om hun gebruikte checklists te delen. In totaal worden drie checklists ontvangen: een van Strobbe bvba Mobility Solutions (bijlage 6), een van Klief revalidatiecentrum (bijlage 7) en een van ziekenfonds Helan (bijlage 8). In alle drie de gevallen betreft het een ergotherapeut die deze checklist afneemt bij opstart van een NAH-woonadvies. Deze checklists zijn op de verschillende diensten uitgewerkt aan de hand van de ervaringen van de adviseurs.

In feite is elke checklist een bevraging/interview met de cliënt. Er wordt niet vermeld of er een mantelzorger aanwezig is bij de bevraging. De checklist wordt geanalyseerd aan de hand van onderstaande criteria, die ook werden toegepast op de screeningsinstrumenten uit de literatuurstudie:

- a. Cliëntgerichte aanpak
- b. Het handelen van de NAH-client
- c. Integratie van levensdoelen NAH-client
- d. Woonelementen van NAH-client
- e. Handelingszekerheid van de (mantel of professionele) zorgverlener in de huidige situatie

TOUPMIND

Checklist	Cliëntgericht	Objectiveren handelen NAH-cliënt	Levensdoel-en NAH-cliënt	Woonelementen NAH-cliënt	Handelingszekerheid zorgverlener
Checklist Strobbe bvba Mobility Solutions	nee	nee	nee	ja	nee
Checklist Klief Revalidatiecentrum	nee	Niet in de eigen omgeving, wel in de revalidatiesetting	nee	ja	nee
Checklist ziekenfonds Helan	ja	nee	ja	nee	nee

Tabel 3: Aangeleverde checklists

8.2.1. Checklist Strobbe bvba Mobility Solutions

8.2.1.1. Algemene informatie

Deze checklist is een vragenlijst die tijdens een bezoek ter plaatse in de woning door de commerciële speler overlopen wordt met de cliënt en/of context. Het inleidende deel bevat algemene informatie. Bijvoorbeeld bij cliëntinformatie worden een aantal algemene zaken opgenomen uit het beschikbare doorverwijzingsverslag. De medische gegevens, gegevens van het betrokken MDT, de mobiliteit, de woonsituatie en de huidige hulpmiddelen worden in het verslag opgenomen.

8.2.1.2. Cliëntgerichtheid

De checklist wordt niet aangepast aan de cliënt. Er zijn vaste thema's uitgeschreven die voor iedereen aan bod komen. Naast de algemene gegevens van de cliënt wordt ook de medische diagnose, de mobiliteit op dit moment en in de toekomst beschreven.

8.2.1.3. Handelen van de cliënt

De checklist bevraagt de medische diagnose of het klinisch beeld van de cliënt. Op deze manier schat de ergotherapeut de functionele gevolgen van de beperking in op het handelen in de woning. Het handelen wordt niet geobjectiveerd, enkel kort mondeling bevraagd.

C O U R M I N D

8.2.1.4. Levensdoelen

De levensdoelen en betekenisvolle activiteiten worden niet bevraagd. Enkel de basis ADL-activiteiten worden meegenomen in de checklist.

8.2.1.5. Woonelementen

Enkele elementen van de woning worden uitgebreid bevraagd: de toegang tot de woning, inkom/gang, living, keuken, berging, toilet, badkamer, slaapkamer en toegang tot de tuin. Elk van deze aspecten wordt apart geanalyseerd in het gesprek met de cliënt, vervolgens doet de ergotherapeut heel concrete verbetervoorstellen die door de firma gerealiseerd kunnen worden.

8.2.1.6. Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

Dit komt niet aan bod. De mantelzorger of eerstelijnsmedewerker wordt niet standaard op het gesprek uitgenodigd.

8.2.1.7. Besluit

Deze checklist bekijkt uitvoerig en gestructureerd alle elementen rond fysieke toegankelijkheid van de woning, doet een aantal heel concrete verbetervoorstellen, cfr. Housing Enabler (Iwarsson et al., 2012). Daarbij wordt echter onvoldoende stilgestaan bij de werkelijke noden van de cliënt. Levensdoelen, specifieke uitvoering van belangrijke activiteiten door de cliënt of mantelzorger worden niet bekeken (cfr I-Hope en I-Hope assist). Men vertrouwt op de klinische ervaring om in te schatten welke zaken er problematisch zullen zijn om activiteiten uit te voeren, dit wordt niet geobjectiveerd.

8.2.2. Checklist Klief revalidatiecentrum

8.2.2.1. Algemene informatie

Deze checklist is bedoeld voor cliënten die nog in revalidatie zijn binnen het revalidatiecentrum. De checklist is een volledige weergave van het huisbezoek bij de cliënt. In een eerste sectie komen de algemene gegevens van de cliënt aan bod. Ook de revalidatiediagnose en de sociale status van de cliënt worden daarin opgenomen. Er wordt daarnaast verwezen naar het inschrijvingsnummer van het VAPH.

8.2.2.2. Cliëntgerichtheid

Aan de hand van deze checklist wenst het revalidatiecentrum vast te stellen of de cliënt terug naar huis kan en welke aanpassingen daarvoor nodig zijn. Deze checklist wordt niet aangepast aan de

4 O U R M I N D

cliënt, er wordt vertrokken van een aantal thema's die standaard overlopen worden. Zo wordt aangegeven of de cliënt in staat is zich zelfstandig aan te kleden en te eten. Transfers in de woning worden genoteerd, de mogelijke verplaatsingsopties worden beschreven. Dat kan in overleg, maar men vertrekt niet van de concrete levensvragen van de cliënt.

8.2.2.3. Handelen van de cliënt

Er wordt uitgebreid stilgestaan bij de autonomie of afhankelijkheid van de cliënt in het uitvoeren van ADL-activiteiten en verplaatsingen. Een aantal gegevens uit het revalidatieverslag worden opgenomen in het verslag van het huisbezoek. Een aantal transfers kunnen geobserveerd worden, de totale activiteit observeren is in de beperkte tijd niet mogelijk. Er wordt ook verwezen naar de cognitieve mogelijkheden van de cliënt, maar hier wordt geen link gelegd met dagelijkse activiteiten. Deze informatie wordt in het totale revalidatietraject geëvalueerd. Deze gegevens zijn niet verworven door het observeren en beoordelen van activiteiten in de eigen woonomgeving van de cliënt, maar zijn gebaseerd op gegevens die de therapeut heeft over de stand van zaken in zijn revalidatieproces op dit moment.

8.2.2.4. Levensdoelen

De levensdoelen worden niet bevraagd in de checklist. Bij het screenen van de woning wordt wel nagegaan of er winkels in de buurt zijn en of er openbaar vervoer is. Er wordt niet doorgevraagd of de cliënt het belangrijk vindt om nog zelf naar de winkel te gaan, of hij/zij het openbaar vervoer wil gebruiken.

8.2.2.5. Woonelementen

De hele woning wordt aan de hand van de checklist goed gescreend. De algemene toegang tot de woning, zowel voordeur als naar de tuin als die er is. De toegang en circulatiemogelijkheid in functie van rolstoeltoegankelijkheid wordt uitvoering en gestructureerd beschreven. De keuken wordt eveneens analytisch bekeken. Het bereikbaar zijn van de kasten, toestellen zoals vaatwasser of koelkast en fornuis worden expliciet vermeld. Diezelfde grondigheid vinden we ook terug in de badkamer, het toilet en de slaapkamer. Er wordt ook nagegaan of de bovenverdieping bereikbaar is: is er reeds een lift aanwezig of kan die geplaatst worden, kunnen treden overbrugd of weggewerkt worden? Er wordt in de checklist nergens verwezen naar de architecturale beleving van de woning.

8.2.2.6. Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

Dit is niet opgenomen in de checklist.

C O U R M I N D

8.2.2.7. Besluit

Deze checklist besteedt veel aandacht aan het screenen van de woning. Er wordt in kaart gebracht hoe elke ruimte betreden kan worden. Daarnaast worden de functionele mogelijkheden van de patiënt, los van specifieke activiteiten beschreven. Er wordt ook kort gepolst naar de omgeving van de woning en het openbaar vervoer, dit wordt ook in de HACE bevraagd (Keysor et al., 2005).

8.2.3. Checklist Helan ziekenfonds

8.2.3.1. Algemene informatie

De checklist van het ziekenfonds bestaat uit twee delen. Het eerste deel is bedoeld voor het motiveren van de aankoop van hulpmiddelen en aanpassingen via het VAPH. Het tweede deel wordt ingezet om aan huis een aantal ergotherapeutische doelen te bepalen, die eventueel ook kunnen uitmonden in woonadvies.

Er wordt vermeld of de cliënt erkend is door het VAPH, of er reeds een zorgbudget bestaat en of er gebruik gemaakt wordt van mobiliteitshulpmiddelen. In deze checklist wordt ook de pijn van de cliënt bevraagd. Men maakt gebruik van de visueel analoge score bij pijn (VAS), waar de cliënt zowel in rust als bij activiteit kan aangeven hoeveel pijn hij/zij heeft. Ook lengte en gewicht worden opgenomen in het verslag. Hiernaast geeft het document na afname een overzicht van de verschillende rechten en premies waar de persoon met NAH aanspraak op maakt.

8.2.3.2. Cliëntgerichtheid

Beide delen van de checklist bevatten een vooraf bepaald aantal vragen en thema's. Deze worden niet aangepast aan de individuele cliënt. In de anamnese wordt wel gepolst naar de huidige situatie van de cliënt: hoe en met wie de cliënt samenleeft, is de woning eigendom, komt er reeds professionele hulpverlening langs... In het tweede deel van de checklist gaat veel aandacht naar de activiteiten die iemand vandaag uitvoert. Men vertrekt vanuit een gemiddelde dag en polst zo naar de tevredenheid bij de uitvoering van verschillende (ADL-)taken. Zo wordt slapen en opstaan bekeken, toiletbezoek, wassen en aankleden, eten en drinken, boodschappen doen, poetsen en onderhoud van de tuin. Men vraagt ook naar andere dagbesteding en vrije tijd. Tot slot is er ruimte voor de handelingsgeschiedenis van de cliënt, dit is het polsen naar activiteiten die in het verleden als waardevol ervaren werden. Dit kan meegenomen worden in de huidige betekenisvolle activiteiten, die ook in kader van woonadvies relevant kunnen zijn. De link met het CLEVER instrument is hier aanwezig (De Vriendt et al., 2019).

8.2.3.3. Handelen van de cliënt

Er wordt gevraagd naar de mogelijkheden van de cliënt op verschillende vlakken: motorisch, cognitief en sensorieel. Dit gebeurt echter op basis van een interview en is geen gerichte observatie.

C O U R M I N D

8.2.3.4. Levensdoelen

Wat nu niet meer mogelijk is en wat de cliënt opnieuw zou willen kunnen wordt bevraagd. De cliënt moet geen prioriteiten aangeven, maar er is wel een link met betekenisvolle activiteiten.

8.2.3.5. Woonelementen

Als de mogelijkheden en de verwachtingen van de cliënt gekend zijn, maakt de ergotherapeut een lijst met doelen en mogelijke interventies die daaraan gekoppeld zijn. Waar in de voorgaande checklists een uitgebreide screening van de woning wordt gedaan, komt dat binnen deze checklist nauwelijks aan bod. Men vertrekt van de activiteit en zal dan een advies formuleren om de omgeving aan te passen. Naast een advies komt ook een plan van aanpak dat helder gecommuniceerd kan worden aan de cliënt en context.

8.2.3.6. Handelingszekerheid van de informele of professionele zorgverlener in de huidige situatie

In deze bevraging wordt de eerste lijn vermeld, maar men bevraagt niet expliciet de noden van deze partner. Ook de noden van de mantelzorger worden niet afzonderlijk behandeld.

8.2.3.7. Conclusie

Deze checklist schenkt veel aandacht aan betekenisvolle activiteiten. De ergotherapeut vertrekt vanuit de vragen van de cliënt en stelt doelen op die via de woningaanpassing gerealiseerd kunnen worden. Dit zien we ook in het CLEVER-instrument van De Vriendt et al. (2019) terugkomen. Er is echter geen objectieve beoordeling van de uitvoering van specifieke activiteiten. Men bouwt verder op de mening van de cliënt. De mantelzorger en professionele hulpverleners worden vermeld, maar hun mening wordt niet expliciet bevraagd. Verder is er geen complete screening van de woning.

8.2.3.8. Algemene analyse checklists

Binnen de checklists die we hebben gekregen is er weinig ruimte voor het bepalen van de levensdoelen van de NAH-client, ze stellen daarenboven generieke vragen die niet aangepast zijn aan het individu en eerder focussen op medische elementen. De checklist van het ziekenfonds Helan vertrekt wel van de handelingen gedurende een gemiddelde dag van de NAH-client, waardoor de beleving in de woonomgeving wordt meegenomen. Bovendien is er ook ruimte voor de levensdoelen van de NAH-client.

Het handelen van de cliënt wordt aan de hand van de medische diagnose ingeschat. Nergens is er sprake van een objectieve evaluatie van de uitvoering van een activiteit. In de checklists van Strobbe bvba Mobility Solutions en Klief revalidatiecentrum wordt de woning wel grondig gescreend op toegankelijkheid en functionaliteit, in tegenstelling tot de checklist van ziekenfonds Helan.

C O U R M I N D

9. Diepte-interviews met NAH-cliënten

9.1. Methodologie

Om de stem van de NAH-cliënt op te nemen in het onderzoek, werden er semigestructureerde interviews afgenomen bij vijf personen met een NAH (voorbereiding interviews, zie bijlage 9). Indien de NAH-cliënt zelf niet in staat is een dergelijk interview te doorlopen, is de mantelzorger de gesprekspartner. In twee situaties is de NAH-cliënt aanwezig naast de mantelzorger, maar hebben zij een beperkte inbreng in het verhaal. Bij één casus is de NAH-cliënt niet aanwezig omdat het mentaal te zwaar is voor de cliënt om erover te praten.

Er wordt geopteerd om NAH-cliënten te consulteren die net een woonadvies hebben doorlopen. Alle onderzochte woningaanpassingen vinden plaats in de eigen woonst van de NAH-cliënt met name vrijstaande woningen, halfopen bebouwingen en rijwoningen. Er worden nog geen studio's of appartementen opgenomen in het onderzoek. De huurmarkt en sociale woningmaatschappijen werden in dit onderzoek evenmin bevraagd. Alle geïnterviewde NAH-cliënten beschikken of bezitten een eigen woning.

Alle interviews en de datacollectie worden door dezelfde onderzoeker uitgevoerd. Tijdens de interviews, wordt ervoor gezorgd dat het informed consent en de gestelde vragen begrijpelijk en leesbaar zijn voor mensen met een hersenletsel.

Na het gesprek worden foto's genomen van de woning door de onderzoeker en alle participanten geven de interviewer een rondleiding in de aangepaste woning. Deze foto's zijn in bijlage 12-16 te vinden.

De interviewvragen zijn zo opgesteld dat er gepolst kan worden naar de beleving van de NAH-cliënt in het proces van woonadvies. In de eerste fase wordt het eigenlijke traject en de ervaring hiervan in kaart gebracht. In een volgende stap, wordt er doorgevraagd naar de noden en de eigenlijke wensen van de NAH-cliënt i.f.v. de dagdagelijkse activiteiten en het leven. Er is expliciet gevraagd naar de input van de eerste lijn in kader van woonadvies. Waar de participant aangeeft dat een architect is betrokken, vragen we ook of er voldoende aandacht is voor de architecturale beleving en de samenwerking met deze stakeholder. Wanneer geen architect is betrokken, vragen we ook naar impact van de aanpassing op de beleving van de woning.

De interviews bevatten open en gesloten vragen met als doel om op een kwalitatieve manier te valideren hoe de persoon het proces van de woningaanpassing heeft ervaren.

C O U R M I N D

9.2. Participanten

We mikken op tien participanten. Voor de selectie worden de criteria in tabel 1 in acht genomen. Alle participanten worden gevraagd om een toestemmings- en intentieverklaring te ondertekenen (zie bijlage 2).

Selectiecriteria participanten	In Aanmerking	Uitsluiting
Locatie	Woonst in Vlaanderen	Woonst buiten Vlaanderen
Taal	Nederlands	Vreemde talen
NAH	Verworven Hersenletsel volgens definitie (Lannoo, 2007). Hersenletsel opgelopen vanaf de leeftijd van 6 maanden. Zowel niet-degeneratieve als degeneratieve aandoeningen.	Hersenletsel tijdens de zwangerschap of de geboorte
Woonadvies	Reeds een woningadvies doorlopen en/of nog in het proces van aanpassen	Woonadvies nog niet opgestart

Tabel 4 Selectiecriteria participanten diepte-interviews

De NAH-cliënten worden via diverse kanalen uitgenodigd om mee te werken aan het onderzoek:

- Sociale media (LinkedIn, Facebook)
- Mail en mond-tot-mond reclame
 - o Intern netwerk van de onderzoekers en diensten van Dominiek Savio
 - o Extern en professioneel netwerk van alle onderzoekers
 - o Netwerk van de participanten van de focusgesprekken

Er komen in totaal zeven reacties op een looptijd van 2 maanden en er vinden in totaal vijf diepte-interviews plaats met personen die voldoen aan bovenstaande criteria (zie tabel nr. 4). Twee respondenten hebben een hersenletsel van bij de geboorte. Cliënten die een probleem oplopen rond of kort na de geboorte behoren niet tot de groep NAH (Lannoo, 2007; Zanden, 2002). Deze twee cliënten worden bijgevolg niet opgenomen in dit onderzoek. In onderstaande tabel worden de gegevens van de respondenten samengevat.

C O U R M I N D

Onderzoeks-code	Gender (M, F, X)	Mantelzorg aanwezig tijdens gesprek?	Diagnose	Jaar NAH-incident	Geboortear	Aantal huis- genoten (excl. NAH-cliënt)	Woontypologie	Inplanting (stedelijk /landelijk)
HER01	M	ja	Hersenbloeding	2020	1977	3	Vrijstaande woning	/Landelijk
HER02	M	ja	Hersenletsel als kind	1975	1962	0	Halfopen bebouwing	Stedelijk
HER03	M	ja	Hersenletsel door ongeval	2019	1972	3	Vrijstaande woning	Landelijk
HER04	M	nee	Hersenletsel door CVA en trombose	2015	1957	0	Halfopen bebouwing	Stedelijk
HER05	M	nee	Ziekte van Parkinson	Eerste symptomen 2012	1959	1	Vrijstaande woning	stedelijk

Tabel 5 Overzicht participanten diepte-interviews

9.3. Datacollectie

Volgende thema's worden bevraagd, dit zijn ook de hoofdthema's die aan het begin van dit onderzoek bepaald worden. Voor de complete vragenlijst, zie bijlage 9.

- Input van de eerstelijnsactoren
- Procesbeleving van het NAH-woonadvies door de NAH-cliënt
 - o We staan stil bij de verschillende stappen in het volledige proces van NAH-woonadvies en uitvoering
- Betrokken stakeholders en regelgeving in de context van NAH-woonadvies
- De dialoog tussen de architecturale context en NAH cliënt
- Het gebruik van screeningsinstrumenten voor NAH woonadvies;

De antwoorden van de participanten worden opgenomen (audio) en getranscribeerd.

C O U R M I N D

9.4. Analyse diepte-interviews

De transcripties worden nagelezen en gecodeerd volgens generiek kwalitatieve analyses.

Een manuele open codering wordt ingezet en de codes worden nadien op iteratieve wijze op elkaar afgestemd en uitgebreid waar nodig. Er wordt in totaal drie maal gecodeerd. Er is geen computerprogramma gebruikt omwille van de beperkte omvang van de studie en de timing.

De eerste open codering levert volgende codes op:

- Geen inspraak
- Wel inspraak
- Wachttijst
- VAPH erkenningsprocedure
- Zelfstandigheid
- Kostprijs
- Ondersteuning informeel netwerk
- Ondersteuning professioneel netwerk
- Stakeholders
- Architectuur

De axiale codering resulteert in volgende codes:

- Administratie
- Financiering
- Autonomie
- Architecturale beleving
- Beleving proces
- Netwerk en stakeholders
- Eerste lijn

De selectieve codering resulteert in volgende codes:

- Proces
- Rol eerste lijn
- Stakeholders
- Architecturale aspecten

Kernwoorden worden aangeduid. Deze info wordt vervolgens samengevat en aan dit verslag toegevoegd.

De tabel met de open en axiale codering is te vinden in bijlage 10.

4 O U R M I N D

Bij een volgende, selectieve, codering kwamen vier van de vijf hoofdthema's die aan het begin van dit onderzoek werden bepaald duidelijk naar voren uit de antwoorden van de participanten:

- De context en het standpunt van de eerstelijnszorg omtrent NAH-woonadvies
- De procesbeleving van het NAH-woonadvies door de NAH-cliënt
- Betrokken stakeholders en regelgeving in de context van NAH-woonadvies
- De dialoog tussen de architecturale context en NAH-cliënten

Het is opvallend dat het vijfde hoofdthema, het gebruik van screeninginstrumenten niet werd vermeld door de geïnterviewden.

9.5. Inzichten diepte-interviews

9.5.1. Inleiding

We stellen in de verwerking van de diepte-interviews vast dat de hoofdthema's uit het onderzoek duidelijk naar voor komen. Bij verschillende cliënten komt de rol van de eerste lijn aan bod. Cliënt en context geven ons bovendien duidelijke inzichten omtrent het proces en de betrokken stakeholders. De participanten maken ook melding van de architecturale beleving. Geen enkele cliënt meldt het gebruik van instrumenten om de woning te screenen of om de mogelijkheden van de cliënt objectief in kaart te brengen.

Net zoals tijdens het focusgesprek, wordt in het interview aandacht besteed aan de verschillende stappen in het proces van woonadvies: van de initiatie van het traject, tot het contacteren van verschillende stakeholders en het uittekenen van het ontwerp, tot de uiteindelijke uitvoering van de werken en de opvolging van de administratieve afwerking. Deze stappen worden na elkaar beschreven en telkens wordt een link met de beleving van de cliënt en eventuele mantelzorger of medewerker van de eerste lijn gemaakt.

Het is belangrijk te benadrukken dat er slechts een beperkt aantal NAH-cliënten werden bevraagd. Dit is een steekproef en mogelijke vertekeningen dienen in rekening gebracht te worden in vervolgonderzoek.

9.5.2. Context en standpunt van de eerste lijn omtrent NAH-woonadvies

De eerstelijnsmedewerkers worden doorheen het traject van de woningaanpassing op verschillende momenten en op verschillende manieren betrokken.

C O U R M I N D

Bij HER05 is de thuisverpleging diegene die aangeeft dat er verschillende aanpassingen nodig zullen zijn in de nabije toekomst. De verzorging van meneer wordt moeilijker. Er worden door de verpleegkundige verschillende opties bekeken. Zonder effectieve aanpassing aan de woning is het ergonomisch en veilig verlenen van de zorg niet mogelijk.

De mantelzorger van HER01 toetst haar ideeën af bij de thuisverpleging, maar neemt wel zelf initiatief om zaken uit te zoeken.

Bij HER02 worden zaken aangepast die het werken voor de eerste lijn eenvoudiger maken. Wanneer een voorstel wordt uitgewerkt, wordt dat afgetoetst met de medewerkers van de eerste lijn.

9.5.3. Procesbeleving van de NAH-woonadvies door de NAH-cliënt

9.5.3.1. Initiatie van de woningaanpassing

De initiatie van de woningaanpassing ligt bij verschillende stakeholders in de diverse cases. Het vaakst staan familie, vrienden, partner... in voor de opstart van de aanpassing. Indien nodig initieert de professional het proces.

Bij drie van de NAH-cliënten is de woonvraag geïnitieerd door een mantelzorger, bij een iemand is dat een professionele hulpverlener. Bij HER01 en HER03 is het de partner die nog in volle revalidatieperiode de stap naar woonaanpassing in gang zet. Bij HER02 is het de brede familiale context, die bij het wegvallen van de moeder, de zorg heeft opgenomen in het ouderlijke huis en inziet dat er belangrijke aanpassingen nodig zijn, om kwalitatief en zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen.

Bij HER04 is het een medewerker van een woonzorgcentrum die de woonvraag initieert. De cliënt heeft de uitdrukkelijke vraag om na zijn CVA terug naar huis te gaan. Om dat mogelijk te maken zijn eerst belangrijke aanpassingen nodig. HER04 heeft geen netwerk en de medewerker contacteert een professionele firma met ervaring rond aanpassingen voor personen met een beperking.

9.5.3.2. Inbreng kennis en expertise

Bij HER01, HER03, HER04 wordt vrijwel onmiddellijk beroep gedaan op een commerciële speler die ervaring heeft met woningaanpassingen. Bij elk van deze cliënten is er dringend nood aan een oplossing. De cliënten hebben hun revalidatie bijna afgerond, HER01 en HER03 moeten het ziekenhuis verlaten. Zonder minimale aanpassingen is de terugkeer naar huis onmogelijk.

“Mijn man kwam thuis in het weekend en het bed stond in de living. Met twee pubers in huis is het niet evident om dat voor lange tijd vol te houden. Er moest dus vaart gemaakt worden met de aanpassingen” (HER01).

C O U R M I N D

Bij HER01 en HER03 komt er iemand van de revalidatiedienst op bezoek om een aantal voorstellen te doen.

Het zelf op zoek gaan naar oplossingen wordt door HER01, HER03 en HER02 aangegeven. Het hele zoekproces werd door de context opgenomen. Pas als voor hen alles duidelijk is, gaan ze aankloppen bij een MDT van de mutualiteit.

Bij alle cliënten wordt er advies ingewonnen bij de betrokken eerstelijnsdiensten. Dat gebeurt op diverse manieren en bij verschillende diensten. Er wordt gekeken hoe de verzorging het best uitgevoerd kan worden. Bij HER02 wordt ook de keuken aangepast zodat zowel de cliënt die alleen woont als zijn thuiszorgdiensten goed en vlot kunnen werken. Zo wordt een tablet gemonteerd waarop HER02 zelf rechtstaand een kopje koffie kan nemen en daarnaast ook een keukenhoogte die voor de eerstelijnsmedewerkers ergonomisch is. Alle materialen zijn gekozen in functie van vlot onderhoud, zodat daar geen extra tijd aan besteed moet worden.

Bij HER02 wordt ook uitgebreid stilgestaan bij de voor hem relevante activiteiten. Het ontvangen van mensen in zijn woning, het vlot toegankelijk maken van de tuin om een aantal klusjes uit te voeren, vlot in een uit de woning kunnen met scooter en rolstoel... HER02 is immers iemand die in de buurt graag gezien is, zelf regelmatig bij burens langsgaat en ook graag mensen ontvangt. De toegang tot de woning moet daar dus maximaal op voorzien zijn. De levensdoelen bij HER03 worden in de mate van het mogelijke besproken. Meneer wil graag op de computer kunnen werken in een rustige omgeving. Zo wordt de bureauruimte uit de gemeenschappelijke living gehaald en gekoppeld aan de private verzorgingsruimte. Het gezin met adolescenten wil voldoende privacy. Er wordt een eigen ingang gemaakt, waardoor eerstelijnsdiensten niet door de gemeenschappelijke ruimte van het gezin moeten passeren. Voor de vrouw van HER03 is dat zeer belangrijk. De commerciële firma heeft deze verzuchtingen goed opgenomen in het ontwerp. Bij HER01 was het onmogelijk om de levensdoelen van meneer te bevragen. Daar zijn vooral de wensen van het gezin in rekening gebracht. Het behoud van de gezelligheid van de woning en een vlotte manier om de verzorging van meneer mogelijk te maken zijn daar de belangrijkste noden die in het ontwerp zijn opgenomen.

9.5.3.3. Informatiedeling en -opvolging

In drie van de vijf cases zijn de mantelzorger en context verantwoordelijk voor de opvolging van de verschillende stappen om tot een goed ontwerp te komen. HER01 geeft wel aan dat het naast de zorg voor de partner een zeer moeilijk traject is. Men komt in een totaal nieuwe wereld terecht, elk begrip is nieuw, elk hulpmiddel is nieuw, je weet niet waar je terecht kan voor ondersteuning. HER02 bemerkt dat het traject veel energie kost. Het is voor hen wel een voordeel dat de vraag niet dringend is. Meneer leeft immers al geruime tijd met zijn NAH, zijn mogelijkheden zijn goed gekend en zijn levensdoelen op vandaag zijn duidelijk.

C O U R M I N D

9.5.3.4. Advies en ontwerp

Het MDT is in elk van de gevallen belangrijk om het adviesrapport goed te omschrijven. Bij HER01 en HER02 kost het wel wat moeite om het MDT te overtuigen van de noodzaak en de functionaliteit van bepaalde aanpassingen.

Bij HER03 komt het eerste advies van het revalidatiecentrum:

Bij het voorstel dat toen werd gedaan, was ik echt in shock. De woning zou compleet veranderen, de ziel van onze woning zou volledig weg zijn. Mijn man kon niet meedenken. Hij was op dat moment nog onvoldoende sterk om zich over deze moeilijke vragen te buigen. Omdat we ons totaal niet konden vinden in het voorstel van het revalidatiecentrum, zijn we in zee gegaan met een commerciële firma. De betrokken ergotherapeut maakte verschillende ontwerpen die uiteindelijk leidden tot een plan dat zowel functioneel als qua beleving voor ons goed was. De firma werkte zelf met een architect die onze wensen mooi kon uitwerken.

Het uiteindelijke ontwerp bij HER03 wordt door het MDT wel goed afgestemd met de cliënt en de context. Er wordt niettegenstaande de tijdsdruk in het dossier goed geluisterd naar de betrokken persoon. HER01 bevestigt met een gelijkaardig verhaal. Het MDT verwoordt de zaken goed in het rapport, toch moeten verschillende zaken extra verdedigd worden bij de heroverwegingscommissie (HOC).

Bij HER04 wordt het rapport volledig opgemaakt op basis van de adviezen en tekeningen van de commerciële firma die niet functioneel blijken.

Bij HER02 wordt in het ontwerp eveneens nagedacht over de waarde van de woning na de uitvoering van de werken.

We willen tegemoetkomen aan de uitdagingen van mijn broer, maar de woning moet mooi blijven (zus van HER02).

9.5.3.5. Regie en uitvoering

Eens de goedkeuring er is, is het belangrijk dat de zaken uitgevoerd worden zoals in het ontwerp is opgenomen. Bij HER04 is dat absoluut niet goed verlopen. De cliënt heeft geen netwerk, het WZC heeft geen mandaat om de werken op te volgen. De commerciële speler heeft naast een slechte keuze van hulpmiddel, bepaalde werken onvolledig afgewerkt.

Bij HER01 heeft de mantelzorger alles goed opgevolgd. Wanneer dat moet gebeuren naast de zorg voor de persoon met NAH en de andere gezinsleden is dat een nagenoeg onmogelijke opdracht. Gelukkig is de firma zeer betrouwbaar en hebben ze goed werk geleverd.

“Iemand die helpt ontzorgen, van begin tot einde, zou voor mij zo’n grote meerwaarde zijn geweest” (partner HER01).

C O U R M I N D

Tijdens de werken is het onmogelijk om de NAH-cliënt thuis te laten wonen (HER01, HER03). Bij HER01 en HER03 gaat de mantelzorger op zoek naar een andere tijdelijke verblijfplaats met RTH-middelen. Er wordt in beide gevallen gebruik gemaakt van kortopvang onder RTH bij een vergunde zorgaanbieder. Gezien deze periode beperkt is, zorgt dat opnieuw voor bijkomende stress (HER03), de werken moeten zeker op tijd afgerond worden.

Bij HER04 worden de werken uitgevoerd terwijl meneer in het WZC verblijft. Bij HER02 worden vele zaken gedaan door het familiale netwerk. Dat zorgt voor een vlotte communicatie, kortere periodes van ongemak en goed planbare werken. De link met de eerstelijnsmedewerkers kan vlot gelegd worden, verzorgingsmomenten worden gewijzigd indien dat nodig is. Voor de gemoedsrust van de cliënt is dat van groot belang.

Bij HER05 is de ergotherapeut van de thuisbegeleiding de rode draad door de werken. Alles wordt goed afgestemd tussen aannemer, cliënt en context. Er wordt voldoende tijd voorzien om de ongemakken gekoppeld aan de werken te compenseren. Dat geeft een zekere rust (HER05).

9.5.3.6. Financiering

Bij HER01, HER03, HER04 en HER05 is de terugbetaling via het VAPH ruim onvoldoende. Deze cliënten hebben wel wat financiële reserve zodat alle werken toch uitgevoerd kunnen worden. Bij HER01 is de terugbetaling nu volledig afgehandeld, bij HER03 is op het moment van het interview nog niets teruggestort.

Bij HER04 worden de werken tweemaal aangerekend. De factuur wordt via derdebetalersregeling vergoed door het VAPH en daarnaast nog aan meneer zelf aangerekend. Dit is nooit rechtgezet omwille van het feit dat meneer geen netwerk heeft die deze zaken kan opvolgen.

“Het is zo jammer dat er hier niemand was die de werken voor mij opvolgde, die de administratie kon overnemen met kennis van zaken” (HER04).

Bij HER02 worden alle zaken vergoed door het VAPH. De afhandeling van het dossier is volledig overgenomen door het netwerk. Ook daar geven de familieleden aan dat dit ook voor hen een moeilijke klus is, die zeker niet door de NAH-cliënt kan opgevolgd worden.

9.5.3.7. Borging goed gebruik van de hulpmiddelen en aanpassingen

Wanneer de hulpmiddelen uiteindelijk geleverd en geplaatst zijn en de nieuwe of verbouwde delen van de woning in gebruik genomen worden is het voor het netwerk niet evident om onmiddellijk goed aan de slag te gaan.

“Zo is het gebruik van de vernieuwde badkamer toch even wennen. Het gebruik van een plafondtillift is toch niet zo intuïtief als men zou denken. Goed afstemmen met verpleging moet ook gebeuren” (partner HER03).

4 O U R M I N D

Bij HER04 is de badkamer niet in gebruik genomen. Er is immers geen verwarming. De dagelijkse hygiëne gebeurt op bed. Niemand neemt het initiatief om dat probleem op te lossen.

Bij HER02 neemt het netwerk het initiatief om alle betrokken eerstelijnsmedewerkers goed te informeren over het gebruik van alle aanpassingen. Bij vragen zijn ze steeds beschikbaar om de eerste lijn te ondersteunen bij het gebruik. Zo kan iedereen aan de slag met de aanpassingen en voelt de cliënt zich veilig.

9.5.3.8. Evaluatie

Bij geen enkele cliënt is er een evaluatie gevraagd of uitgevoerd. De commerciële firma levert de werken wel op en gaat dan na waar er nog knelpunten zijn (HER03).

9.5.4. Betrokken stakeholders en regelgeving in de context van NAH-woonadvies

Naast de eerste lijn zijn ook andere stakeholders belangrijk in het proces van woonadvies. De participanten vermelden het omgevingsloket van de gemeente, commerciële spelers, het ziekenfonds (MDT) en het VAPH in functie van terugbetaling.

Bij ingrijpende verbouwingen is het omgevingsloket van de gemeente een belangrijke stakeholder. Deze speler is in sommige gevallen vlot bereikbaar, vaak is een goede relatie nodig om het dossier snel te laten goedkeuren (HER03).

De commerciële ondernemingen waarmee in zee wordt gegaan zijn van kapitaal belang. Zo is dat voor HER04 totaal verkeerd gelopen, terwijl HER01 en HER03 zeer tevreden zijn over de firma die het hele traject opvolgt.

De participanten benoemen in het geheel van het woonadvies nog weinig de eerste lijn. Eens het traject opgestart is, hebben de zorgverleners volgens de geïnterviewden nog weinig inbreng of impact op het proces.

9.5.5. Dialoog tussen de architecturale context en de NAH-client

De participanten geven aan dat de architecturale beleving voor hen belangrijk blijft. Zo wil de zus van HER02 dat de woning aangepast wordt voor haar broer, maar toch mooi blijft. HER01 en HER03 vermelden dat de ziel van de woning behouden moet blijven. Het belang van de architecturale beleving staat in contrast met de beperkte inbreng van de architect in het proces. Deze wordt door de NAH-clienten en hun context niet of weinig vermeld. HER05 vermeldt dat dit komt doordat de dienstverlening van de architect niet wordt vergoed door het VAPH. Bovendien steunt het VAPH

C O U R M I N D

enkel de goedkoopste adequate oplossing. Bijgevolg worden architecturale aspecten slechts beperkt meegenomen in het ontwerp.

9.5.6. Screeningsinstrumenten voor NAH-woonadvies

In geen van de dossiers is gebruik gemaakt van een screeningsinstrument, niet voor het inschalen van de problemen gelinkt aan de woning, niet om de mogelijkheden en de uitdagingen van de NAH-cliënt te objectiveren of om de levensdoelen van cliënten scherp te stellen.

9.5.7. Besluit

Cliënten met een recente NAH moeten zich een weg banen door de complexe regelgeving van hulpmiddelen en aanpassingen. Ze worden plots geconfronteerd met een totaal nieuwe wereld in een periode van onzekerheid en hebben nog geen duidelijk zicht op hun mogelijkheden nu en in de toekomst. Er is weinig mentale ruimte om de verbouwing grondig voor te bereiden (HER01, HER03). De aanpassingen zijn dringend om de zorg voor de NAH-cliënt thuis mogelijk te maken.

De uitvoering van de werken vraagt heel wat van de context. Waar het verbouwen van een onbewoonde woning, zonder veel extra afspraken kan gebeuren, moeten het gezin en de NAH-cliënt in staat zijn in de woning te blijven wonen en moeten ze de hinder aankunnen. Er is iemand nodig die samen met de aannemer kan kijken hoe de hinder beperkt blijft of welke alternatieven er zijn om tijdelijk elders te wonen (HER01, HER03, HER05).

Alle participanten geven aan dat er onvoldoende of geen opvolging is van de woningaanpassing eens het dossier wordt goedgekeurd. Volgens hen hebben de verschillende instanties onvoldoende tijd, zowel voor, tijdens als na het advies. Er wordt aangehaald dat de ziekenfondsen het dossier loslaten na het schrijven van het rapport. Bijvoorbeeld een heroverweging moet je zelfstandig en alleen aanpakken (HER01, HER03, HER02).

Bij elke cliënt horen we de complexiteit om alles vergoed te krijgen en de afronding van het dossier dat veel energie en inzicht vergt. Een cliënt zonder netwerk (HER04) is afhankelijk van de zorgvuldigheid van anderen. HER04 heeft veel geïnvesteerd in de woning terwijl een aantal zaken niet of niet goed werden uitgevoerd. Het is niet eenvoudig om je weg te vinden en de juiste administratie in orde te brengen. De cliënt moet zelf al heel wat kennis hebben van het VAPH (HER01, HER02). Er ligt veel bewijslast bij de aanvrager en de regelgeving wordt als complex ervaren. De goedkeuring voor terugbetaling laat bovendien op zich wachten. Eén participant geeft aan al een half jaar aan het wachten te zijn (HER02), een andere participant geeft aan alles voorlopig zelf gefinancierd te hebben (HER03).

C O U R M I N D

10. Triangulatie van het Onderzoek: Woonadvies voor NAH-cliënten

10.1. Inleiding

Triangulatie is een methode om verschillende perspectieven en onderzoeksmethoden te combineren om de betrouwbaarheid van onderzoeksresultaten te verhogen. In dit onderzoek wordt triangulatie toegepast met kernwoorden uit het literatuuronderzoek op de praktijkinzichten: een focusgesprek met eerstelijnszorgverleners en dienstverleners, diepte-interviews met NAH-cliënten, analyse van checklists en de expertise van Centrum Consult te integreren. Dit document combineert deze inzichten en geeft een geobjectiveerd beeld van de huidige stand van zaken en toekomstgerichte aanbevelingen voor woonadvies bij NAH-cliënten. Gebaseerd op de hoofdthema's en de onderzoeksvragen wordt de triangulatie uitgevoerd waarbij we alle inzichten samen zetten onder de vijf hoofdthema's.

10.2. De context en het standpunt van de eerstelijnszorg omtrent NAH-woonadvies

In dit onderzoek beschouwen we de eerstelijnszorg als alle zorgverleners en dienstverleners die betrokken zijn in de eerste lijn bij een NAH-woonadvies.

10.2.1. Mandaat van de eerstelijnszorgverlener

Eerstelijnszorgverleners zijn vaak de eerste professionals die NAH-cliënten begeleiden in hun woonomgeving. De initiatie van het NAH-woonadvies ligt dus bij hen. Echter het woonadvies wordt niet als een officiële taak binnen hun werk erkend. Bijgevolg wordt er geen tijd voor voorzien en evenmin een vaste procedure of opleiding om dit aspect te ondervangen, wat de consistentie in de aanpak beperkt. De financierende overheid beschouwt het geven van advies rond woningaanpassing niet als hun taak en dus wordt deze dienstverlening niet gefinancierd.

Het focusgesprek toont aan dat het voor de betrokken zorgverleners momenteel niet mogelijk is, om de draagkracht en de mogelijkheden van de NAH-cliënt en het netwerk voldoende mee te nemen in het advies. Er is onvoldoende informatie beschikbaar, want door een gebrek aan mandaat kunnen niet alle eerstelijnsmedewerkers inzicht krijgen in het dossier van hun NAH-cliënt.

C O U R M I N D

10.2.2. Coördinatie bij het NAH-woonadvies

Hoewel er in de literatuur nauwelijks naar wordt verwezen, worden, naast de eerstelijnszorgverleners, ook nog andere dienstverleners betrokken. Uit zowel de praktijk van Centrum Consult als de diepte-interviews en het focusgesprek blijkt dat het bouwproces tevens begeleid en uitgevoerd wordt door dienstverleners (architecten, diensten met handicap specifieke expertise, commerciële spelers,...).

Vanuit het CC merken we dat een architect zelden gecontacteerd wordt. Enkel indien er structurele en constructieve aanpassingen noodzakelijk zijn, worden opdrachtgevers verplicht om met een architect te werken. Architecten zijn echter opgeleid om een holistisch woonconcept te creëren en te begeleiden en ervoor te zorgen dat een bouwheer ontzorgt wordt in alle coördinatie die bij een woonproject komt kijken. Momenteel staat de begeleiding van de NAH-cliënt in functie van het zelfstandig (over)leven, los van de begeleiding naar het bouwen en verbouwen. Bij Universal Design, staat de koppeling van beide aspecten centraal, maar slechts een beperkt aantal architecten hebben kennis rond diverse aspecten van UD. Bijgevolg, beschikken ze wel over de technische competenties maar ontbreken ze vaak de NAH-specifieke kennis om met de cliënt in overleg te gaan.

Ook aannemers en andere commerciële bedrijven worden in de literatuur niet vermeld. Toch merken we in de praktijk van CC dat zij vaak een cruciale rol krijgen toebedeeld bij het advies en uitvoering.

Het VAPH is de financierende overheid voor de NAH-cliënt die jonger dan 65 is of voor die leeftijd een erkenning handicap kreeg van het VAPH. Voor de cliënt die ouder is dan 65 is en geen erkenning handicap heeft, is er enkel de Vlaamse aanpassingspremie, die maar zeer beperkt tussenkomt.

Het woonloket van stad of gemeente is een dienst die de cliënt kan ondersteunen rond diverse aspecten van de woonvraag. Ze kunnen de cliënt de weg wijzen naar diverse instanties. Het omgevingsloket van de gemeente moet de gangbare regelgeving rond ruimtelijke ordening bewaken.

Eerstelijnszorgverleners, dienstverleners, overheden etc. benoemen de nood aan betere samenwerking en standaardisatie in woonadvies. Een deelnemer aan het focusgesprek merkt op: *“We willen wel adviseren, maar we missen de juiste tools en expertise om een doordacht advies te geven.”(FOC05).*

Algemeen wordt aangegeven dat er nood is aan een algemene wooncoördinator. Het hebben van een coördinator die het traject van aanvraag tot afwerking van de werken kan begeleiden, werd door eerstelijnsmedewerkers als een meerwaarde aangegeven. Ook bij de diepte-interviews komt dat bij alle deelnemers duidelijk naar voor.

“Bij de cliënt was het ontruimen van de voorkamer nodig om vlot te kunnen werken. We hadden het idee dat de cliënt de voorbereiding zelf kon organiseren. Toen we aankwamen moesten we zelf nog de hele ruimte vrij maken. Op zich zorgt dat voor extra kosten die te

4 O U R M I N D

vermijden zijn als de voorbereiding goed is aangepakt. Bij de volgende stappen nam de medewerker van CC de coördinatie over waardoor we alle stappen vlot konden afwerken” (FOC04).

10.2.3. Kennis en expertise bij NAH-woonadvies

Algemeen tonen de resultaten aan dat eerstelijnsmedewerkers een gebrek aan kennis en ondersteuning ervaren bij NAH-woonadvies. Zowel in functie van regelgeving als eigenlijk woonadvies ontbreekt het hen aan een degelijke achtergrondkennis. Bijvoorbeeld de specifieke regelgeving omtrent de werking en kennis van de financierende overheden is onvoldoende gekend bij de eerste lijn en het is daarom dus moeilijk om de cliënt gericht te ondersteunen.

CC ervaart de grote betrokkenheid van de eerste lijn, maar ziet het gebrek aan ervaring rond procedures en kennis van hulpmiddelen. Afhankelijk van de medewerker van de eerste lijn wordt al dan niet iemand met extra expertise betrokken. Het netwerk van de eerste lijn bepaalt of de NAH-client snel en efficiënt geholpen kan worden.

Centrum Consult stelt vast dat er hiaten zijn in het contact met alle betrokken partijen uit de eerste lijn. De noden van de eerste lijn worden vandaag te weinig in beeld gebracht.

Wat is er bijvoorbeeld nodig om een zwaarlijvige dame met een ernstige spastische hemiplegie goed te verzorgen in een flatje dat gehuurd wordt en waar weinig plaats is om hulpmiddelen te gebruiken?

Er wordt snel voor een tijdelijke optie gekozen, bed in de living, toiletstoel naast het bed, zonder stil te staan bij andere oplossingen. Na een tijd wordt deze weinig elegante situatie zelfs niet meer in vraag gesteld. Mevrouw durft geen bezoek meer te ontvangen, verliest meer en meer contacten.

Samen een oplossing zoeken om terug naar huis te kunnen gaan na een lange revalidatie, zou een hele stap vooruit zijn, voor zowel de betrokken eerste lijn, als voor de cliënt.

NAH-clienten in de diepte-interviews bevestigen dat de eerstelijnszorg hen onvoldoende kan begeleiden in het proces van NAH-woonadvies door een gebrek aan expertise.

Een cliënt zei: “Mijn verpleegkundige zag de problemen in mijn woning, maar wist niet welke instanties konden helpen bij de aanvraag voor tussenkomst, in het contacteren van diverse firma's, in het hele proces” (HER01).

We zien dan ook dat eens het project is opgestart, er nog maar beperkt met de eerste lijn wordt gecommuniceerd. Bij het opleveren van de werken moet ook extra aandacht gaan naar de eerste lijn, die in de nieuwe situatie de cliënt moet ondersteunen. Het gebruik van specifieke hulpmiddelen en bepaalde manieren van werken moeten goed uitgelegd worden. Meestal is de cliënt of zijn/haar

C O U R M I N D

context niet in staat om dat effectief te doen. De kans bestaat dat dure systemen, niet of verkeerd worden aangewend.

Volgens de deelnemers aan het focusgesprek zal technologie ook meer en meer zijn intrede maken en belooft dit ook veel ondersteuning voor zowel de NAH-cliënt als de andere stakeholders.

Technologie wordt nu nog onvoldoende vermeld, maar zal een belangrijke rol spelen in de toekomst volgens de deelnemers aan het focusgesprek.

Eerstelijnsmedewerkers geven daarnaast aan dat er voldoende aandacht moet gaan naar de professionalisering van de medewerkers van de eerste lijn, die betrokken zullen zijn in het NAH-woonadvies. Het zal volgens hen belangrijk zijn om een correcte opleiding en training te voorzien zodat ieder zijn rol kent en kan uitvoeren in het proces.

10.3. De procesbeleving van het NAH-woonadvies door de NAH-cliënt

10.3.1. De diversiteit van de NAH-cliënt

In dit onderzoek beschouwen we de zeer diverse groep van personen met een NAH. De complexiteit van het woonadvies wordt duidelijk wanneer we ook inzicht krijgen in de verschillen tussen de NAH-cliënten, met name naar hun:

- NAH-letsel
- Leeftijd
- Handelen (fysisch, cognitief, emotioneel, psychosociaal, veiligheid)
- Persoonlijke levenswaarden en doelen
- Sociale context (groot of klein netwerk, ondersteunend, acceptatie,...)
- Participatie in het NAH-woonadviesproces

NAH-cliënten moeten afrekenen met fysieke, cognitieve en emotionele uitdagingen. Ze zijn zich bovendien door gebrek aan ziekte-inzicht niet altijd bewust van alle gevolgen van deze aandoeningen bij het uitvoeren van activiteiten bij hen thuis. Het erkennen en aanvaarden dat aanpassingen aan de woonomgeving nodig zijn, zorgt voor spanning bij de cliënt en de directe omgeving.

Hoe de cliënt het proces van woonadvies zal aanvaarden is afhankelijk van het moment en door wie de vraag geïnitieerd wordt. In een acute fase, tijdens de revalidatie of direct na de revalidatie zal de acceptatie van noodzakelijke aanpassingen moeilijker verlopen dan wanneer de cliënt al geruime tijd leeft met een hersenletsel. Bijvoorbeeld, contact met architect en bouwbedrijven verloopt soms stroef door de uitdagingen waar de cliënt mee geconfronteerd wordt.

C O U R M I N D

De aannemer kan geen concreet uur van aankomst geven, voor de NAH-cliënt zorgt dat voor veel frustratie, een planning moet volgens hem strikt gevolgd worden.

10.3.2. De stem van de NAH-cliënt en de participatie

NAH-cliënten en hun context voelen zich vaak buitengesloten bij beslissingen over hun eigen woonomgeving.

Een cliënt deelde: "Mijn badkamer werd aangepast, maar niemand vroeg of ik daar überhaupt problemen mee had. Ik had eerder hulp nodig bij de doorgang naar de tuin. Ik voelde daar net mijn afhankelijkheid het sterkst. Als ik alleen thuis ben wil ik zelfstandig naar de tuin kunnen wanneer de zon schijnt. Bij de verzorging heb ik sowieso iemand bij me om me te helpen met mijn persoonlijke hygiëne."

De cliënt ervaart dat er aan de hand van een medische diagnose onmiddellijk een aantal activiteiten als onmogelijk worden beschouwd. De cliënt moet dan motiveren waarom hij een aangepaste keuken wil. Kunnen meehelpen bij de maaltijd met een verzorgende wordt door de cliënt als zeer waardevol beschouwd. Zo kan hij voor zijn vrouw een maaltijd helpen bereiden en kan hij iets terug doen voor haar. Maar gezien zijn diagnose wordt het aanpassen van de keuken nagenoeg uitgesloten. De cliënt voelt zich niet gehoord.

Zorgverleners bevestigen dat er onvoldoende instrumenten gebruikt worden om NAH-cliënten actief te betrekken in woonadvies.

Eén ergotherapeut zei: "We zien dat cliënten afhaken als ze niet mee kunnen beslissen. Het gaat om hun leven en hun woning, en toch wordt er te weinig naar hen geluisterd"(FOC06).

De voorgestelde oplossing wordt dan door de NAH-cliënt als niet passend bij hun noden ervaren. Er wordt onmiddellijk stilgestaan bij ADL activiteiten op basis van een medisch dossier. Beter zou zijn mocht men vertrekken van de betekenisvolle activiteiten voor de cliënt om vandaaruit een totaal kader voor het aanpassen van de woning uit te tekenen.

CC ervaart dat bij een niet-acute situatie het verkennen van de levensdoelen veel beter zou kunnen verlopen. De cliënt en de sociale omgeving hebben immers al meer zicht op de mogelijkheden en er is geen dringende nood om iets aan te passen. Er kan meer actief met de NAH-cliënt in dialoog gegaan worden. Verschillende opties kunnen naast elkaar afgewogen worden samen met cliënt en context. Er zijn al meer vertrouwenspersonen rond de cliënt aanwezig die ook input kunnen geven.

4 O U R M I N D

10.3.3. NAH-woonadvies: gebrek aan regie en opvolging in het proces

In de literatuur wordt nauwelijks aandacht besteed aan regie en opvolging bij woningaanpassingen. Nochtans is dit een cruciaal onderdeel van het proces. Ook over de evaluatie van de aanpassingen en de impact ervan op de levenskwaliteit van cliënten na afloop bestaat nog geen onderzoek.

Het focusgesprek geeft aan dat de opvolging na het advies vaak chaotisch en onsamenhangend verloopt. Een opvallend pijnpunt dat veel NAH-clënten benoemen, is het gebrek aan ondersteuning na de goedkeuring van de voorgestelde oplossing. Zij moeten zelf op zoek naar aannemers, offertes opvragen, afspraken maken én de werken coördineren. Dat is bijzonder stresserend, zeker in combinatie met de andere zorgen waarmee zij en hun mantelzorgers al te maken hebben.

Er zijn ook geen vaste procedures voor bouwprofessionals in dit soort situaties. Omdat architecten niet vergoed worden, nemen cliënten of hun naasten deze taak meestal zelf op. Dit loopt niet altijd goed af. In één van de diepte-interviews verliep de samenwerking met de aannemer moeizaam. Uit angst voor de financiële gevolgen – en zonder duidelijke opvolging – bleven de werken onafgewerkt. In andere voorbeelden ontstonden er conflicten tijdens de werken, waarna het project werd stilgelegd en niet meer werd hervat.

Een treffend voorbeeld: een vrouw met Multiple Sclerose liet haar badkamer en de toegang tot haar woning aanpassen. Ze regelde zelf een aannemer, die één dag te laat op de werf verscheen. Dit leidde tot een discussie waarin de aannemer afhaakte. Het project viel stil.

Ook op het vlak van evaluatie is er veel ruimte voor verbetering. Eens de aanpassingen zijn uitgevoerd, wordt zelden nagegaan of ze effectief bruikbaar zijn. Eerstelijnsmedewerkers merken regelmatig op dat bepaalde aanpassingen niet functioneren of gewoonweg niet gebruikt worden. Vaak hebben ze ook te weinig informatie om goed met de nieuwe situatie om te gaan.

Een concreet voorbeeld: bij een NAH-client werd de badkamer aangepast met een bredere deuropening, oprijplaatjes en een doucherolstoel. Toch werd hij na de werken nog steeds op bed gewassen. De zorgverleners wisten niet goed hoe ze de tillift en de douchestoel moesten gebruiken, en de cliënt kon dit zelf onvoldoende uitleggen. De hulpmiddelen bleven ongebruikt.

Er zijn ook gevallen waarin de aanpassing op zich niet bruikbaar blijkt. Zo werd er ergens een traplift geplaatst, maar de cliënt kon de transfer naar de stoel van de lift niet maken. Met goede ondersteuning tijdens de regie en opvolging had men hier tijdig kunnen ingrijpen.

NAH-clënten en hun omgeving geven duidelijk aan nood te hebben aan iemand die het hele proces mee opvolgt: van planning tot uitvoering en evaluatie. Iemand die hen ontzorgt, die contact houdt

C O U R M I N D

met aannemers, de werken coördineert, en mee zoekt naar tijdelijke huisvesting tijdens de werken. Zo'n regisseur zou een grote meerwaarde zijn. Het ontbreken van opvolging en evaluatie laat vandaag nog te vaak ruimte voor fouten, stress en inefficiëntie.

10.3.4. Timing en planning woningaanpassing

Wanneer een cliënt met NAH naar huis terugkeert, zijn hij en zijn netwerk vaak nog volop bezig met herstel en het herorganiseren van hun leven. Ze zijn in die fase sterk afhankelijk van diensten en instanties die oplossingen aanreiken, maar ook van ervaringen van mensen met gelijkaardige medische problematiek (HER01, HER03). Het inschatten van hun wensen en doelen in de thuissituatie vraagt tijd — een tijd die er vaak niet is. De focus ligt op snelle ontslagplanning uit het ziekenhuis en het onmiddellijk mogelijk maken van basale activiteiten zoals slapen en zich wassen.

Vooraf het functioneel inrichten van de verzorgingsruimte krijgt prioriteit, terwijl waardevolle, betekenisvolle activiteiten op de achtergrond verdwijnen. Bij sommige cliënten, zoals in HER02, is er minder tijdsdruk. Daar krijgen de cliënt en het netwerk de kans om een langer en beter onderbouwd traject te doorlopen. Tijd blijkt dus een bepalende factor te zijn om tot een duurzame en doordachte woningaanpassing te komen.

De realiteit is echter dat NAH-clieënten en hun omgeving al enorm veel energie investeren in de dagelijkse zorg. Voor velen is er simpelweg geen ruimte of draagkracht meer om daarnaast ook nog een bouwproject te trekken — iets wat zelfs voor mensen zonder beperkingen een zware onderneming is. In bepaalde situaties moet tijdelijk andere huisvesting worden gezocht, of een verhuis worden ingepland. Dit vraagt veel overleg met betrokken eerstelijnsdiensten, maar de cliënt mist hier vaak de nodige ondersteuning.

Een sprekend voorbeeld: bij een cliënt die na een jaar revalidatie naar huis mag, wordt er snel een bed in de woonkamer geplaatst. Het toilet wordt aangepast met handgrepen en een verhoging, en de thuisverpleging komt langs voor bedbaden. Maar eigenlijk zou er een traplift moeten komen, de badkamer boven aangepast moeten worden en de woning toegankelijk gemaakt voor een rolstoel. Alleen is die stap op dat moment "nog niet aan de orde" voor de cliënt, die hoopt op herstel. Het gevolg? Het traject wordt pas maanden later opgestart, en het is dan moeilijker geworden om nog andere opties te overwegen (ervaring CC).

Bovendien stelt CC vaak vast dat, zelfs wanneer er een goedkeuring voor aanpassingen is, de werken uiteindelijk niet uitgevoerd worden. De impact op het dagelijkse leven is gewoon te groot. De cliënt ziet het niet zitten om de ingrijpende verandering aan te gaan.

C O U R M I N D

Veel NAH-cliënten merken ook dat ze zélf actief op zoek moeten gaan naar ondersteuning, omdat het netwerk van betrokken diensten versnipperd is. Eén cliënt getuigde: “Na mijn revalidatie wist ik niet waar te beginnen. De ene instantie verwees me door naar de andere” (HER03).

Doorheen alle onderzoeken komt het gebrek aan tijdsinvestering telkens terug als een groot knelpunt in het huidige proces. Geen enkele stakeholder heeft op dit moment het mandaat én de ruimte om het hele traject van woningaanpassing goed op te volgen. Dat zorgt voor een hiaat in de ondersteuning, net op het moment dat de cliënt dit het hardst nodig heeft.

10.3.5. Zelfstandigheid en participatie als doel

Zowel vanuit het oogpunt van revalidatie als voor de NAH-cliënt zelf wordt er gestreefd naar een zo autonoom en zelfstandig mogelijk leven en daarbij speelt de woning een cruciale rol. Hoe meer de architectuur hierin ondersteunt, hoe beter de NAH-cliënt zijn handelingen en levensdoelen kan verwezenlijken. Daarnaast dient het proces zelf ook als een proces naar autonomie beschouwd te worden. Zoals eerder aangegeven is de stem van de NAH-cliënt en de omgeving essentieel en kan het proces zelf ook als een evolutie naar meer autonomie beschouwd worden.

Screeningsinstrumenten kunnen hierin een belangrijke rol spelen. Het zoeken en uitspreken van levensdoelen en belangrijke activiteiten aan de hand van de CLEVER methodiek geven de cliënt autonomie. De diepte-interviews onderschrijven dit belang. Door de I-hope en de I-Hope assist te gebruiken, kunnen de cliënt en diens context zicht krijgen op de mogelijkheden en de uitdagingen om tot een gedragen voorstel van aanpassingen te komen.

10.4. Betrokken stakeholders en regelgeving in de context van NAH-woonadvies

Thuiszorgdiensten, ziekenhuizen, revalidatiecentra, gemeenten, gespecialiseerde organisaties... spelen een rol in het proces, maar in het hele proces ontbreken verschillende functies:

1. iemand die de administratieve coördinatie regelt,
2. iemand die woonadvies geeft vanuit ergotherapeutische kennis,
3. iemand die de woning ontwerpt en technisch opvolgt.

Het is duidelijk dat deze functies niet door een persoon opgenomen kunnen worden. Samenwerken is noodzakelijk. Zorgverleners geven aan dat er vandaag een gebrek is aan duidelijke richtlijnen en communicatie tussen betrokken stakeholders.

“Iedereen doet een stukje, maar niemand overziet het geheel” (FOC01).

C O U R M I N D

Terwijl sommige interventies vergeten worden, gaan andere aspecten dubbel worden uitgevoerd door meerdere instanties. De inzet van middelen kan dus beter. Een wooncoördinator die dit alles overziet, kan hier een rol in spelen.

De regelgeving is voor iemand die plots geconfronteerd wordt met een hersenletsel zo complex dat het voor niemand duidelijk is bij wie ze voor wat moeten zijn. CC stelt een gestructureerde samenwerking voor waarin taken en verantwoordelijkheden van stakeholders beter worden gedefinieerd.

“Een cliënt gaf aan dat hij zowel bij de gemeente als bij het ziekenfonds verschillende adviezen kreeg over financiële steun, waardoor hij uiteindelijk niet wist wat zijn rechten waren” (HERO1).

Cliënten met een sterk netwerk gaan zelf op zoek naar aanpassingen, cliënten zonder netwerk zijn soms slachtoffer van mensen die van hen en hun onwetendheid profiteren. Bovendien kunnen personen die al geruime tijd leven met een hersenletsel gemakkelijker in samenwerking met de eerste lijn en andere stakeholders hun levensdoelen inbrengen in het woonadvies.

10.5. De dialoog tussen de architecturale context en NAH-cliënten

10.5.1. Architectuur met zorgimpact

Bestaande woningen zijn vaak niet aangepast aan de noden van NAH-cliënten, wat hun zelfstandigheid en participatie beperkt. Een goed aangepaste woning heeft een positief effect op de revalidatie en op het welbevinden van de persoon met NAH en zijn context. Zo kan een goed ontworpen woning voldoende rust geven aan de NAH-cliënt. Zich kunnen terugtrekken in een prikkelarme ruimte met voldoende connectie met de buitenwereld kan helend werken. Wanneer de ruimte voldoende fysieke veiligheid biedt, naast de mogelijkheid om zelf initiatieven tot actie te nemen, zorgt dat voor de NAH-cliënt en de context voor gemoedsrust en welbevinden. In het ontwerp moeten alle noden meegenomen worden. Zowel de NAH-cliënt als medebewoners moeten zich goed voelen in de woning. Bovendien kan een goed aangepaste omgeving ook bijdragen tot meer kwalitatieve zorg.

Architectuur wordt beleefd op een multi-sensoriële wijze en zeker bij NAH-cliënten is de integratie van alle zintuigen cruciaal. De sensitiviteit voor bepaalde zintuigen, maakt dat dit zal bijdragen tot een holistische beleving. Daarom wordt geadviseerd om multi-sensorieel te ontwerpen met aandacht voor de beleving van alle zintuigen. Een methodiek die daarbij kan helpen is Universal Design of Ontwerpen voor Iedereen. Echter deze ontwerpmethodiek is vaak nog ongekend bij een groot aantal architecten en wordt daarom nog te weinig toegepast in woonomgevingen. Het zou

C O U R M I N D

goed zijn om dit aspect mee te nemen om de flexibiliteit en het comfort van woningen voor iedereen te vergroten. Zoals in de diepte-interviews meermaals werd bevestigd mag de woning een “thuis” zijn en dient de leefbaarheid bewaard te blijven voor iedereen.

10.5.2. Kosten baten van architect

Op dit moment zijn de meeste bouwtrajecten waarbij een architect betrokken is, relatief kort in vergelijking met de vaak langdurige revalidatieperiode van NAH-cliënten. Toch zou een langduriger traject, in nauwe samenwerking met de zorgsector, meerwaarde bieden. Niet elke architect is vertrouwd met de specifieke noden van personen met Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH). Een langere betrokkenheid zou de actieve participatie van de cliënt en diens netwerk versterken, en de stem van de gebruiker beter tot zijn recht laten komen.

In de praktijk start het ontwerpproces meestal vanuit één enkel intakegesprek. Bovendien voorziet momenteel geen enkele instantie in een financiële tussenkomst voor architectuurkosten. Hierdoor wordt een architect doorgaans pas ingeschakeld in geval van hoge nood, vaak enkel voor het opmaken van een basistekening. De regie van de werken wordt zelden aan een architect toevertrouwd. Aangezien het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) geen vergoeding voorziet en veel NAH-cliënten over beperkte financiële middelen beschikken, wordt er vaak bespaard op deze expertise.

Toch pleit CC expliciet voor samenwerking met een architect, om verschillende redenen. Architecten kunnen onder meer:

- Bouwtechnische en constructieve haalbaarheid inschatten,
- hulpmiddelen op een niet-stigmatiserende manier integreren,
- principes van Universal Design toepassen,
- en bijdragen aan de kwaliteit en beleving van de woning
- garant staan voor de eigenlijke opvolging en uitvoering van de werken

Tegelijkertijd benadrukt CC het belang van een bijkomende rol voor een wooncoördinator, die het gesprek tussen cliënt, netwerk en architect kan faciliteren en stroomlijnen. Dit is essentieel, aangezien cliënten met NAH door een gebrek aan ziekte-inzicht vaak niet in staat zijn om hun behoeften correct of volledig over te brengen. Hierdoor moet het ontwerp soms meerdere keren aangepast worden, wat leidt tot oplopende kosten.

In de praktijk heeft CC al situaties meegemaakt waarbij architecten hun engagement stopzetten na herhaalde wijzigingen in de aangeleverde informatie en afspraken die niet werden nagekomen. Dit toont aan dat een goede ondersteuning en coördinatie cruciaal zijn voor een vlot en succesvol bouwtraject.

C O U R M I N D

10.6. Screeningsinstrumenten voor NAH-woonadvies

Hoewel er in de literatuur een grote lijst van screeningsinstrumenten bestaat voor de analyse van mensgerichte zorg, leert de praktijk ons dat deze nauwelijks worden gebruikt. Verschillende participanten aan het focusgesprek geven aan een checklist in te zetten om de woning en de mogelijkheden van de NAH-cliënt in kaart te brengen. Deze checklists zijn echter allemaal verschillend van elkaar en volgen geen vaste procedures of criteria. De geanalyseerde checklists tonen dat er geen ruimte is voor het opnemen van de NAH-cliënt zijn levensdoelen of wensen. Daarnaast is er ook geen objectieve evaluatie. Zorgverleners geven ook zelf aan dat deze checklists te beperkt zijn en te weinig contextuele informatie bevatten.

“De tools die we gebruiken kijken vooral naar basisfunctionaliteit, maar niet naar hoe iemand zijn woning wil beleven” (FOC7).

NAH-cliënten ervaren bovendien dat de gebruikte vragenlijsten en screeningssystemen weinig rekening houden met persoonlijke voorkeuren en levensstijl.

“Er werd me gevraagd of ik zelfstandig naar het toilet kon, maar niemand vroeg me of ik zelf mijn eten wilde koken” (ervaring CC).

Uit ervaring met NAH-cliënten ziet CC frequent voorbeelden van woningaanpassingen die in functie van ADL-activiteiten worden gerealiseerd. Men staat niet stil bij de beleving van de cliënt.

Hoewel screeningsinstrumenten als een drempel of barrière kunnen ervaren worden, bieden verschillende instrumenten wel een structuur om belangrijke handelingen, acties, waarden en levensdoelen in kaart te brengen. Een holistische aanpak waarin screeningstools niet alleen fysieke, maar ook psychologische en sociale aspecten integreren, is van kapitaal belang om maatwerk te leveren. Het begrijpen van het handelen is daarom zo cruciaal.

C O U R M I N D

11. Conclusie

Dit onderzoek is ontstaan vanuit een praktijkgerichte ervaring en vraag naar meer inzicht in een goed woonadvies voor NAH-cliënten. Twee onderzoeksvragen stonden centraal met name:

1. Hoe verloopt het proces naar een aangepast woonadvies voor NAH-cliënten vandaag?
2. Hoe kan het huidige ontwerpproces geoptimaliseerd worden?

Op basis van voorgaande inzichten kunnen we eerste conclusies maken in functie van het proces en de mogelijkheden tot optimalisatie.

11.1. Het huidige proces naar een aangepast woonadvies voor NAH-cliënten

Het huidige proces woonadvies bij NAH-cliënten is een multidisciplinair en gelaagd traject, waarbij verschillende actoren betrokken zijn bij het initiatief, de screening, de uitvoering en de nazorg. Momenteel bestaan er nog belangrijke hiaten in de aanpak. De regelgeving volgt bijvoorbeeld nog onvoldoende de verschillende noodzakelijke stappen in het proces. Daarnaast is er nog geen goede afstemming tussen de stakeholders en is er overlap in taken en middelen.

Door een duidelijke processtructuur te hanteren met vastgelegde verantwoordelijkheden per fase kan het woonadvies voor NAH-cliënten verbeterd worden. Dit draagt niet alleen bij aan een betere woonkwaliteit en levenskwaliteit van de cliënt, maar voorkomt ook versnippering binnen het zorg- en woonbeleid.

Met deze gerichte aanpak werken we aan een toekomst waarin NAH-cliënten niet alleen een veilige, maar ook een waardige en mensgerichte woonomgeving kunnen behouden.

11.2. De optimalisatie van het NAH-woonadvies

Door triangulatie van de verschillende onderzoeksperspectieven wordt duidelijk dat woonadvies voor NAH-cliënten een integrale, multidisciplinaire aanpak vereist. De inzichten van Centrum Consult bevestigen de noodzaak van een gestructureerde aanpak waarin NAH-cliënten centraal staan. Het implementeren van een gestandaardiseerd proces zal bijdragen aan een betere levenskwaliteit voor NAH-cliënten. Volgende punten zijn daarbij cruciaal.

Mensgerichte benadering: Meer participatie van cliënten, met focus op betekenisvolle activiteiten

C O U R M I N D

Multidisciplinaire samenwerking: Betere afstemming tussen stakeholders en het inschakelen van een wooncoördinator die het traject van initiatie tot evaluatie opvolgt.

Gebruik van screeningsinstrumenten: Objectief in kaart brengen van de woonomgeving en de mogelijkheden van de NAH-cliënt, vertrekkende van de levensdoelen en betekenisvolle activiteiten van deze cliënt. Ook de stem van de mantelzorger en professionele hulpverlener moet meegenomen worden.

Implementatie van Universal Design: Dit principe moet breder toegepast worden in de aanpassing van woningen voor NAH-cliënten. Daarnaast kan dit principe ook bij elke woning van bij het begin meegenomen worden.

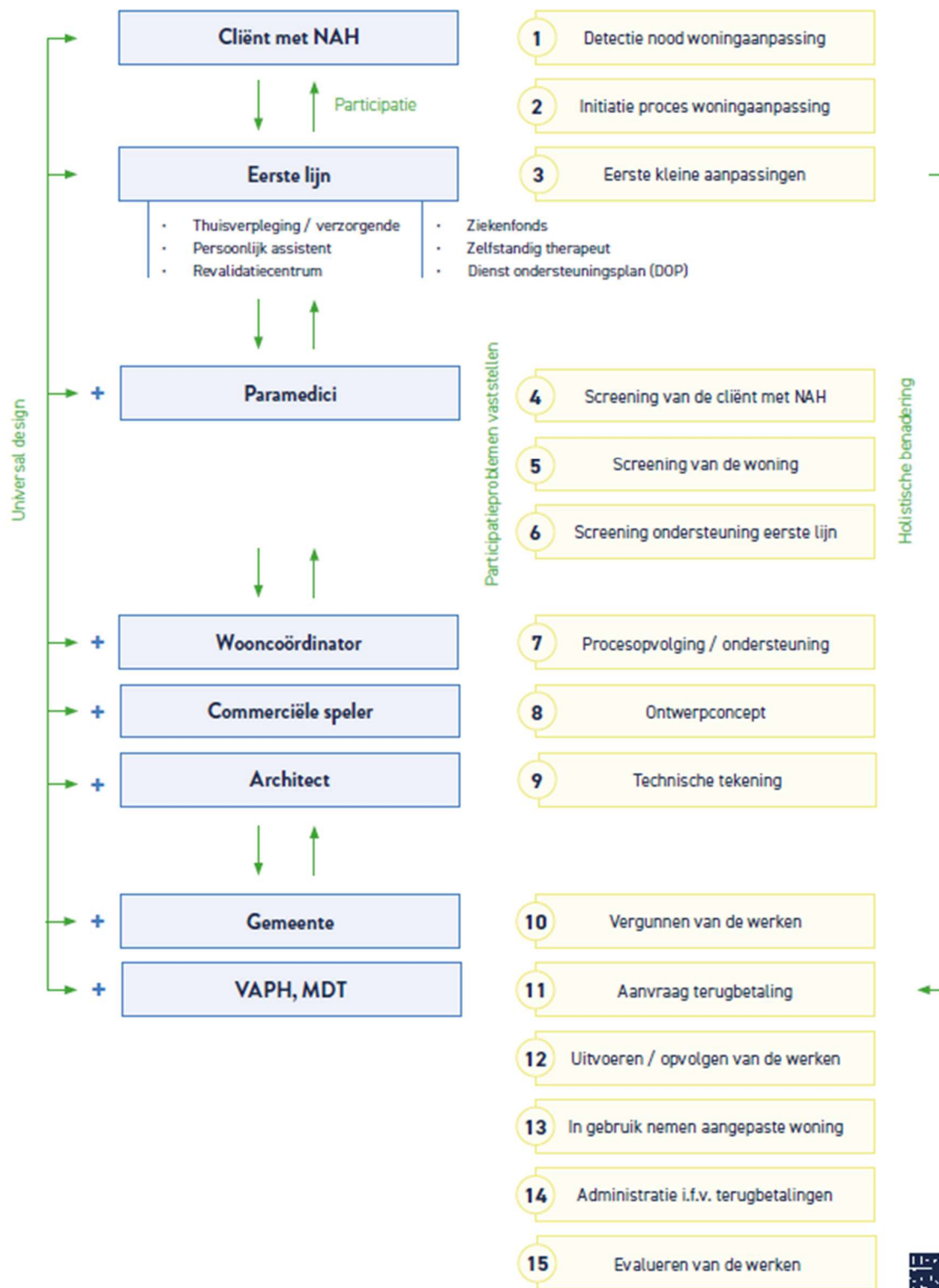
11.3. Een stappenplan voor NAH-woonadvies

In onderstaande afbeelding wordt gepoogd om een gestroomlijnde begeleiding voor NAH-cliënten, die wijzigingen aan hun woning nodig hebben, uit te tekenen. Waar het proces vandaag vaak fragmentarisch en afhankelijk is van de persoonlijke inzet van zorgverleners en mantelzorgers, wordt hier ingezet op een gecoördineerde aanpak die alle informatie uit het geleverde onderzoek bundelt in een stappenplan dat voor elke betrokkene duidelijkheid moet scheppen. Het proces omvat meerdere stappen, waarbij verschillende actoren een rol spelen. Een diepgaande en multidisciplinaire aanpak is noodzakelijk om de overgang naar een aangepaste woonomgeving vlot en duurzaam te laten verlopen. Bovendien biedt het proces een holistische benadering van NAH-woonadvies.

FOURMIND

PROCES WOONADVIES

BIJ CLIËNT MET NAH



Figuur 6 stappenplan woonadvies

C O U R M I N D

11.4. Een mensgericht proces bij NAH-woonadvies

Hoewel het proces tijdens het focusgesprek beschreven werd in 8 stappen, kunnen we na triangulatie het hele proces opdelen in 5 grote fases. Het is pas wanneer de eerste lijn niet verder kan met de vraag, en er dus een complexere nood is, dat het stappenplan volledig doorlopen moet worden.

1. Intake en detectie van de woonnood
2. Screening en ontwerpvoorbereiding
3. Ontwerpconcept
4. Uitvoering en opvolging van de werken
5. Nazorg en evaluatie van de woningaanpassing

Elke fase omvat verschillende stappen waarin de betrokken actoren samenwerken en specifieke verantwoordelijkheden opnemen. De wooncoördinator volgt het hele proces vanaf de screening verder op. Het stappenplan wordt hieronder systematisch beschreven.

11.4.1. Initiatie van NAH-woonadvies

De eerste fase van het proces start met de vaststelling dat een woningaanpassing nodig is. Dit kan op verschillende manieren gebeuren (punt 1, 2, 3):

- De cliënt zelf of diens mantelzorgers ondervinden problemen bij het dagelijks functioneren in de woning.
- Eerstelijnszorgverleners signaleren structurele problemen en functionele beperkingen in de woning.
- Een medische of paramedische zorgverlener die in kader van ontslag uit een ziekenhuis een aantal problemen vaststelt.

Na de eerste detectie worden vaak kleine aanpassingen uitgevoerd, zoals het verplaatsen van meubels of het installeren van tijdelijke hulpmiddelen. Dit gebeurt meestal informeel en zonder tussenkomst van gespecialiseerde professionals. Als deze ingrepen onvoldoende blijken, wordt een formeel woonadvies-proces in gang gezet. Op dat moment is bijkomende expertise noodzakelijk, die binnen de eerste lijn niet altijd aanwezig is.

11.4.2. Screeningsinstrumenten voor NAH-woonadvies

Vooraleer een concreet ontwerp kan worden uitgewerkt, is een grondige screening nodig. Dit is een cruciale stap, omdat zonder de juiste analyse van de uitdagingen van de cliënt met NAH, zijn directe

C O U R M I N D

omgeving en mantelzorgers, de professionele zorgverleners en de knelpunten in de woning, het risico bestaat dat de impact niet effectief of duurzaam is. Deze fase omvat drie invalshoeken.

11.4.2.1. Screening van de NAH-cliënt (punt 4)

Een multidisciplinair team brengt de mogelijkheden en uitdagingen in de eigen context in kaart.

Naast de screening van functionele beperkingen, worden de levensdoelen van de cliënt goed in kaart gebracht. De participatiewensen van de cliënt in de woning liggen aan de basis voor goed advies. De methodieken CLEVER en/of AMPS kunnen hier ingezet worden.

De cliënt en diens mantelzorgers worden actief betrokken bij het besluitvormingsproces.

11.4.2.2. Screening van de woning (punt 5)

Een deskundige analyseert de fysieke woonomgeving op veiligheid, toegankelijkheid en ergonomie. Er wordt rekening gehouden met de principes van Universeel Ontwerp, zodat de woning niet enkel tegemoet komt aan de functionele uitdagingen, maar ook flexibel blijft voor toekomstige aanpassingen en noden. Er wordt stilgestaan bij de beleving van de aanpassingen en de levensdoelen van de cliënt. De aanpassingen mogen de ziel van de woning niet aantasten.

Mogelijkheden voor technische ingrepen worden in kaart gebracht, inclusief mogelijke bouwkundige aanpassing. I-hope en I-hope assist zijn de assessments die hier bruikbaar zijn.

11.4.2.3. Screening van de ondersteuning (punt 6)

Er wordt nagegaan welke ondersteuning beschikbaar is (mantelzorger, formele zorgverlener...) en wat hun noden zijn om de juiste zorg te kunnen garanderen. De I-hope assist verschaft hier bijkomende info.

11.4.3. Ontwerp

Na de screeningsfase volgt de opmaak van een ontwerpconcept . Dit wordt uitgewerkt door een architect of gespecialiseerde adviseur en de bevindingen worden vertaald uit de screening naar een praktisch plan (punt 8, 9, 10, 11).

Dit plan omvat volgende zaken:

- Een ontwerpconcept
- Technische tekeningen voor plaatsing in de woning
- Een gedetailleerde kosteninschatting
- Een tijdsplanning en planning van overlegmomenten met de betrokken partijen
- Mogelijke innovatieve technologieën die het wonen ondersteunen
- Een overzicht van welke mogelijkheden er zijn voor terugbetaling van de werken

C O U R M I N D

In deze fase heeft de wooncoördinator al een belangrijke rol. Voor de NAH-cliënt is het begrijpen van een tekening niet evident, evenals het inschatten van de impact van de werken op de tijdelijke leefbaarheid van de woning. Wanneer er een sterk netwerk is rond de cliënt, kunnen deze mensen de cliënt ondersteunen. De eerste lijn is hier ook een belangrijke partner om na een eerste gesprek met de architect of commerciële speler zaken te helpen kaderen. De eerste lijn kan belangrijke aspecten en gevoeligheden bij de cliënt op zijn of haar manier bespreken.

Voor heel wat werken is er een bouwvergunning nodig. Het omgevingsloket van de gemeente vraagt daarvoor de nodige documenten op. Ook hier kan de NAH-cliënt ondersteuning van de wooncoördinator gebruiken.

Ondertussen kan de wooncoördinator met kennis van regelgeving rond terugbetaling al nagaan wat de subsidiërende overheid kan betekenen. Op die manier krijgt de cliënt en diens netwerk zicht op het totale kostenplaatje van de werken.

Wanneer het ontwerp is goedgekeurd door de cliënt en eventuele subsidiërende overheid, start de uitvoering van de werken.

11.4.4. Linken van actoren in een NAH-woonproces: naar een éénduidige coördinatie

De uitvoering van de woningaanpassing kan een langdurig en intensief proces zijn. Zonder een goed georganiseerde opvolging dreigen vertragingen, misverstanden of onafgewerkte oplossingen. Daarom is procescoördinatie essentieel. De technische opvolging gebeurt door de wooncoördinator, in samenwerking met de architect. De handicap specifieke zaken, zoals communicatie met de cliënt rond plannen van de werken, worden opgenomen door de wooncoördinator in overleg met het multidisciplinaire team van de cliënt (punt 12).

11.4.5. Nazorg en evaluatie van de woningaanpassing

Wanneer de werken zijn uitgevoerd is de opvolging en nazorg belangrijk. Immers, het proces stopt niet bij de oplevering van de werken, maar start dan pas, door de ingebruikname van de aangepaste woning. Dit vraagt om een degelijke opvolging van het eigenlijke gebruik, de handelingen, activiteiten en de beleving (punt 13, 14, 15).

Daarnaast is de financiële afhandeling van het hele VAPH dossier tevens een grote inspanning voor de cliënt. Het is noodzakelijk dat daarbij ondersteuning voor wordt voorzien. Dit kan ook door de aanstelling van een overkoepelende functie zoals hierboven werd aangegeven: de wooncoördinator. Deze coördinator kan doorheen het ganse proces alle subsidieaanvragen, erkenningen, dossiers en boekhouding opvolgen.

Om de kwaliteit van het proces te garanderen, is het aangewezen om meerdere formele evaluatiemomenten te voorzien met alle betrokken stakeholders. Dit is een nieuwe benadering die

4 O U R M I N D

momenteel niet systematisch wordt toegepast, maar volgens onderzoek cruciaal is voor duurzame woonaanpassingen om de initiële behoeften en noden van zowel de gebruikers als de wooncontext te garanderen. Deze tussentijdse evaluatie geeft een inzicht in:

- de functies van de woning en aanpassingen
- de impact op de zelfredzaamheid en veiligheid
- ervaringsgerichte beleving
- de autonomie en het comfort
- de levensdoelen en participatiewensen

Naast de tussentijdse evaluaties, kan een eindevaluatie dezelfde onderdelen behandelen en ook bijkomend evalueren op:

- het eigenlijke verloop van het proces
- de evaluatie van alle stakeholders in het woonadviestraject
- de samenwerking tussen beleidsmakers, architecten en instanties

Deze evaluatie kan bijvoorbeeld zes maanden tot een jaar na de werken uitgevoerd worden en zou systematisch onderdeel moeten worden van een NAH-woonadvies.

12. Epiloog

Dit onderzoek is gestart vanuit de vraag naar meer gericht en onderbouwd woonadvies na NAH. Aanvankelijk hadden we verwacht dat er reeds meer bestaand onderzoek is omtrent wonen na NAH, maar zelfstandig wonen voor NAH met een mensgerichte benadering is een nog vrij braakliggend terrein. Met een beperkte tijdsduur van één jaar hebben we het landschap en het ganse ecosysteem in Vlaanderen in kaart proberen brengen. We zijn er ons echter van bewust dat dit rapport een fundering legt en het mogelijk is dat we organisaties of bepaalde ondersteuning nog niet kennen en daarom niet hebben opgenomen. Graag willen we ons hier bij voorbaat voor verontschuldigen. Echter dit zegt niets over de graad van belangrijkheid, maar het bevestigt de complexiteit van de regelgeving en nood aan meer interdisciplinaire samenwerking van de eerstelijnszorg op het terrein.

Vandaag sluit de regelgeving op het voorgestelde stappenplan nog niet aan. Noch de functie, noch de financiering van een wooncoördinator is vastgelegd. Het opnemen van de functie van wooncoördinator door het CC zou bijvoorbeeld een belangrijke stap kunnen zijn in de ondersteuning van NAH-cliënten.

De betrokkenheid van een architect bij het NAH-woonadvies is momenteel geen evidentie en wordt niet vergoed terwijl de expertise wel relevant en noodzakelijk is. Het herevalueren van de definitie van NAH-cliënten, lijkt ons met het oog op een vergrijzende bevolking een evidentie. Bijvoorbeeld, vanaf de leeftijd van 65 jaar zijn, hebben mensen geen recht op tussenkomst om hun woning aan te

C O U R M I N D

passen of om hulpmiddelen aan te schaffen. Deze nota nodigt uit om de vergoeding en verdeling van bevoegdheden te herbekijken door de betrokken overheden.

Op architecturaal vlak, dient er nog bijkomend fundamenteel onderzoek gedaan te worden naar de potentiële noden van NAH-cliënten en de wijze waarop ontwerpers hier oplossingen voor kunnen bieden. Basisonderzoek focust momenteel nog op hospitaalomgevingen en deze typologie is verschillend van wonen.

Dit rapport hoopt daarom een aanzet te zijn voor een open dialoog tussen alle stakeholders en een oproep om allemaal samen te werken. Het CC wil hierin graag een trekkende rol opnemen en zal op basis van deze kennis alvast gericht samenwerken met de eerste lijn en hen ondersteunen in handicapspecifieke kennis en de mensgerichte benadering.

FOUR MIND

13. Bijlagen

13.1. Bijlage 1: Informed consent deelnemers focusgesprek



Toestemmingsverklaring met betrekking tot het onderzoek

Focusgesprek: woonadvies voor mensen met NAH

Hierbij verklaar ik dat ik duidelijk werd geïnformeerd over het doel van dit focusgesprek en de aard van de verzamelde gegevens.

Ik heb alle informatie goed ontvangen en de mogelijkheid gekregen om vragen te stellen en bekommernissen of bedenkingen te uiten.

Deze deelname is vrijwillig en ik kan op elk moment beslissen om niet langer deel te nemen aan het onderzoek.

Hierbij stem ik ermee in dat alle verzamelde gegevens gebruikt worden voor het onderzoek naar woningaanpassingen voor mensen met een NAH.

Ik ben me bewust van mijn rechten en plichten voor de Algemene verordening van de gegevensbescherming en stem toe dat er foto's en data gebruikt worden voor dit onderzoek.

Mijn persoonlijke gegevens worden enkel gedeeld met de betrokken onderzoekers en worden niet aan derde verstrekt.

Hierbij geef ik mijn toestemming en ga ik akkoord om deel te nemen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:	Voornaam deelnemer:
Datum:	Plaats:
Handtekening	

Indien u bijkomende vragen heeft over dit focusgesprek, of uw rechten met betrekking tot gegevensbescherming, kan u steeds contact opnemen met mij:

Mevr. Hilde Pitteljon

Email: Hilde.Pitteljon@dominiek-savio.be

GSM: 0474/84 15 52

Voor akkoord de onderzoeker:

4 O U R M I N D

13.2. Bijlage 2: Informed consent deelnemers diepte-interview



Toestemmingsverklaring voor deelname aan het interview in het kader van project: Welkom na NAH

Wonen en Leven, kies voor Optimaal maatadvies na een Niet-Aangeboren hersenletsel

Hallo,

Ik ben Hilde Pitteljon, coördinator Centrum Consult. Samen met Lisa Messely en Jasmien Herrens werken we aan een voorstel om het advies rond woningaanpassing na een NAH beter te laten verlopen. We kregen daarvoor middelen vanuit de Koning Boudewijnstichting. Om dat goed te onderbouwen is jouw ervaring van groot belang.

Als je wil deelnemen aan dit interview, dan geven we jou hieronder wat extra info en vragen jouw akkoord hierbij.

Als je akkoord gaat, dan kruis je het vakje naast de tekst aan.

- ☐ De interviewer gaf me voldoende info rond het project
- ☐ Ik zal deelnemen aan het interview
- ☐ Ik kan samen met de interviewer spreken over mijn ervaring bij het advies en uitvoer van de werken in mijn woning
- ☐ Ik weet dat de interviewer mijn mening belangrijk vindt
- ☐ Ik kan mijn medewerking altijd terug intrekken en hoef daarbij geen reden te geven
- ☐ Ik weet dat er een verslag gemaakt wordt van mijn bevindingen. Deze zijn wel anoniem
- ☐ Ik geeft toestemming om foto's te nemen van mijn aanpassingen
- ☐ Indien ik bijkomende vragen heb, kan ik die altijd stellen aan de interviewer.
- ☐

Naam:

Handtekening

FOURMIND

13.3. Bijlage 3: Foto's focusgesprek



4 O U R M I N D

13.4. Bijlage 4: Open en axiale codering focusgesprek

Open codering	Axiale codering	Stellingen van participanten
Belang eerste lijn	Mandaat in proces	Wanneer zorg niet kan geboden worden omwille van niet ergonomisch kunnen werken, wordt de vraag in gang gezet (FOC05). We willen door soms kleine aanpassingen, ons eigen personeel ondersteunen in het verlenen van zorg (FOC08). Ik stel vast dat bepaalde zaken moeilijk lopen, bv. transfer naar toilet, ik denk dat er oplossingen zijn, ik probeer dat voorzichtig en herhaaldelijk te bespreken (FOC03).
Tijd is een probleem	Mandaat in het proces	Er is geen tijd om alles goed te observeren, je moet je baseren op medische verslagen (FOC02). We kunnen niet overleggen met andere zorgverleners die wel andere dingen ervaren (FOC02). Het hele proces is zeer tijdsintensief. Als je al start met ik heb daar de tijd niet voor, dan ben je de cliënt al kwijt (FOC01).
Vertrouwenspersoon	Mandaat in proces	Eerste lijn stelt vast dat het steeds moeilijker loopt, probeert voorzichtig probleem bespreekbaar te maken (FOC03).
Plaats in het proces	Proces op zich	In revalidatie zijn we nog een stap voor. We proberen het ontslag zo goed mogelijk voor te bereiden. Tijd is een belangrijke factor (FOC07). We worden gecontacteerd door het ziekenhuis of een andere dienst zoals een MDT. Er is dan al een idee wat moet gebeuren. We worden gevraagd om uit te voeren en ook nog wat mee te denken (FOC04). We bereiden de cliënt voor en na een gesprek bespreken we nog eens met de cliënt wat is gezegd. Dat is belangrijk naar aanvaarding (FOC03).

4 O U R M I N D

Inspraak cliënt	Systeem cliënt en context	De partner stelt soms de vraag, maar dan is er nog een lange weg om de cliënt te overtuigen (FOC08). Cliënt stelt niet altijd de juiste vraag, kent zijn mogelijkheden niet voldoende, probleem nog onvoldoende scherp doorleefd (FOC03). De cliënt stelt niet dikwijls de initiële vraag (FOC01). De vraag komt het best van de cliënt, maar als dat niet komt en er moet een oplossing gezocht worden, is dat moeilijk. Een vertrouwenspersoon kan dan een oplossing zijn (FOC08).
Input mantelzorger	Systeem cliënt en context	In revalidatie wordt mantelzorger betrokken (FOC07). Draagkracht mantelzorger is soms overschreden waardoor weinig input komt (FOC05). De partner contacteert mij, het gaat thuis niet meer. Dan is het een kwestie van doorvragen en zelf vast stellen wat lukt en wat niet (FOC06).
Gebaseerd op medische info	Medisch model	We baseren ons op medische verslagen (FOC02). Info mag niet gedeeld worden, Alivia zou daar een oplossing voor kunnen zijn (FOC01).
Gebrek aan ziekte inzicht	Evalueren van mogelijkheden	Cliënt geeft aan dat ze een alarmknop kan gebruiken, maar in feite kan ze de knop niet meer indrukken (FOC03). De cliënt geeft aan dat ze de bedtransfer niet kan, maar in het ziekenhuis lukt het wel (FOC07). Overschatting is een groot probleem (FOC08)(FOC03).
Checklist	Screenen van de woning	Geen gebruik van instrumenten om mogelijkheden in kaart te brengen, is zeer confronterend, ik observeer liever in spontane situaties (FOC03). We hebben een screeningslijst, maar ik gebruik die niet (FOC04).
Activiteiten worden niet bevraagd	Inzicht in betekenisvolle activiteiten	We vragen ook welke activiteiten vroeger werden uitgevoerd en wat men nu wil doen (FOC02).

4 O U R M I N D

Verschillende visies voor oplossingen	Multidisciplinair samenwerken Regie	Verschillende stakeholders hebben verschillende oplossingen voor een probleem, een firma probeert zijn product te verkopen en toetst niet voldoende af met de cliënt en context (FOC03).
Regie	Regie	Wie heeft de regie in het hele proces, wie doet de opvolging van de verschillende stappen, hier is niemand met mandaat en tijd (FOC01) Er is geen tijd en ruimte voor terugkoppeling (FOC07).
Kennis regelgeving	Expertise	Ik weet niet veel van regelgeving, ik contacteer het MDT (FOC04). Ik informeer de ergo binnen ons team, dan laat ik dat los, ik weet daar niet veel van (FOC05). Als je zelf geen kennis hebt en ook je collega niet, dan verlies je de cliënt ook. Je moet kennis hebben van wie je best kan aanspreken om verder te gaan (FOC01).
Fragmentaire contacten met andere disciplines	Multidisciplinair samenwerken	De contacten onderling zijn niet duidelijk, ik heb eigenlijk geen idee wie ik kan contacteren (FOC05). Typisch voor de zorg, iedereen op z'n eilandje (FOC01).
Stappen in het hele proces	Proces op zich	Intake advies patiënt. Inbreng van expertise. Informatiedeling en opvolging. Uitvoeren en financieren. Borging en goed gebruik. Regie . Evalueren: dat zie ik ook onder kennis en expertise. Dat zijn de grote stappen (FOC01).
Maken van keuzes	Architecturale aspecten	Cliënten willen hun huis gezellig houden, geen ziekenhuisgevoel hebben (FOC03). Er moet plaats zijn voor de andere gezinsleden (FOC04). Bepaalde activiteiten die voor de cliënt belangrijk zijn, vragen aanpassingen. Mijn cliënt wil zelfstandig naar buiten kunnen om te zonnen, daarvoor moet het raam aangepast worden zodat ze met de rolstoel naar buiten kan rijden, zonder ondersteuning (FOC03).

4 O U R M I N D

Uitvoeren	Proces op zich	Hier ligt ook een grote uitdaging, daar lopen we dikwijls op vast. Communicatie loopt stroef met de aannemer, de cliënt haakt af (FOC05). Cliënten met NAH zien een verbouwing niet zitten, hebben andere zorgen op dat moment. En tegen dat je daar geraakt, dat is al een slopend proces. De uitvoering is dan ook nog lastig. Soms haakt men dan nog af (FOC01).
Financiële aspect	Regelgeving	Het VAPH komt voor veel tussen maar dat is zeer complex (FOC03). Voor mensen van +65 is het enige wat kan de Vlaamse aanpassingspremie. Dat is veel te weinig voor grote aanpassingen (FOC07). Sommige mensen gaan shoppen op de refertelijst. We moeten bewaken dat enkel dat wat nodig is, effectief wordt aangevraagd (FOC07). Voor iemand met veel financiële middelen is het gemakkelijker om keuzes te maken. Andere mensen kunnen de nodige aanpassingen niet doen en leven in schrijnende situaties (FOC04).

C O U R M I N D

13.5. Bijlage 5: Selectieve codering focusgesprek

Code	Subthema's
De context en het standpunt van de eerstelijnszorg bij NAH-woonadvies	Eerste lijn als vragende partij, soms zijn aanpassingen noodzakelijk om zorg te kunnen verlenen (FOC08 en FOC05) Expertise ontbreekt (FOC03, FOC05, FOC08) en is van groot belang om de cliënt mee te ondersteunen in het verhaal Interdisciplinaire samenwerking is noodzakelijk (FOC01, FOC08, FOC05) Informatie moet gedeeld worden (FOC01) Coördinatie noodzakelijk (FOC01)
De procesbeleving van het NAH woonadvies door de NAH-cliënt	Inspraak is moeilijk door overschatting of onderschatting van mogelijkheden (FOC03, FOC08, FOC05) Impact van verbouwing is moeilijk in te schatten (FOC01, FOC05) Regelgeving is complex (alle participanten)
Betrokken stakeholders en regelgeving in de context van NAH woonadvies	Intake advies patiënt, vraag kan bij verschillende mensen aankomen. Iedereen moet zich bewust zijn bij wie bijkomende info verkregen kan worden (FOC01). Inbreng van expertise, kennis van netwerk is belangrijk (FOC01, FOC08, FOC03). Informatiedeling en opvolging, een coördinator met mandaat kan ervoor zorgen dat het proces gedeeld is, dat er opvolging van de verschillende stappen is (FOC01) Advies en ontwerp, stilstaan bij wat echt nodig is, bewaken van de sfeer van de woning, plaats voor andere bewoners (FOC03).

4 O U R M I N D

	Regie en uitvoering: Ook de uitvoering heeft veel uitdagingen. Niemand heeft het mandaat om dat samen met cliënt en context aan te pakken (FOC01). Het goed plannen van de werken is cruciaal, maar wie heeft mandaat (FOC05). Rol vertrouwenspersoon is belangrijk (FOC03). Niemand heeft hier middelen, tijd of mandaat voor. Veel last op schouders van cliënt en netwerk (FOC03), daar is geen ruimte voor. Financieren, heel complex om de aanvraag voor financiering rond te krijgen (alle participanten). Borging en goed gebruik, is dat een rol voor de coördinator, informeren van alle betrokkenen, cliënt, cliëntsysteem en professionele hulpverleners (FOC01)? Evalueren, oplevering gebeurt 2 maand na de werken. Het gaat hier om de technische uitvoering; hoe functioneel alles is, wordt niet bevraagd (FOC04).
De dialoog tussen de architecturale context en de NAH-client	Betekenisvolle activiteiten aan de basis voor aanpassingen (FOC03, FOC04). Beleving van de woning is belangrijk, het huiselijke moet bewaard blijven (FOC03).
Screeningsinstrumenten voor NAH-woonadvies	Objectiveren van mogelijkheden van cliënt, cliënt overschat of onderschat zijn mogelijkheden (FOC08, FOC03). Niemand gebruikt instrumenten om dat in kaart te brengen. Objectiveren van de noden van mantelzorger of professionele betrokkene wordt niet gedaan (alle participanten). Objectiveren van de uitdagingen in de woning, momenteel worden geen gevalideerde instrumenten gebruikt (alle participanten), een

4 O U R M I N D

	aantal organisaties zetten zelf ontworpen checklists in (FOC02, FOC04, FOC07). In kaart brengen van levensdoelen en belangrijke activiteiten van cliënt met NAH, geen instrumenten voorhanden, dit wordt wel bevraagd (FOC02, FOC06).
--	--

FOURMIND

13.6. Bijlage 6: Checklist Strobbe Mobility Solutions



INTAKEFORMULIER WONINGAANPASSINGEN

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam: **Voornaam:**
Geboortedatum: **Telefoon of gsm-nummer:**
E-mailadres:
Adres: **Plaats:**
Postcode: **Bus**
RIZIV-nummer: **Lidmaatschap mutualiteit:**
 Bent u lid bij het VAPH? ☐ Ja ☐ neen
Fondsen: ☐ Vlaams Agentschap ☐ Fonds voor arbeidsongevallen
☐ Fonds voor beroepsziekten ☐ Verzekering/hospitalisatie

MEDISCHE GEGEVENS

Diagnose/beperking:
Aangeboren: ☐ Ja ☐ Neen, sinds:
Evolutie van de beperking:
Huisarts/specialist:
Bijkomende informatie:

GEGEVENS MDT

Naam: **Voornaam:**
Doorverwezen via:
E-mailadres: **Telefoon of gsm-nummer:**
Bijkomende informatie:

FOURMIND

MOBILITEIT

- Marche** ☐ Begeleiding ☐ Zelfstandig
Mobiliteitshulpmiddel ☐ Wandelstok ☐ Rollator/looprek
☐ Rolstoel type:
☐ Scooter type:
Transfers zelfstandig ☐ Zit/stand ☐ Stand/zit
☐ In bed ☐ Uit bed
☐ In auto ☐ Uit auto
☐ Rolstoel naar toilet ☐ Rolstoel naar bed
☐ Drempels ☐ Trappen
Familiale kring ☐ Bij partner ☐ Bij ouders
☐ Alleenwonend ☐ Voorziening, welke:

Opmerkingen

WOONSITUATIE

- Type gebouw** ☐ Vrijstaand, aantal verdiepingen:
☐ Hoekwoning, aantal verdiepingen:
☐ Rijwoning, aantal verdiepingen:
☐ Appartement, verdieping:
☐ Andere:
Garage: ☐ Ja ☐ Neen
Berging: ☐ Ja ☐ Neen
Tuin: ☐ Ja ☐ Neen
Toegang woning mogelijk via de tuin: ☐ Ja ☐ Neen

FOURMIND

HULPMIDDELEN

Reeds aanwezige hulpmiddelen:

.....

.....

.....

WONING

TOEGANG WONING

Toegangspad naar voordeur ☐ Ja ☐ Neen

Breedte toegangspad :

Materiaal huidig pad :

Nodige aanpassingen :

- ☐ verbreden toegangspad
- ☐ verlengen toegangspad
- ☐ ander materiaal of recup huidige betegeling

Drempel/ trappen voordeur ☐ Ja ☐ Neen

Breedte traptrede:

Hoogte traptrede:

Aantal traptreden:

Nodige aanpassingen :

- ☐ voorzien van drempelplaat/ hellingbaan
- ☐ voorzien van hellend vlak
- ☐ voorzien van een platformlift/hydrolift
- ☐ voorzien van een andere toegang tot de woning

4 O U R M I N D

Huidige breedte deur :

Mogelijkheid tot verbreden van de deur ☐ Ja ☐ Neen

Bediening van de deur :

- ☐ rechtstaand
- ☐ rollator
- ☐ manuele rolwagen
- ☐ elektronische rolwagen

Nodige aanpassingen :

- ☐ Een automatische deuropener
- ☐ elektrische deurontgrendeling
- ☐ automatisering van de nachtschoot.
- ☐ Bediening met afstandsbediening binnen/buiten
- ☐ Bediening met drukknoppen binnen
- ☐ Bediening met codeklavier
- ☐ Bediening met app op gsm

INKOM/GANG

Deur vanuit inkom naar :

Breedte

Draaicirkel voldoende: ☐ Ja ☐ Neen

Trap ☐ Ja ☐ Neen

Breedte traptrede:

Aantal traptreden:

4 O U R M I N D

Gebruikt u dagelijks de trap? ☐ Ja ☐ Neen

Heeft u moeite met het betreden van de trap? ☐ Ja en waarom? ☐ Neen

.....

.....

.....

Nodige aanpassingen:

☐ Extra trapeuning

☐ Traplift

(breedte, hellingsgraad, onderdoorgang, aantal bochten, situatie beneden, situatie boven,.....)

☐ Lift

(binnenin de woning, tegen de gevel buiten, mogelijkheid tot put, met koker of structuur, binnenaftmeting, aantal deuren, ...)

☐ Verbreden doorgang

Welke aanpassingen wilt u hier laten uitvoeren? Extra hulpmiddelen?

.....

.....

.....

LIVING

Breedte deuren :

Draaicirkel voldoende: ☐ Ja ☐ Neen

Ervaart u problemen in de living? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

Welke aanpassingen wilt u hier laten uitvoeren? Extra hulpmiddelen?

.....

.....

.....

4 O U R M I N D

KEUKEN

Breedte deuren :

Draaicirkel voldoende: ☐ Ja ☐ Neen

Ervaart u problemen in de keuken? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

Nodige aanpassingen:

- ☐ Bestaande keuken aanpassen
- ☐ onderrijdbaar maken van werkvlak
- ☐ onderrijdbaar maken van gootsteen
- ☐ Plaatsen van hoog/laag aanrecht
- ☐ aanpassen keukenkasten
- ☐ voorzien van een uitschuifbaar werkvlak
- ☐ Hoogte aanpassen van bovenkasten
- ☐ Aanpassen van kraanwerk
- ☐ Aanpassen positie stopcontacten
- ☐ Aanpassen toestellen
- ☐ nieuwe aangepaste keuken plaatsen

Welke aanpassingen wilt u hier laten uitvoeren? Extra hulpmiddelen?

.....

.....

.....

BERGING

BREEDTE:

LENGTE

HOOGTE:

Breedte deur :

Draaicirkel voldoende: ☐ Ja ☐ Neen

4 O U R M I N D

Ervaart u problemen in de berging? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

TOILET

Breedte deur :

Draaicirkel voldoende: ☐ Ja ☐ Neen

Toilet: ☐ Vast ☐ Hangend

Ervaart u problemen in de toiletruimte? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

Nodige aanpassingen:

☐ Plaatsen verhoogd toilet

- ☐ staand
- ☐ hangend
- ☐ hoogte vloer – toiletbril

☐ Plaatsen extra handgrepen links/rechts

- ☐ op achterliggende muur
- ☐ op sanbloc
- ☐ op zijdelingse muur
- ☐ lengte handgrepen
- ☐ hoogte : vloer – bovenkant handgreep

Welke aanpassingen wilt u hier laten uitvoeren? Extra hulpmiddelen?

.....

.....

.....

4 O U R M I N D

BADKAMER	BREEDTE:	LENGTE:	HOOGTE:
----------	----------	---------	---------

Breedte deur :

Hoogte deur :

Draaicirkel voldoende: ☐ Ja ☐ NeenBad ☐ Ja ☐ NeenInloofdouche ☐ Ja ☐ NeenToilet ☐ Ja ☐ NeenLavabo ☐ Ja ☐ Neen

Ervaart u problemen in de badkamer? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

Nodige aanpassingen:

☐ Plaatsen onderrijdbare lavabo☐ hoogte vloer – onderkant wastafel☐ Plaatsen verhoogd toilet☐ hoogte vloer - toiletbril☐ Plaatsen extra handgrepen links/rechts☐ Plaatsen inloofdouche☐ douchebak☐ vloer met afvoerputje / goot☐ afscherming douche☐ Plaatsen douchestoel/ doucheroelstoel☐ losstaand

4 O U P M I N D

- ☐ opklapbaar
- ☐ op kleine wielen
- ☐ zelfrijder
- ☐ positioneerbare doucheroelstoel

- ☐ Plaatsen handgrepen in de douche
 - ☐ omgekeerde T
 - ☐ horizontaal
 - ☐ hoogte vloer – bovenkant handgreep

- ☐ aanpassen deur
 - ☐ breder maken
 - ☐ verhogen

- ☐ plaatsen bad
 - ☐ verhoogd
 - ☐ onderrijdbaar
 - ☐ met uitsparing voor voeten
 - ☐ type kraan (bvb exafill)

- ☐ plaatsen verzorgingstafel en/of douchebrancard
 - ☐ vast
 - ☐ in hoogte verstelbaar
 - ☐ opklapbaar (al dan niet boven het bad)

Welke aanpassingen wilt u hier laten uitvoeren? Extra hulpmiddelen?

.....

.....

.....

4 O U R M I N D

SLAAPKAMER 1	BREEDTE:	LENGTE:	HOOGTE:
--------------	----------	---------	---------

Breedte deur :

Hoogte deur :

Draaicirkel voldoende: ☐ ja ☐ neen

 Nodige aanpassingen:

- ☐ aanpassen deur
- ☐ breder maken
 - ☐ verhogen
- ☐ doorgang naar badkamer voorzien
- ☐ voorzien van een tilsysteem
- ☐ verbonden met de slaapkamer

Welke aanpassingen wilt u hier laten uitvoeren? Extra hulpmiddelen?

.....

.....

.....

TOEGANG TUIN

Toegang tuin via: ☐ deur ☐ opening ☐ schuifdeur ☐ andere:

Breedte deur :

Mogelijkheid tot verbreden van de deur ☐ Ja ☐ NeenAanwezigheid drempel: ☐ ja ☐ neen

hoogte:

- ☐ verbreden van de deuropening
- ☐ voorzien van drempelplaat/ hellingbaan

4 O U R M I N D

- ☐ voorzien van hellend vlak
- ☐ voorzien van een verzonken schuifraam
- ☐ voorzien van een andere toegang tot de tuin

Welke aanpassingen wilt u hier laten uitvoeren? Extra hulpmiddelen?

.....

4 O U R M I N D

13.7. Bijlage 7: Checklist Klief



BZIO-IMBO
 Zeedijk 286-288 8400 Oostende
 MD1: M445, 059/70.51.81

Ergotherapie - verslag huisbezoek

algemene informatie

Naam: _____
 Rijkswijksterm: _____
 VAPH-nr: _____
 Revalidatiediagnose: _____
 Sociale status: alleenstaand

Datum huisbezoek: _____
 Huisbezoek uitgevoerd door: Jorgo hoto
 Indien extern -> Naam: _____

Functionele mogelijkheden van de patiënt in eigen omgeving

ADL:

wassen en kleden volledig zelfstandig

voeding volledig zelfstandig

nota's:

Transfers:

bedtransfer volledig zelfstandig

toilettransfer volledig zelfstandig

douche/bedtransfer volledig zelfstandig

nota's:

Verplaatsing:

korte afstand zelfstandig

lange afstand zelfstandig

wagen rijdt mee

openbaar vervoer/andere vervoersmiddelen [] tram [] bus [] trein [] fiets [] auto

trappen zelfstandig

nota's:

Verplaatsing:

cognitief:

Algemeen:

vrije tijd op dit moment mogelijk

beroepsuitoefening op dit moment mogelijk

WV WV

WV WV

☐ automatische transmissie op passagier noodzakelijk

☐ hulpmiddel

woning

type

nota's:

☐ appartement ☐ studio ☐ zelf open bebouwing

☐ bungalow ☐ woning met vestiging ☐ vrijstaande woning

☐ flat-woning ☐ rijwoning

<- aantal: _____

toegang tot woning

	rolstoeltoegankelijkheid		rolstoeltoegankelijk		aanpasbaar	
	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN
Toegangspad tot voordeur						
Drempels in de looproute						
Garage						
Voordeur						
Achterdeur						
nota's:						

gang/hal

	rolstoeltoegankelijkheid		rolstoeltoegankelijk		aanpasbaar	
	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN
Vrije doorgang gang						
Opbergplaats RW						
nota's:						

142 / 181

4 O U R M I N D

verticale verplaatsing							
cm	rolstoeltoegankelijkheid		rolstoeltoegankelijk		aanpasbaar		
	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN	
Lift							
Breedte van trede							
Diepte van trede							
Hoogte van trede							
Trapvorm							
nota's:							

toilet							
cm	rolstoeltoegankelijkheid		rolstoeltoegankelijk		aanpasbaar		
	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN	
Deurbreedte							
Hoogte toilet							
Transferruimte							
Drempel							
nota's:							

keuken							
cm	rolstoeltoegankelijkheid		rolstoeltoegankelijk		aanpasbaar		
	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN	
Deurbreedte							
Transferruimte							
Drempel							
Hoogte onderkasten							
Hoogte bovenkasten							
Hoogte fornuis							
Koelkast							
Werkblad							
Afwastafel							
Eettafel							
Dampkap							
nota's:							

woonkamer							
cm	rolstoeltoegankelijkheid		rolstoeltoegankelijk		aanpasbaar		
	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN	
Deurbreedte							
Transferruimte							
Drempels							
Eettafel							
nota's:							

badkamer							
cm	rolstoeltoegankelijkheid		rolstoeltoegankelijk		aanpasbaar		
	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN	
Deurbreedte							
Transferruimte							
Drempels							
Bereikbaarheid badkamermeubel							
Wastafel							
Bad							
Douche							
Spiegel							
nota's:							

slaapkamer							
cm	rolstoeltoegankelijkheid		rolstoeltoegankelijk		aanpasbaar		
	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN	
Deurbreedte							
Transferruimte							
Bereikbaarheid kleerkast							
Hoogte bed							

FOURMIND

nota's:

overige ruimtes

Tuin
Zolder
Kelder
Berging
Terras
nota's:

cm	rolstoeltoegankelijkheid		rolstoeltoegankelijk		aanpasbaar	
	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN

omgeving

Afstand dichtstbijzijnde winkel:
 Afstand dichtstbijzijnde bakker:
 Afstand dichtstbijzijnde tramhalte/bushalte:

landelijke omgeving 

testverslag

foto's

Comprimeer de foto's!

FOURMIND

13.8. Bijlage 8: Checklist Helan

Ergo-advies:

Verslag ergotherapeutisch advies

1 ALGEMEEN

1.1 Identificatiegegevens klant

Naam:	
Rijksregisternummer:	
Leeftijd:	

1.2 Verstrekker ergotherapeutische begeleiding

Ergotherapeut	
Organisatie:	Helan Onafhankelijk Ziekenfonds
Tel:	09 269 85 77
Email:	

1.3 Datum huisbezoek

3/02/2023

1.4 Vooronderzoek

Zorgbudget zwaar zorgbehoevenden (ZZZ)	
Attest handicap (FODSZ)	
Zorgbudget voor ouderen met een zware zorgnood (ZBO)	
Parkeerkaart	
PAS (Personenalarmsysteem)	
Incontinentieforfait	
Mobiliteitshulpmiddelen via VSB	
Kine	

4 O U R M I N D

*Ergo-advies:***2 ANAMNESE****2.1 Huidige probleemstelling (fysiek, cognitief, ...)****2.2 Samenlevingsvorm**

- ☐ alleenstaande / weduwe(naar)
☐ samenwonend met ☐ partner | ☐ kinderen | ☐ andere:

2.3 Woonsituatie

- ☐ Huis: ☐ eigenaar
☐ appartement: ☐ huurder (☐ privé | ☐ sociale woningmaatschappij)

2.4 Professionele hulpverlening

- ☐ Thuisverpleging ☐ Poetshulp ☐ Logo
☐ Gezins hulp ☐ Kine ☐ Andere

2.5 Netwerk

Relatie	Naam	Telefoon	e-mail (of postadres)	Kopie van verslag?
Mantelzorger				
Huisarts				

2.6 Verhoogd valrisico?

- ☐ Ik ben het laatste jaar * 2 keer gevallen.
☐ Ik ben het laatste jaar gevallen met ietsel
☐ Ik heb evenwicht- en/of gangproblemen

Toelichting valincident(en)

4 O U R M I N D

Ergo-advies:

Wat voelde u voor u de val?	☐ Duizeligheid ☐ Misselijkheid ☐ Hartkloppingen	☐ Loomheid ☐ Niets ☐ Andere:
Wat deed u toen u viel?	☐ Lopen in en op het huis ☐ Persoonlijke verzorging ☐ Toilet ☐ Slapen of rusten	☐ Eten ☐ Vrije tijdsbesteding ☐ Huishoudelijke activiteiten ☐ Andere:
Bent u gestruikeld?	☐ Neen ☐ Ja	
Waardoor bent u gestruikeld?	☐ schoeisel (pantoffels, losse schoenen) ☐ obstakel (Mat, kabel, drempel, losliggende voorwerpen) ☐ Ik moest dringend naar het toilet ☐ Andere:	
Wanneer bent u gevallen?	☐ Voormiddag ☐ Namiddag	☐ Avond ☐ Nacht
Had u een letsel tgv de val?	☐ neen ☐ ja:	
Kwam u recht zonder hulp?	☐ neen ☐ ja:	
Opmerkingen		

2.7 Concrete vraag

Welke problemen ervaart de betrokkene (of netwerk) zelf?

1.



4 O U R M I N D

Ergo-advies:

3 GLOBAAL FUNCTIONEREN

- ▶ Slapen en opstaan
- ▶ Toiletsituatie
- ▶ Wassen en aankleden
- ▶ Verplaatsingen in huis
- ▶ Verplaatsingen buitenshuis
- ▶ Eten en drinken
- ▶ Koken
- ▶ Boodschappen
- ▶ Poetsen / onderhoud tuin
- ▶ Dagbesteding

4 O U R M I N D

Ergo-advies:

4 ERGOTHERAPEUTISCH ADVIES

4.1 XXX

Toelichting (+ foto)

Advies

4.2 XXX

Toelichting (+ foto)

Advies

4.3 XXX

Toelichting (+ foto)

Advies



4 O U R M I N D

Ergo-advies:

5 PREMIES

5.1 Helan

Leden van Helan ziekenfonds die in orde zijn met hun ziekenfondsbijdragen, hebben recht op een korting van 10% bij aankopen in de Helan Zorgwinkel. Op artikelen die behoren tot volgende categorieën is er een korting van 30%:

- ▶ Zorgmateriaal (beperkt tot 250 euro per artikel)
- ▶ Anti-decubitusmateriaal
- ▶ Incontinentiemateriaal
- ▶ Nek- en rugklachten

De meeste bestellingen worden via een pakket aan huis geleverd, met uitzondering voor omvangrijker materiaal. Voor bestelling onder de €50, betaalt u €5 transportkosten. Bestellingen vanaf €50 worden gratis verstuurd.

Indien u een traplift aankoopt bij één van onze partners (Comfortlift, Otolift, Stannah, TKE of Strobbe Mobility), kan u genieten van een tussenkomst van 5% door de factuur te bezorgen aan Helan.

5.2 Vlaamse aanpassingspremie Wonen Vlaanderen

Via Wonen Vlaanderen kunt u als 65-plussers mogelijks een aanvraag doen voor de aanpassingspremie. Deze premie is voorzien om de woning toegankelijk te maken en aan te passen wanneer het fysiek moeilijker gaat. Hiervoor komen enkel de uitgebreidere aanpassingen in aanmerking, bv bad vervangen door inloepdouche, een tweede toilet voorzien op een andere verdieping, een traplift plaatsen, ...

Om in aanmerking te komen voor de aanpassingspremie moet u voldoen aan enkele voorwaarden. De voorwaarden, bijkomende info en de aanvraagformulieren kunt u terugvinden op volgende website/ in bijlage van dit verslag: <https://www.vlaanderen.be/vlaamse-aanpassingspremie-om-de-woning-aan-te-passen-aan-een-oudere-bewoner>

5.3 Regionale of gemeentelijke premie

...



4 O U R M I N D

Ergo-advies:

6 TOT SLOT

Hieronder som ik nog even op wat we tijdens het huisbezoek afgesproken hebben:



Hebt u nog vragen over dit adviesrapport, aarzel dan zeker niet om mij terug te contacteren.



4 O U R M I N D

13.9. Bijlage 9: Voorbereiding diepte-interviews

Semigestructureerd interview cliënt met NAH

Wie ben je?

Wat was de aanleiding van de vraag?

Wie is betrokken?

Adviesverlening:

Hoe heb je het hele proces ervaren?

Hoe deskundigheid was de adviesverlening

Beleving van het advies, ruimte voor aanpassingen van het advies

Aandacht voor esthetische?

Levensdoelen:

Was er een vraag naar betekenisvolle activiteiten?

Objectiveren van de mogelijkheden

Hoe werden jouw mogelijkheden in kaart gebracht

Financieel plaatje:

Wat is haalbaar, wat is er moeilijk

Alles kunnen uitvoeren?

Beoordeling van het resultaat

Functioneel

Voelt huiselijk aan?

Meerwaarde van de woning

Waardering proces

Wat kon beter

Wat is jouw advies voor anderen rond aanpak?

Wat kan op vlak van regelgeving beter?

Wie werd gemist in het proces?

FOURMIND

13.10. Bijlage 10: Open en axiale codering diepte-interviews

Open Codering	Axiale codering	HER01	HER02	HER03	HER04	HER05
Geen inspraak	Beleving proces	Aanvankelijk geen inspraak. Ergo ging er onmiddellijk vanuit dat de bovenverdieping niet meer toegankelijk zou zijn voor mijn man.		Mijn man was niet in staat om tijdens de revalidatie mee te denken om de woning aan te passen.	Ik stond onder bewindvoering. Ik heb helemaal geen inspraak gehad. Ik was aanwezig bij het adviesgesprek maar men hield geen rekening met mijn vragen en bedenkingen.	
Wel inspraak	Beleving proces	Uiteindelijk na goed motiveren is er wel naar mijn mening geluisterd.	We zochten alles zelf uit, pas dan gingen we naar een MDT. Ze stelden veel in vraag, maar na onze uitleg gingen ze mee in onze voorstellen.	Zelf was ik in shock toen het eerste advies door de ergo van de revalidatie werd gegeven. Ik ben dan zelf op zoek gegaan naar meerdere oplossingen.		De ergotherapeut van de thuisbegeleiding gaf me veel inspraak. Er werden verschillende opties verkend. Ook de stem van mijn vrouw werd gehoord.
WachtlIJst	Beleving proces					Door de wachtlIJst bij het MDT dreigde ik mijn erkenning voor de leeftijd van 65 jaar mis te lopen.

F O U T M I N D

VAPH erkennings- procedure	Administrati e		De aanvraag moest verschillende keren terug naar het VAPH, maar uiteindelijk is alles goedgekeurd.	De aannemer waar we mee in zee zijn gegaan kent heel veel van de VAPH procedure. We zijn daar echt goed in ondersteund, maar de bewijslast voor alle facturen ligt toch bij de cliënt. Dat is heel frustrerend.		De erkenning bij het VAPH was heel stresserend. Men betwiste of ik wel voldoende beperkt was om een erkenning te krijgen. Voor ons was die erkenning heel belangrijk om de noodzakelijke aanpassingen te financieren.
Zelfstandig- heid	Autonomie	Wat mijn man nog kon, moest hij ook zelf kunnen doen. Het MDT kijkt niet echt naar het herwinnen van zelfstandigheid, eerder hoe zorg kan overgenomen worden.	Mijn broer is iemand die graag vertoeft bij mensen in de buurt. Hij moet vlot zelf binnen en buiten de woning kunnen bewegen, bezoekers moeten vlot naar binnen kunnen. Hij heeft graag controle over wie er binnen en buiten komt. HER02 is iemand die houdt van de tuin. Zelf naar de tuin kunnen en daar ook iets kunnen doen is belangrijk. Daarom werd	Ondanks de beperking wil mijn man een zekere autonomie. Hij wil zo zelfstandig mogelijk leven. De kamer en badkamer zijn zo ontworpen dat hij kan werken op zijn computer, dat hij zelf de verzorgende kan binnenlaten, dat hij indien nodig iemand kan oproepen.	Er werd enkel naar mijn beperking gekeken. Men vraagt niet wat ik zelf wil doen.	Ik wil zelfstandig naar het toilet kunnen, ik wil zelfstandig kunnen douchen zonder het risico om te vallen. Als ik ga slapen, dan wil ik mijn vrouw niet verontrusten. Een traplift is voor mij cruciaal om nog een zekere autonomie te behouden.

FOURMIND

			de toegang naar de tuin ook aangepakt.			
Kostprijs	Financiering	Gelukkig hebben we goed gespaard in betere tijden, de kostprijs was heel hoog. Veel werd betaald door het VAPH, maar ook heel veel niet. Bewijslast is enorm zwaar. Men verweet me telkens dat ik voor de duurste oplossing koos, terwijl ik voor de meest functionele oplossing ging.		Tot nu toe hebben we alles voorgefinancierd. Wat we zullen terug krijgen van het VAPH is voor mij nog niet duidelijk.	De werken waren heel duur, de factuur werd dan nog eens twee maal aangerekend. De lift was niet functioneel, waardoor ik kort na de verbouwing een nieuwe lift heb moeten aankopen.	Het VAPH heeft een belangrijk deel betaald, maar er blijft nog steeds een grote hap zelf te betalen.
Ondersteuning informeel netwerk	Netwerk en stakeholders	Ik liet me informeren door lotgenoten.	Toen moeder werd opgenomen in het WZC bleef mijn broer alleen thuis wonen. Als familie willen we hem maximaal ondersteunen en denken we mee voor allerlei oplossingen. De werken hebben we voor een groot deel zelf uitgevoerd.	Gelukkig had ik heel veel steun van familie en vrienden.		Mijn vrouw ondersteunt me zoveel mogelijk. Ook mijn kinderen die niet meer thuis wonen volgen het administratieve mee op. Zonder hen zou ik daar niet in slagen.

4 O U R M I N D

Ondersteuning professioneel netwerk	Netwerk en stakeholders	De thuisverpleging kon me goed advies geven, ik toetste alles af bij hen. Ik kreeg enorm veel steun van de thuisbegeleiding, de ergo van deze dienst hielp me echt op weg.	We hielden rekening met de noden van thuisverpleging, Familiezorg. Onze plannen werden met hen afgestemd vooraleer de aanvraag werd gedaan. We zochten wel zelf de oplossingen.	Men heeft onvoldoende kennis van VAPH, professionelen zijn niet betaald om het hele traject op te volgen. Cliënt staat dikwijls alleen.	Het professionele netwerk, het WZC waar ik op dat moment verbleef, gaf alles in handen van een niet betrouwbare firma. Zelf had ik geen inspraak en er was geen opvolging	Het was vooral de thuisbegeleiding en de ergotherapeut die me op weg hielpen en daarbij ook de contacten met MDT en aannemer hebben gelegd.
Aannemers en architecten	Netwerk en stakeholders	Ik ging in zee met een aannemer die ervaring had met verbouwingen voor mensen met een beperking. Dat was echt cruciaal.		Bouwaanvraag werd door een politiker in de buurt verdedigd bij het woonloket. Deze was snel in orde. Aannemer was niet op de hoogte van domotica. Een andere elektricien werd aangesteld en daardoor werden de problemen vlot opgelost.	De aannemer was onbetrouwbaar. Pas nadat de ergo van de thuisbegeleiding me wees op een aantal fouten kreeg ik ondersteuning om de niet afgewerkte zaken en de verkeerde installatie van lift terug op te nemen. Deze ondersteuning heeft me enorm vooruit geholpen.	Het woonloket van de gemeente wees de eerste aanvraag af. De garage mocht niet ingericht worden als leef- en verzorgingsruimte. De ergotherapeut nam contact op met de aannemer om de werken te plannen. Met de thuisverpleging werd ook gezocht hoe de verzorging zonder badkamer kon doorgaan. De ergo zocht mee naar alternatieven.

FOURMIND

Architectural e aspecten	Architectura le beleving	Mijn woning is nog altijd mijn thuis, ik ben tevreden met het resultaat, maar de weg ernaartoe was hard	Voor ons was het behoud van de leefbaarheid van de woning belangrijk. We willen aanpassingen die functioneel zijn, maar deze moeten ook mooi zijn. De waarde van het huis moet behouden blijven.	De bezorgdheid was: behoud van het zicht op de tuin. Mijn man wilde een eigen bureel om in alle rust op de computer te werken. De privacy van de huisgenoten moet bewaard blijven als thuisverpleging langskomt.	De inrichting van de badkamer is nooit afgewerkt, er was geen verwarming waardoor die in de winter niet bruikbaar was.	De woning blijft zijn waarde behouden, de badkamer is mooi en functioneel.
Toegankelijk- heid		Toegang tot de woning is sterk verbeterd.	Huis kan vlot afgesloten worden, toegang tot de tuin is vlot mogelijk.	Woongedeelte van de cliënt is toegankelijk zonder passage in de gedeelde ruimtes. Het gebruik van domotica om de zelfredzaam- heid van mijn man zo optimaal mogelijk te houden.	De lift was niet functioneel, dat werd niet opgevolgd. Plateaulift zorgt ervoor dat ik veilig alleen naar de tuin kan en naar buiten.	Boven- verdieping is opnieuw veilig toegankelijk. Toegang en gebruik badkamer is nu veilig.

C O U R M I N D

13.11. Bijlage 11: Selectieve codering diepte-interviews

Kerncategorie	Ondersteunende thema's
Procesbeleving van het NAH-woonadvies door de NAH-cliënt	Initiatie van de woonvraag Enkel bij HER05 wordt de woonvraag geïnitieerd door de thuisverpleegkundige die de problemen van de cliënt benoemt en mogelijke aanpassingen suggereert. Bij HER01 en HER03 is het de partner van de cliënt die inziet dat naar huis komen zonder aanpassingen niet mogelijk is. Ze nemen zelf het initiatief om de woonvraag in gang te zetten. Bij HER04 is er geen netwerk, de medewerker van het WZC hoort de vraag van de cliënt om terug naar huis te gaan en zet het proces in gang. Bij HER02 zet het familiale netwerk de woonvraag in gang na het wegvallen van de moeder van de cliënt.
	Inbreng kennis en expertise HER01, HER02, HER03 gaan zelf op zoek naar informatie. Lotgenoten worden gecontacteerd, firma's uitgenodigd, REVA beurs wordt bezocht.
	Informatiedeling en opvolging Bij HER04 is de opvolging dramatisch. Er is geen netwerk, de bewindvoerder volgt de zaken niet op. Netwerk volgt alles op (HER1, HER3, HER4).
	Advies en ontwerp In elk van de cases is het eerste advies niet het goede. Bij HER05 zijn verschillende ontwerpen nodig omwille van het niet goedkeuren van de aanvraag door het omgevingsloket om op de benedenverdieping een slaap- en verzorgingsruimte te voorzien. Bij HER01, HER02, HER03 is het advies eerst gericht op het overkomen van problemen bij de basiszorg, er is geen aandacht voor de ziel van de woning (HER03), er wordt weinig rekening gehouden met de andere personen die samen in de woning leven (HER01, HER03). De cliënt moet zelf motiveren waarom iets noodzakelijk is (HER01, HER02, HER03). Bij HER05 is het ontwerp samen met de ergotherapeut telkens aangepast in nauwe samenwerking met de commerciële firma die de bouwwerken verzorgt. Bij HER03 is er samengewerkt met een architect die in de opvolging van de werken belangrijke fouten heeft gemaakt.
	Regie en uitvoering HER05 geeft aan veel steun gehad te hebben aan de ergotherapeut die het hele proces samen met cliënt en context heeft opgevolgd. "Het zoeken naar alternatieven om te kunnen douchen gaf een zekere rust om de werken aan te vatten. De afspraken die telkens met de ergo werden gemaakt en dan op een verstaanbare manier werden gecommuniceerd, zorgden voor voorspelbaarheid om het hele proces aan te kunnen".

C O U R M I N D

	HER01 en HER03 geven aan dat het opvolgen van de werken een harde noot was. Zelf zijn ze op zoek gegaan naar alternatieve logies voor de partner tijdens de werken. “Het thuis wonen was niet mogelijk voor de NAH-cliënt” (HER01). Iemand die helpt ontzorgen, van begin tot einde, zou voor het gezin een grote meerwaarde zijn geweest (HER01).
	Financiering Bij elk van de respondenten is de woningaanpassing een dure aangelegenheid. Het VAPH betaalt een aanzienlijk deel, als je als cliënt alles kan bewijzen. Dat is een heel moeilijke klus (HER01, HER02, HER05). Indien mogelijk schiet de cliënt alles voor, maar dan moet nog energie gevonden worden om bij het VAPH alles te bewijzen (HER03). <i>“Het is zo jammer dat er hier niemand was die de werken voor mij opvolgde, die de administratie kon overnemen met kennis van zaken (HER04).”</i>
	Borging en goed gebruik Vier van de vijf cliënten zijn tevreden met de werken en kunnen alles vlot gebruiken. Bij HER04 zijn de werken niet goed uitgevoerd. De badkamer is niet bruikbaar in de winter, want er is niet nagedacht over verwarming. Zo is het gebruik van de vernieuwde badkamer toch even wennen. Het gebruik van een plafondtillift is toch niet zo intuïtief als men zou denken. Goed afstemmen met verpleging moet ook gebeuren (partner HER03).
	Evaluatie Nergens werd er geëvalueerd
Context en standpunt van de eerstelijnszorg omtrent NAH-woonadvies	Ondersteunend, meedenkend Thuisverpleging en persoon van familiehelp gaven advies rond een idee van woningaanpassing. (HER01).
	Aanwezigheid van kennis en expertise Bij HER05 deed de thuisverpleegkundige al een aantal voorstellen, die ze kende van bij andere cliënten. Het proces om deze voorstellen aan te vragen was voor deze hulpverlener niet bekend. Het gesprek met de ergo van de thuisbegeleiding gaf die richting wel aan. (HER05).
Architecturale beleving	Ziel van de woning Voor HER01, HER03, was het behoud van de ziel van de woning heel belangrijk. <i>“Niettegenstaande mijn man heel tevreden is met de werken, voel ik me er nog niet echt thuis. Wellicht zit ik nog in een rouwperiode”</i> (HER03). Voor HER02 wil de familie de waarde van de woning behouden. De ingrepen moeten passen in de bestaande woning.
	Functionaliteit In elk van de cases is het gebruik van de woning verbeterd. De toegang is vlotter, ruimtes zijn beter bereikbaar, dagelijkse activiteiten worden gefaciliteerd.
	Niet stigmatiserend, universal design

4 O U R M I N D

	Bij HER01, HER02, HER03 is er domotica geïnstalleerd. Badkamer moest functioneel zijn, maar geen ziekenhuisuitstraling hebben. (HER03, HER02)
Betrokken stakeholders en regelgeving in de context van NAH-woonadvies	<i>Kennis van regelgeving terugbetaling</i> <i>"Ik zou opnieuw werken met een firma die de werking van het VAPH kent. Zo kan er met de derdebetalersregeling gewerkt worden"</i> (HER01).
Gebruik van screeningsinstrumenten	<i>Geen melding van instrumenten om de woning of de cliënt te evalueren</i>

FOURMIND

13.12. Bijlage 12: Aanpassingen HER01



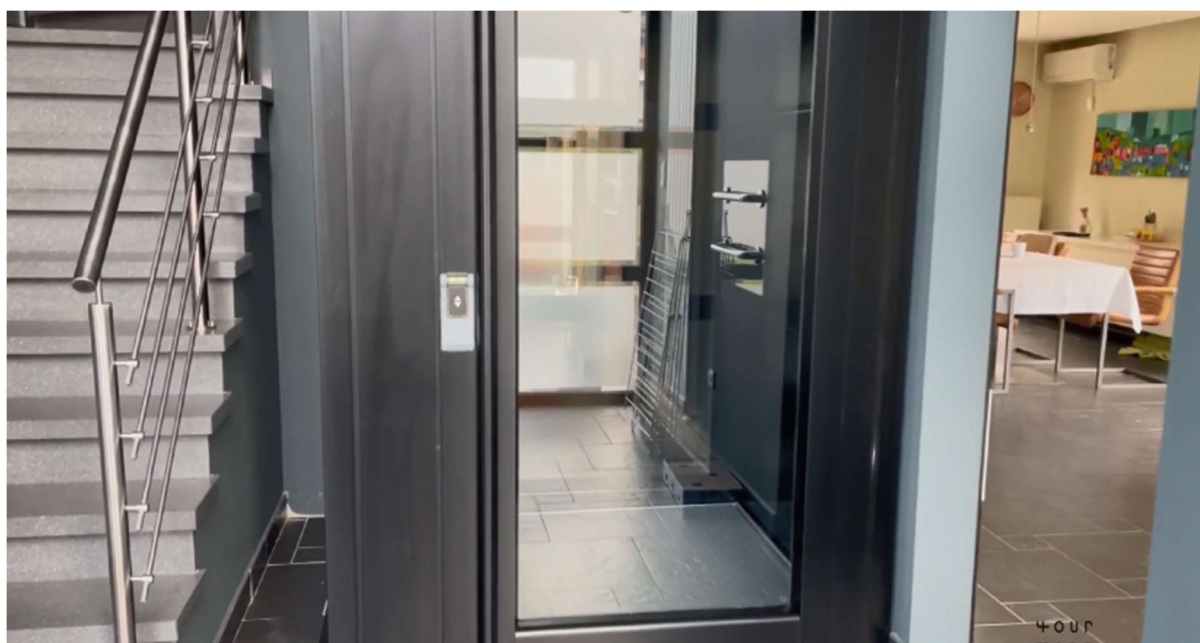
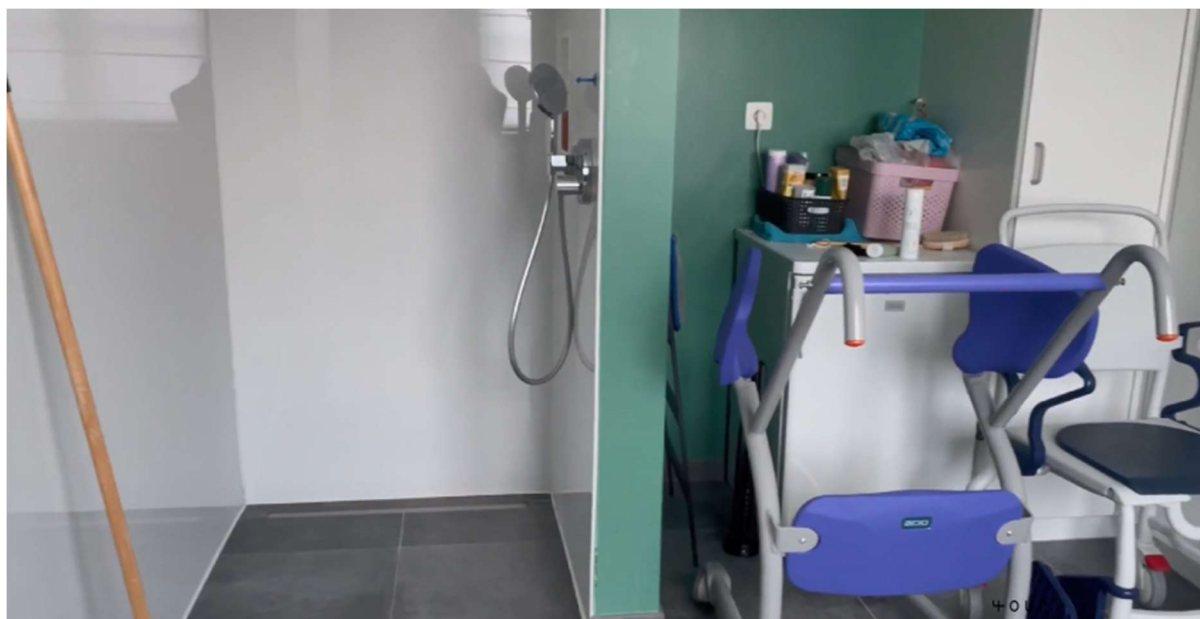
FOURMIND



FOURMIND



FOURMIND



FOURMIND



FOURMIND

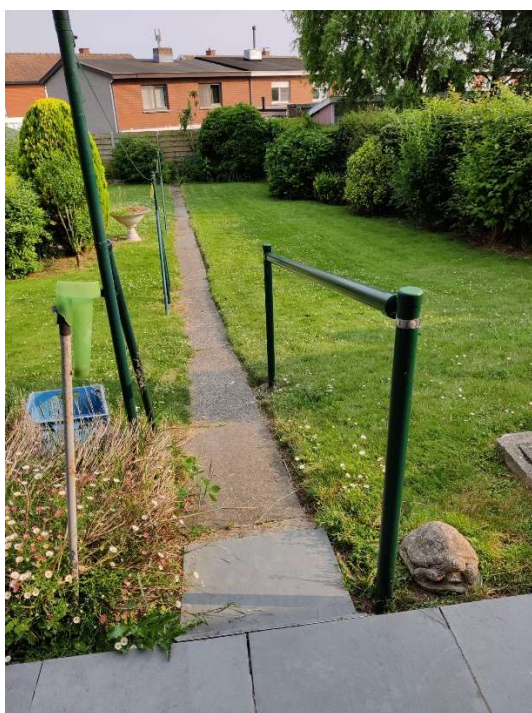
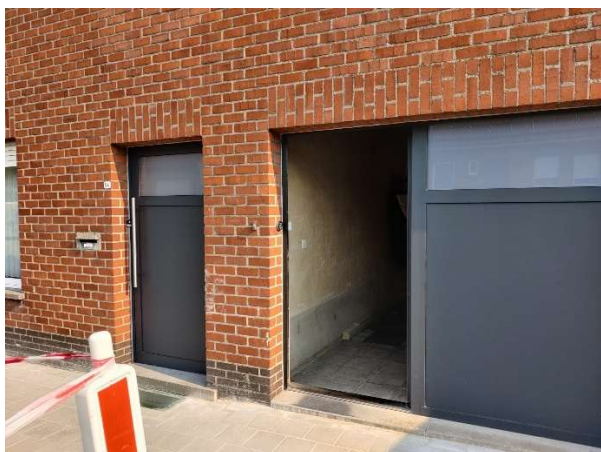


FOURMIND

13.13. Bijlage 13: Aanpassingen HER02

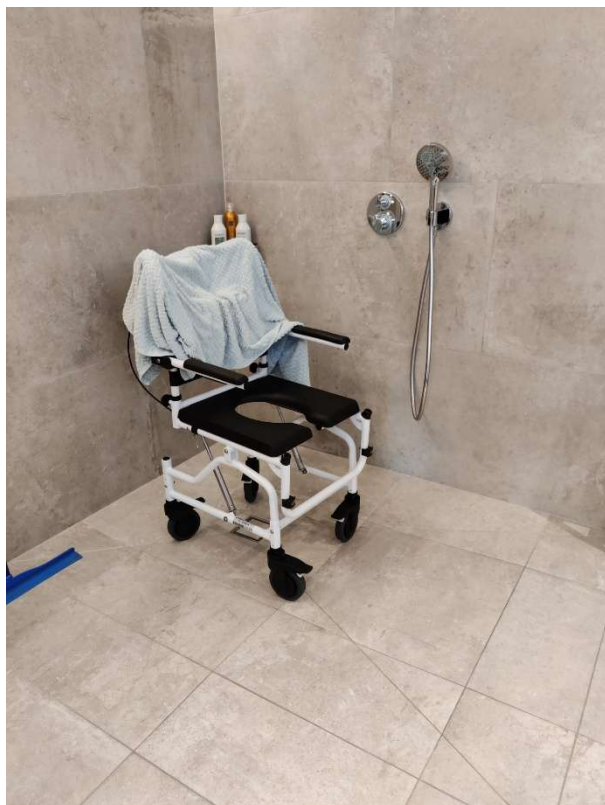
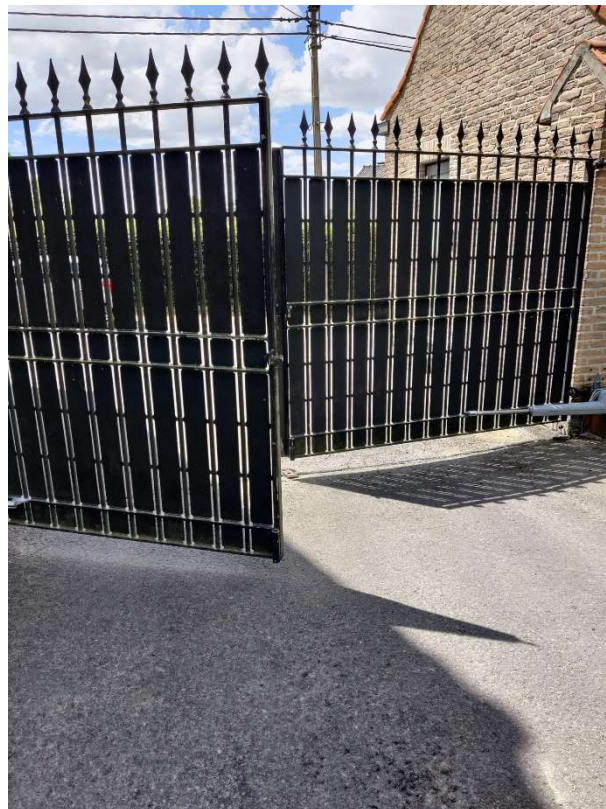
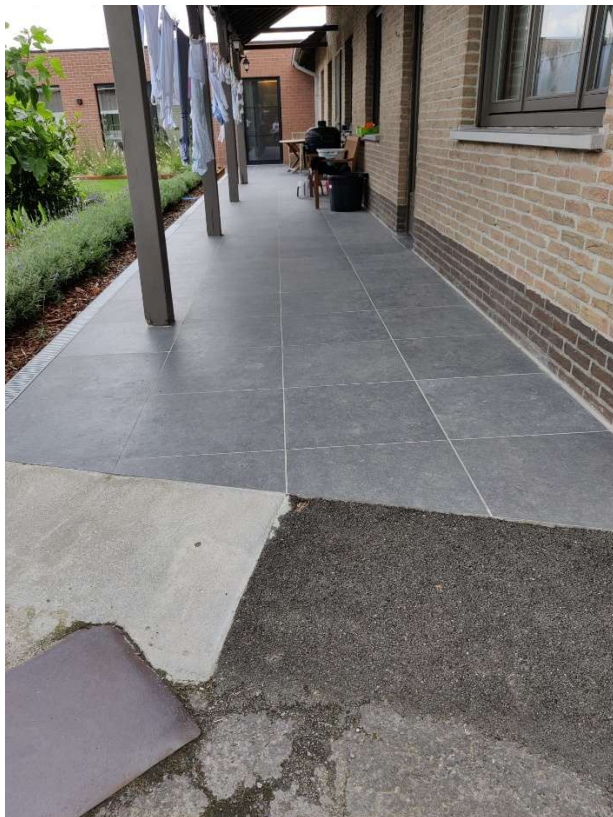


FOURMIND

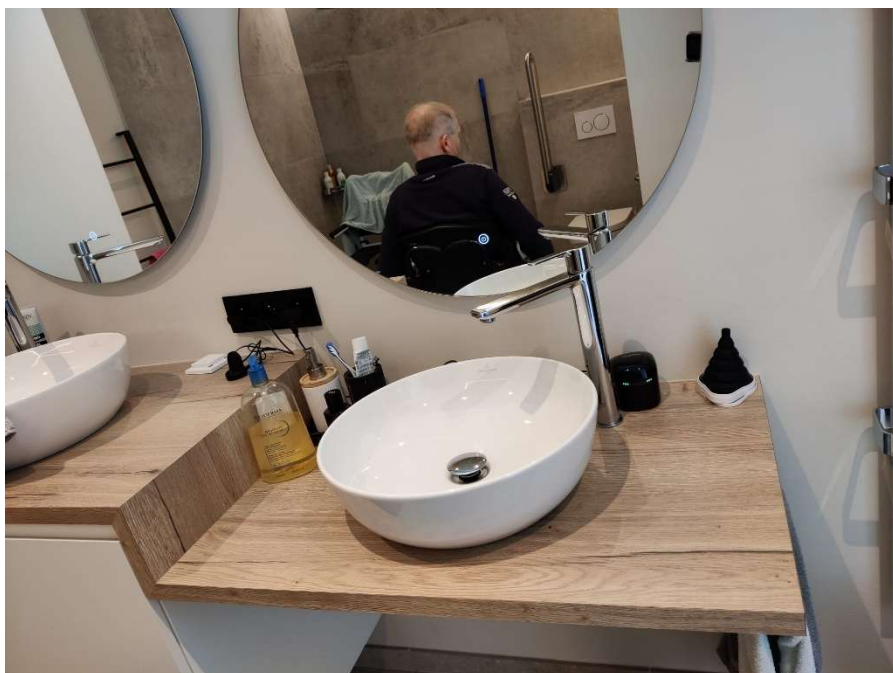


FOURMIND

13.14. Bijlage 14: Aanpassingen HER03



FOURMIND



FOURMIND

13.15. Bijlage 15: Aanpassingen HER04



13.16. Bijlage 16: Aanpassingen HER05



FOURMIND

C O U R M I N D

14. Bibliografie

- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2017a). *Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn: beleidsvisie*. Agentschap Zorg en Gezondheid. Retrieved March 13th 2025 from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/CELZ%20beleidstekst%20hervorming%20eerstelijnszorg.pdf>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2017b). *Hervormingen van de eerstelijnszorg in Vlaanderen*. Vlaanderen, Departement Zorg. Retrieved October 15th 2024 from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid/eerstelijnszorg/hervorming-van-de-eerstelijnszorg-in-vlaanderen>
- Ainsworth, E., Aplin, T. L., de Jonge, D., & Bennett, S. (2023). Understanding Home Modification Outcomes from the Perspective of Older People and People with a Disability: Informing Home Modification Evaluation. *Disability and rehabilitation*, 45(24), 4101-4110.
- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational Practice Framework: Domain and Process. *American Journal of Occupational Therapy*, suppl.1(3), S1-S48.
- Anaker, A., von Köch, L., & Heylighen, A. (2019). It's lonely: Patients' Experiences of Physical Environment at a Newly Built Stroke Unit. *HERD*, 12(3), 141-152.
- Baert, H. (2002). Thuiszorg voor personen met NAH: een verslag van praktijkonderzoek. In M. Claeys, G. Cordenier, & C. De Vrieze (Eds.), *NAH (Niet-Aangeboren Hersenletsel) in Vlaanderen vandaag: zorgvernieuwing* (pp. 149-159). SIG.
- Baron, K., Kielhofner, G., Lyenger, A., Goldhammer, V., & Wolenski, J. (2006). *Occupational Self Assessment (OSA)*. Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago.
- BelRAI Kennisportaal. (2025). *BelRAI Instrumenten*. Retrieved March 12th 2025 from <https://belrai-kennisportaal.be/belrai-instrumenten>
- Bernhardt, J., Lipson-Smith, R., Davis, A., White, M., Zeeman, H., Pitt, N., Shannon, M., Crotty, M., Churilov, L., & Elf, M. (2022). Why hospital design matters: A narrative review of built environments research relevant to stroke care. *International Journal of Stroke*, 17(4), 370-377. <https://doi.org/10.1177/17474930211042485>
- Blomgren, K., Samuelsson, H., Blomstrand, C. W., Jern, C., Jood, K., & Claesson, L. (2019). Long-Term Performance of Instrumental Activities of Daily living in young and middle-aged stroke Survivors: Impact of Cognitive Dysfunction, Emotional Problems and Fatigue. *PLoS One*, 14(5), e0216822.
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2004). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*, 12, 573-576.
- Buikema, A., Van Norel, A. T., E., & Steultjens, E. M. (2009). Cliëntgerichte diagnostiek: een pilotonderzoek naar cliënten- en therapeutenperspectief van AMPS, A-ONE en PRPP. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie*, 3, 19-24.
- Chiatti, C., & Iwarsson, S. (2014). Evaluation of housing adaptation interventions: integrating the economic perspective into occupational therapy practice. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 21(5), 323-333.
- Chouliara, N., Cameron, T., Byrne, A., Lewis, S., Langhorne, P., Robinson, T., Waring, J., Walker, M., & Fisher, R. (2023). How do Stroke Early Supported Discharge Services Achieve Intensive and Responsive Service Provision? Findings from a Realist Evaluation Study (WISE). *BMC health services research*, 23(299). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09290-1>

C O U R M I N D

- Chun, H. Y., Ford, A., Kutlubaev, M. A., Almeida, O. P., & Mead, G. E. (2022). Depression, Anxiety, and Suicide After Stroke: A Narrative Review of the Best Available Evidence. *Stroke*, 53(4), 1402-1410. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.121.035499>
- Claeys, M., Vandamme, D., Peeters, J., Seeuws, P., Caulier, D., Coulier, M., Coupé, A., Denolf, A., Deschacht, G., Lenaerts, R., Suetens, M., Uvijn, K., Vande Velde, D., Vanhoeve, B., & Velghe, M. (2018). *Beroepsprofiel Ergotherapie*. Ergotherapie Vlaanderen. <https://www.ergotherapie.be/content/Beroepsprofiel/Ergotherapie-Beroepsprofiel-2018.pdf>
- Collin, C., Wade, D. e. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: A Reliability Study. *International Disabilities Studies*, 10(2), 61-63.
- Creek, J. (2010a). *The Core concept of Occupational Therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Creek, J. (2010b). *The Core Concepts of Occupational Therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- De Baets, S., De Vriendt, P., Van de Velde, D., Ledoux, A., Cornu, A., Wittrock, C., Pitteljon, H., Dumarey, K., Lambrechts, K., Maas, C., Konen, M., Wikin, M., Manguette, V., Plunus, A., Jamar, L., Dufour, A., Lefèvre, C., & Seeuws, P. (2023). *Go Ergo. Go!* https://media.kbs-frb.be/nl/media/10613/Publicatie_Go%20Ergo.%20Go%21
- de Klerk, M., de Boer, A., Plaisier, I., Schyns, P., & Kooiker, S. (2015). *Informeel hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerwerk in de zorg en ondersteuning in 2014*.
- De Vriendt, P., Gauwe, V., & Van de Velde, D. (2019). *CLEVER doelen bepalen in de eerste lijn: betekenisvolle activiteiten als hefboom om doelgerichte zorg te faciliteren*. Politeia.
- Declerck, I. (2009). *Ik, maar anders? Onderzoek naar het zelfconcept van kinderen met een niet-aangeboren hersenletsel* Ghent University]. Gent. https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/392/834/RUG01-001392834_2010_0001_AC.pdf
- Edvardsson, D., Watt, E., Pearce, F., Miranda, M., Martin, R., Tobeck, F., & Peterson, M. (2016). Patient Experiences of Caring and Person-Centredness are Associated with Perceived Nursing Care Quality. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 217-227.
- Elf, M., Klockar, E., Kylén, M., von Koch, L., Ytterberg, C., Wallin, L., Finch, T., Gustavsson, C., & Jones, F. (2022). Tailoring and Evaluating an Intervention to Support Self-management After Stroke: Protocol for a Multi-case, Mixed Methods Comparison Study. *JMIR research protocols*, 11(5), e37672-e37672. <https://doi.org/10.2196/37672>
- Elf, M., Nordin, S., Wijk, H., & MckKee, K. J. (2017). A Systemic Review of Psychometric Properties of Instrument of Assessing Quality of the Physical Environment in Healthcare. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 2796-2816.
- Elf, M., Rasool, D., Zingmark, M., & Kylén, M. (2023). The Importance of Context-a Qualitative Study Exploring Healthcare Practitioners' Experiences of Working with Patients at Home after a Stroke. *BMC health services research*, 23(1), 733-733. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09735-7>
- Elf, M., Slaug, B., Ytterberg, C., Heylighen, A., & Kylén, M. (2023). Housing Accessibility at Home and Rehabilitation Outcomes After a Stroke: An Explorative Study. *HERD*, 16(4), 172-186. <https://doi.org/10.1177/19375867231178313>
- Eliassen, M., Arntzen, C., Nikolaisen, M., & Gramstad, A. (2023). Rehabilitation Models that support Transitions from Hospital to Home for People with Acquired Brain Injury (ABI): a Scoping Review. *BMC health services research*, 23(1), 814-814. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09793-x>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The Qualitative Content Analysis Process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

C O U R M I N D

- Embuild. (2025). *Sociaal en Juridisch advies*. Embuild. Retrieved March 12th 2025 from <https://embuild.be/nl/sociaal-en-juridisch-advies>
- Erlandsson, L.-K., & Christiansen, C. H. (2015). The Complexity and Patterns of Human Occupations. In C. H. Christiansen & E. A. Townsend (Eds.), *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being* (pp. 113-127). Slack Incorporated.
- Federale Raad voor de Kinesithérapie. (2016). *Beroepscompetentieprofiel van de kinesist anno 2020*. Brussel: Federale Overheidsdienst Retrieved from https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/pcp_kine_2020_0.pdf
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, A. J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18-29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Fisher, A. (1992). *AMPS*. Free Starr Press.
- Fisher, A. (2003). *Assessment of Motor and Process Skills: Development, Standardization, and Administration Manual*. Three Star Press, Inc.
- Fisher, A. G., Liu, Y., Velozo, C. A., & Pan, A. W. (1992). Cross-Cultural Assessment of Process Skills. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(10), 876-885.
- Fisher, A. G., Liu, Y., Velozo, C. A., & Pan, A. W. (1992). Cross-cultural assessment of process skills. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(10), 876-885.
- Gardarsdottir, S. K., S. (2002). Validity of the ÅÅ nradottir OT-ADL Neurobehavioral Assessment (A-ONE): Performance in activities of daily living and neurobehavioral disorders of persons with left and right hemisphere damage. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 499-508.
- Hasan Tehrani, T., Seyed Bagher Maddah, S., Fallahi-Khoshknab, M., Ebadi, A., Mohammadi Shahboulaghi, F., & Gillespie, M. (2018). Respecting the Privacy of Hospitalized Patients: An Integrative Review. *Nursing Ethics*, 0(0), 0969733018759832. <https://doi.org/10.1177/0969733018759832>
- Hersenletselliga vzw. (2023). *Jaarverslag 2023*. Hersenletselliga. <https://herenletselliga.be/wp-content/uploads/2024/05/Hersenletsel-Liga-jaarverslag-2023.pdf>
- Hersenz. (2025). *NAH en overprikkeling*. Retrieved January 15th 2025 from <https://hersenz.nl/herenletsel/gevolgen-niet-aangeboren-herenletsel/overprikkeling>
- Herssens, J. (2011). *Designing Architecture for More: A Framework of Haptic Design Parameters with the Experience of People Born Blind* (Publication Number Dissertation/Thesis)
- Herssens, J. (2013). *Design(ing) for more – towards a global design approach and local methods*.
- Houben, F., Ghysels, R., Mennen, D., Nuyts, E., Vanderborcht, L., & Bosmans, R. (2015). *Ontwikkeling van FINAH (functioneringsinstrument NAH) voor het in kaart brengen van de hinder op vlak van activiteiten en participatie die mensen ervaren als gevolg van een niet-aangeboren hersenletsel*. <https://go.exlibris.link/kf8nx3yh>
- Ieder(in). (2022). *Goed wonen voor iedereen*. Ieder(in). Retrieved March 12th 2025 from <https://iederin.nl/onze-doelen/wonen>
- Iwarsson, S. (2017). Knowledge Translation Based on Research on Home, Health, and Disability along the Process of Aging. *Innovation in aging*, 1(suppl_1), 1084-1085. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.3980>
- Iwarsson, S., Slaug, B., & Fänge, A. M. (2012). The Housing Enabler Screening Tool: Feasibility and Interrater Agreement in a Real Estate Company Practice Context. *Journal of Applied Gerontology*, 31(5), 641-660. <https://doi.org/10.1177/0733464810397354>
- Jacobs, M. T., van Groenou, M. I. B., & Deeg, D. J. H. (2014). Overleg tussen mantelzorgers en formele hulpverleners van thuiswonende ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 45(69), 69-81.

C O U R M I N D

- Keglovits, M., Somerville, E., & Stark, S. (2015). In-Home Occupational Performance Evaluation for Providing Assistance (I-HOPE Assist): An Assessment for Informal Caregivers. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 1-9.
- Kellert, S. R., Heerwagen, J. H., & Mador, M. L. (2008). *Biophilic Design: the theory, science and practice of bringing buildings to life*. Wiley.
- Kevdzija, M., Bozovic-Stamenovic, R., & Marquardt, G. (2022). Stroke Patients' Free-Time Activities and Spatial Preferences During Inpatient Recovery in Rehabilitation Centers. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 15(4), 96-113.
<https://doi.org/10.1177/19375867221113054>
- Keysor, J. J., Jette, A. M., & Haley, S. M. (2005). Development of the Home and Community Environment (HACE) Instrument. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(1), 37-44.
- Kielhofner, G., Forsyth, K., Suman, M., Kramer, J., Nakamura-Thomas, H., Yamada, T., Rjeille Corderio, J., Keponen, R., Pan, A. W., & Henry, A. (2008). Self-Reports: Eliciting Client's Perspectives. In *Model of Human Occupation: Theory and Practice* (pp. 237-261). Wolters Kluwer.
- Klein, J. H., & Young, T. (2015). Health care: a case of hypercomplexity? *Health Systems*, 4(2), 104-110. <https://doi.org/https://doi.org/10.1057/hs.2014.21>
- Kylén, M., Löfqvist, C., Haak, M., & Iwarsson, S. (2019). Meaning of home and health dynamics among younger older people in Sweden. *European journal of ageing*, 16(3), 305-315.
<https://doi.org/10.1007/s10433-019-00501-5>
- Kylén, M., Schmidt, S. M., Iwarsson, S., Haak, M., & Ekstrom, H. (2017). Perceived Home is Associated with Psychological Well-Being in a Cohort aged 67–70 years. *Journal of Environmental Psychology*, 51, 239-247.
- Kylén, M., Sturge, J., Lipson-Smith, R., Schmidt, S. M., Pessah-Rasmussen, H., Svensson, T., de Vries, L., Bernhardt, J., & Elf, M. (2023). Built Environments to Support Rehabilitation for People With Stroke From the Hospital to the Home (B-Sure): Protocol for a Mixed Method Participatory Co-Design Study. *JMIR research protocols*, 12, e52489-e52489.
<https://doi.org/10.2196/52489>
- Kylén, M., Von Koch, L., Pessah-Rasmussen, H., Marcheschi, E., Ytterberg, C., Heylighen, A., & Elf, M. (2019). The Importance of the Built Environment in Person-Centred Rehabilitation at Home: Study Protocol. *International journal of environmental research and public health*, 16(13), 2409. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132409>
- Kylén, M., Ytterberg, C., Koch, L., & Elf, M. (2022). How is the environment integrated into post-stroke rehabilitation? A qualitative study among community-dwelling persons with stroke who receive home rehabilitation in Sweden. *Health & social care in the community*, 30(5), 1933-1943. <https://doi.org/10.1111/hsc.13572>
- Lafosse, C., & Moeremans, M. (2002). NAH in cijfers en kenmerken. In *NAH in Vlaanderen vandaag* (pp. 55-69). Boekscout.
- Lannoo, E. (2007). *Chronische zorgbehoeften bij personen met een niet aangeboren hersenletsel tussen 18-65 jaar*.
- Lee, S. Y., Kim, D. Y., Sohn, M. K., Lee, J., Lee, S.-G., Shin, Y.-I., Kim, S.-Y., Oh, G.-J., Lee, Y. H., Lee, Y.-S., Joo, M. C., Lee, S. Y., Ahn, J., Chang, W. H., Choi, J. Y., Kang, S. H., Kim, I. Y., Han, J., & Kim, Y.-H. (2020). Determining the cut-off score for the Modified Barthel Index and the Modified Rankin Scale for assessment of functional independence and residual disability after stroke. *PLoS One*, 15(1), e0226324.
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, A., Lemonidou, A., Scott, A., & Arndt, M. (2001). Privacy: a Review of the Literature. *International Journal of Nursing Studies*, 38(6), 663-671.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00111-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00111-5)

C O U R M I N D

- Lemmens, R., Gielen, C., & Spooren, A. (2017, 2017). *Obstacle: A Tool to Assess the Home Environment Designed for All*. AMSTERDAM.
- Lindblom, S., Ytterberg, C., Elf, M., & Flink, M. (2020). Perceptive Dialogue for Linking Stakeholders and Units During Care Transitions—A Qualitative Study of People with Stroke, Significant others and Healthcare Professionals in Sweden. *International Journal of Integrated Care*, 20(1), 11.
- Lipson-Smith, R., Churilov, L., Newton, C., Zeeman, H., & Bernhardt, J. (2019). A Framework for Designing Inpatient Stroke Rehabilitation Facilities: A New Approach Using Interdisciplinary Value-Focused Thinking. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 12(4), 142-158. <https://doi.org/10.1177/1937586719831450>
- Lipson-Smith, R., Pflaumer, L., Elf, M., Blaschke, S.-M., Davis, A., White, M., Zeeman, H., & Bernhardt, J. (2021). Built Environments for Inpatient Stroke Rehabilitation Services and Care: a Systematic Literature Review. *BMJ open*, 11(8), e050247. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050247>
- Lipson-Smith, R., Zeeman, H., Muns, L., Jeddi, F., Simondson, J., & Bernhardt, J. (2023). The Role of the Physical Environment in Stroke Recovery: Evidence-based Design Principles from a Mixed-Methods Multiple Case Study. *PLoS One*, 18(6), e0280690-e0280690. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280690>
- Mace, R. (1985). *Universal Design, Barrier Free Environments for Everyone*. Designers West.
- Marcheschi, E., Von Koch, L., Pessah-Rasmussen, H., & Elf, M. (2018). Home Setting after Stroke, Facilitators and Barriers: A Systematic Literature Review. *Health and Social Care in the Community*, 26(4), e451-e459.
- Meijering, L., Nanninga, C. S., & Lettinga, A. T. (2016). Home-Making after Stroke. A Qualitative Study among Dutch Stroke Survivors. *Health & place*, 37, 35-42.
- Mold, J. W., Blake, G. H., & Becker, L. A. (1991). Goal-Oriented Medical Care. *Fam Med*, 23(1), 46-51.
- Mylle, J. (2020). *Eerstelijnszones en lokale besturen: klaar voor de regie van een nieuw soort eerstelijnszorg?* Universiteit Gent]. Gent.
- Nergårdh, A., Andersson, L., Eriksson, J., Lundberg, M., Nordström Träff, K., & Öberg Lindevall, M. (2018). *Good Quality, Local Health Care: A Primary Care Reform*. Stockholm, Sweden: Statens offentliga utredningar
- OECD. (2017). *The Next Generation of Health Reforms: OECD Health Ministerial Meeting*. . Paris, France: OECD Retrieved from <https://www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf>
- Orde van Architecten. (2025). *Wanneer werken met een architect?* <https://www.architect.be/bouwers-en-verbouwers/wanneer-werken-met-een-architect>
- Palm, J. (2012). *Omgaan met hersenletsel: hulp bij een veranderd leven*. Van Gorcum.
- Patry, A., Vincent, C., Duval, C., & Careau, E. (2019). Psychometric Properties of Home Accessibility Assessment Tools: A Systematic Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86(3), 172-184.
- RIZIV. (2024a). *Aansluiten bij een ziekenfonds*. RIZIV (2024). "Ergotherapie: tegemoetkoming in de kosten van ergotherapeutische verstrekkingen." Retrieved December 18th, 2024, from <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/verzorging-in-gespecialiseerde-centra/ergotherapie>.
- RIZIV. (2024b). *Ergotherapie: tegemoetkoming in de kosten van ergotherapeutische verstrekkingen*. Retrieved December 18th from <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/verzorging-in-gespecialiseerde-centra/ergotherapie>

C O U R M I N D

- RIZIV. (2025a). *Nomenclatuur Teksten*. Belgium.be.
<https://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur/nomenclatuur-teksten>
- RIZIV. (2025b). RIZIV. <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/verpleegkundigen/verstrekkingen-door-verpleegkundigen#basisverstrekkingen>
- Roos, E., & Søndena, E. (2020). Improving the transition process to independent living for adolescents with profound intellectual disabilities. Experiences of parents and employees. *BMC health services research*, 20(1), 1133-1133. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05976-y>
- Rousseau, J., Potvin, L., Dutil, E., & Desrosiers, J. (2002). A Critical Review of Assessment Tools Related to Home Adaptation Issues. *Occupational Therapy in Health Care*, 14(3-4), 93-104.
- Rousseau, J., Potvin, L., Dutil, É., & Falta, P. (2013). Home Assessment of Person-Environment Interaction (HoPE): Content Validation Process. *Occupational Therapy in Health Care*, 27(4), 289-307.
- Sadler, B. L. J. D., DuBose, J. M. S., & Zimring, C. P. (2008). The Business Case for Building Better Hospitals Through Evidence-Based Design. *HERD : Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 22-39. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/business-case-building-better-hospitals-through/docview/229993217/se-2?accountid=27889>
- <https://libkey.io/libraries/1899/openurl?genre=article&au=Sadler%2C+Blair+L%2C+JD%3BDuBose%2C+Jennifer%2C+MS%3BZimring%2C+Craig%2C+PhD&aulast=Sadler&issn=19375867&isbn=&title=The+Business+Case+for+Building+Better+Hospitals+Through+Evidence-Based+Design&jtitle=HERD+%3A+Health+Environments+Research+%26+Design+Journal&pubname=HERD+%3A+Health+Environments+Research+%26+Design+Journal&bttitle=&atitle=The+Business+Case+for+Building+Better+Hospitals+Through+Evidence-Based+Design&volume=1&issue=3&spage=22&date=Spring+2008&doi=&sid=ProQuest>
- Seale, B., Davis, A., Lawson, J., Smith, L., Watson, J., & Henderson-Wilson, C. Nature-Based Design in Stroke Rehabilitation Environments: A Scoping Review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 0(0), 19375867241251832. <https://doi.org/10.1177/19375867241251832>
- Seale, B., Davis, A., Lawson, J., Smith, L., Watson, J., & Henderson-Wilson, C. (2021). Nature-Based Design in Stroke Rehabilitation Environments: A Scoping Review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 0(0), 19375867241251832. <https://doi.org/10.1177/19375867241251832>
- Shannon, M. M., White, M., Churilov, L., Yang, T., Lipson-Smith, R., Elf, M., Olver, J., & Bernhardt, J. (2024). Re-Imagining Hospital Patient Room Design for People After stroke: A Randomized Controlled Study Using Virtual Reality. *Stroke*, 55(7), 1895-1903. <https://doi.org/doi:10.1161/STROKEAHA.124.046252>
- Stark, S., Sanford, J., & Keglovits, M. (2015). *Environment Factors: Physical and Natural Environment. In Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being*. SLACK Inc.
- Stark, S., Somerville, E. K., & Morris, J. C. (2010). In Home Occupational Performance Evaluation (I-Hope). *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 580-589. <https://doi.org/10.5014/ajot.2010.08065>
- Stichler, J. F., & Hamilton, D. K. (2008). Rigor and Replication. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 2(1), 3-5. <https://doi.org/10.1177/193758670800200101>
- Ulrich, R. S. (1991). Effects of Interior Design on Wellness: Theory and Recent Scientific Research. *Journal of Health Care Interior Design*, 3, 97-109.
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H.-B., Choi, Y.-S., Quan, X., & Joseph, A. (2008). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *HERD: Health*

C O U R M I N D

- Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125.
<https://doi.org/10.1177/193758670800100306>
- Van Bost, G., Lorent, G., & Crombez, G. (2005). Aanvaarding na niet-aangeboren hersenletsel. *Gedragstherapie*, 38, 245-262.
- van Engelen, E., & Bokhorst, M. (2020). *Árnadóttir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE)*. Retrieved March 13th 2025 from meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/A-ONE-form.pdf
- Van Houdt, L., De Wilde, J., Van den Broeck, A., De Smet, K., & Peeters, T. (2024). Dienst Ondersteuningsplan. *Sterk*, 50(juni), 4-6.
- Van Hove, H. (2002). *NAH in Vlaanderen vandaag*. SIG.
- Vanheule, S., Wouters, C., & Kelchtermans, M. (2001). Kenmerken en problemen van personen met een niet aangeboren hersenletsel: een kwantitatieve studie. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 57(2), 112-121.
- VAPH. (2024a). *Hulpmiddelen en aanpassingen*. VAPH. Retrieved December 16th 2024 from <https://www.hulpmiddeleninfo.be/refertelijst/getPubHmf.jsp?FUID=7235&DOMEIN=Wonen&DATUM=2024-01-31&DG=&VIEW=1&HOME=RefLijst>
- VAPH. (2024b). *Persoonlijke budgetten*. Jan Van Casteren. Retrieved December 16th 2024 from <https://www.vaph.be/persoonlijke-budgetten/pab/algemeen>
- VAPH. (2024c). *Rechtstreeks toegankelijke hulp*. Retrieved December 16th 2024 from <https://www.vaph.be/documenten/rechtstreeks-toegankelijke-hulp-rth>
- VAPH. (2024d). *Vlaanderen*. <https://www.vaph.be/vtc/opdracht>
- VAPH. (2024e). *Vlaanderen*. <https://www.vaph.be/persoonlijke-budgetten/pvb/algemeen>
- VAPH. (2024f). *Voorwaarden om van het VAPH ondersteuning te kunnen krijgen*. VAPH. Retrieved December 18th , 2024 from <https://www.vaph.be/voorwaarden/algemeen>
- VAPH. (2025). <https://www.vaph.be/persoonlijke-budgetten/pvb/stap-een>
- Vlaams Parlement. (2019). *Decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders*. Vlaams parlement. Retrieved March 13th 2025 from <https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1031719>
- Vlaanderen. (2023). *Departementzorg.be*. <https://www.departementzorg.be/nl/aanvragen-tot-tegemoetkoming-en-facturatie-vs-b-voor-revalidatievoorzieningen>
- Vlaanderen. (2024a). *Omgevingsvergunningen, meldingen en vrijstellingen*. Vlaanderen. Retrieved December 18th 2024 from <https://www.vlaanderen.be/omgevingsvergunning>
- Vlaanderen. (2024b). *Thuisverpleging*. Vlaanderen 2025. Retrieved February 14th 2025 from <https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/gezondheid/thuiszorg/thuisverpleging>
- Vlaanderen. (2024c). *Voorzieningen voor thuiszorg*. Vlaanderen. Retrieved December 18th 2024 from <https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/gezondheid/thuiszorg/voorzieningen-voor-thuiszorg>
- Vlaanderen. (2024d). *Woonloketten*. Vlaanderen. Retrieved December 18th 2024 from <https://www.vlaanderen.be/organisaties/woonloketten>
- Vlaanderen. (2024e). *Zelfstandig wonen met een handicap*. Vlaamse overheid. Retrieved December 18th 2024 from <https://www.vlaanderen.be/zelfstandig-wonen-met-een-handicap>
- Vlaanderen. (2025). *Vlaamse Aanpassingspremie*. Vlaamse Overheid,,. Retrieved March 13th 2025 from <https://www.vlaanderen.be/premies-voor-renovatie/vlaamse-aanpassingspremie-om-de-woning-aan-te-passen-aan-een-oudere-bewoner>
- Wahl, H.-W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. . *The Gerontologist*, 52(3), 306-316.

C O U R M I N D

- Wahl, H. W., Fänge, A., Oswald, F., Gitlin, L. N., & Iwarsson, S. (2009). The Home Environment and Disability-Related Outcomes in Aging Individuals: What is the Empirical Evidence? *The Gerontologist*, 49(3), 355-367.
- Wakkary, R. (2021). *Things we could design for more than Human-Centered Worlds*. MIT Press.
- Wakkary, R. M., L. . (2008). Aspects of Everyday Design: Resourcefulness, Adaptation, and Emergence. *International Journal of Human-Computer*, 24(5), 478-491.
- WHO. (2001). *The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO (World Health Organisation)
- Zadoks, J., & Gijzen, R. (2015). *Zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel Volwassenen*. Hersenstichting. Retrieved March 13th 2025 from <https://www.hersenletselalliantie.nl/wp-content/uploads/2021/03/zorgstandaard-volwassenen.pdf>
- Zanen, L. (2002). *Mensen met een niet aangeboren hersenletsel*.