

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Vergelijkende studie van bestaande inschalingen
voor de zorg voor personen met een handicap en ouderen
met het oog op
de inschatting van de huidige hulpmiddelenbehoeften**

Dr. Eva Vande Gaer
Prof. dr. Bea Maes
Dr. Sofie Kuppens



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2015/04
SWVG-Rapport 33
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Vergelijkende studie van bestaande inschalingen voor de zorg voor personen met een handicap en ouderen met het oog op de inschatting van de huidige hulpmiddelenbehoeften

Promotor: Dr. Sofie Kuppens
Co-promotor: Prof. dr. Bea Maes
Onderzoekers: Dr. Eva Vande Gaer

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG
Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg
Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy
Prof. dr. Jozef Pacolet HIVA onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

UGent

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

VUB

Prof. dr. Johan Vanderfaellie, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie

Thomas More

Dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

Rapport 33

Vergelijkende studie van bestaande inschalingen voor de zorg voor personen met een handicap en ouderen met het oog op de inschatting van de huidige hulpmiddelenbehoeften

Onderzoeker: Dr. Eva Vande Gaer

Promotor: Dr. Sofie Kuppens

Co-promotor: Prof. dr. Bea Maes

Samenvatting

Dit onderzoek kadert binnen de voorbereiding van een toekomstig leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Dit hulpmiddelenbeleid is gericht op personen met langdurige fysieke, mentale, verstandelijke of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, daadwerkelijk en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving. De ruime doelgroep omvat bijgevolg zowel personen met een handicap, ouderen als chronisch zieken. Binnen een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid wordt vooropgesteld dat deze doelgroep, ongeacht hun leeftijd, gebruik kan maken van hulpmiddelen die optimaal aansluiten bij hun zorg- en ondersteuningsbehoeften.

In het kader van dergelijk leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid is een accurate inschatting van de behoefte aan hulpmiddelen essentieel, maar dit wordt belemmerd door een gebrek aan semantische overeenstemming tussen de huidige historisch gegroeide systemen. De centrale doelstelling van dit onderzoek is bijgevolg *het vergelijken van de huidige inschalingen van de zorg- en ondersteuningsnood en daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen voor enerzijds personen met een handicap en anderzijds ouderen (65-plussers).*

Na een verkenning van de beleidscontext en de centrale concepten via een documentenanalyse, werd de centrale doelstelling op twee manieren benaderd. Ten eerste werd een omvangrijke systematische studie van wetenschappelijke en grijze literatuur uitgevoerd. Op die manier werd een internationaal referentiekader opgesteld van de essentiële componenten van een beoordeling (of inschaling) van de zorg- en ondersteuningsnood en daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen voor de doelgroep. Ten tweede, werden de huidige inschalingen voor enerzijds personen met een handicap en anderzijds ouderen (65-plussers) in kaart gebracht. Om inzicht te bekomen in de Vlaamse praktijk werd gewerkt met semigestructureerde interviews bij 41 sleutelfiguren uit 26 organisaties. Deze interviews werden digitaal opgenomen en verwerkt via geijkte kwalitatieve methoden. Hierdoor werd inzicht bekomen in het adviseringsproces en de essentiële componenten van de beoordeling. Vervolgens werden de sectorspecifieke resultaten tegen elkaar afgezet in een concordantietabel om zo knelpunten te identificeren en aanbevelingen te formuleren. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen 1) het adviseringsproces voor niet-mobiliteitshulpmiddelen bij personen erkend als persoon met een handicap voor hun

65^e jaar; 2) het adviseringsproces voor mobiliteitshulpmiddelen; en 3) de advisering van niet-mobiliteits-hulpmiddelen bij 65^e plussers. De resultaten voor Vlaamse praktijkvoering werden vergeleken met het eerder ontwikkelde internationale referentiekader.

1. Wetenschappelijke onderbouwing van de adviesverlening

Uit de literatuurstudie bleek dat een solide conceptuele en empirische onderbouwing van instrumenten voor de advisering van hulpmiddelen schaars is. Ook de wetenschappelijke onderbouwing van conceptuele kaders voor de hulpmiddelenadvisering is eerder beperkt. Een uitzondering hierop is het 'Matching Person & Technology' (MPT) model; een model met bijhorende instrumenten specifiek gericht op hulpmiddelenadvisering. De Nederlandstalige uitwerking van een instrument gebaseerd op het MPT-model is echter nog beperkt gevalideerd. Daarnaast wordt de 'Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren' (ICF) in de literatuur vaak naar voren geschoven als conceptueel kader om de hulpmiddelenadvisering te ondersteunen. De ICF is een begrippenkader om het menselijke functioneren, en eventuele problemen, te beschrijven, maar het is niet specifiek ontwikkeld voor de advisering van hulpmiddelen noch is het een beoordelingsinstrument. Er werden reeds inspanningen geleverd om het MPT-model en bijhorend instrumentarium (specifiek voor hulpmiddelenadvisering) te linken aan het ruimere ICF-kader.

Wat betreft de Vlaamse praktijkvoering kunnen we het volgende besluiten. Zowel het 'adviseringsproces voor mobiliteitshulpmiddelen' als het 'adviseringsproces voor niet-mobiliteitshulpmiddelen bij personen erkend als persoon met een handicap', vertrekken (minstens deels) vanuit het ICF-kader. Voor de 'advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen bij 65 plussers' is dit niet het geval omdat een protocol ontbreekt. Let wel, zich baseren op een conceptueel kader impliceert niet noodzakelijk dat de eigenlijke procedure ook effectief is. Uit de interviews bleek dat informatie over de effectiviteit van de gehanteerde adviseringsprocessen momenteel ontbreekt. Zo wordt er niet nagegaan in welke mate het advies daadwerkelijk wordt opgevolgd of welke redenen voor het al dan niet opvolgen van het advies geformuleerd kunnen worden. Er is tevens weinig informatie beschikbaar over het eigenlijke gebruik van de gebruikerstevredenheid over het geadviseerde hulpmiddel, alsook over de aanwezigheid van residuële (resterende) ondersteuningsnoden bij de gebruiker. Een dergelijke validering van het gehanteerde adviseringsproces lijkt zeker aangewezen.

Wel maken bepaalde adviesverleners gebruik van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten om bepaalde deelaspecten in kaart te brengen. Maar de concreet gehanteerde instrumenten verschillen over de adviesverleners heen en het gebruik is niet overal ingeburgerd. Een uniform gebruik van wetenschappelijk onderbouwde instrumenten kan het adviseringsproces verder objectiveren en lijkt aldus aangewezen.

2. Geïdentificeerde aspecten van een goed adviesverleningsproces

Binnen de internationale literatuur wordt een interdisciplinaire aanpak van de hulpmiddelenadvisering, met een duidelijke rolverdeling tussen de verschillende disciplines en regelmatige training, expliciet naar voren geschoven. De versnippering in Vlaanderen wat betreft hulpmiddelenadvisering leidt echter tot een verschillend adviseringsproces voor de drie subgroepen, namelijk mobiliteitshulpmiddelen (via RIZIV voor de ruime doelgroep); niet-mobiliteitshulpmiddelen indien erkend als persoon met een handicap (via VAPH); en niet-mobiliteitshulpmiddelen voor 65 plussers.

De meeste zekerheid op een werkelijk multidisciplinair adviseringsproces hebben personen met een handicap (erkend voor hun 65^e jaar) als het een niet-mobiliteitshulpmiddel betreft. Voor bepaalde mobiliteitshulpmiddelen kan men tevens op een multidisciplinair advies rekenen, al zijn er vaker minder disciplines betrokken dan bij de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen aan personen met een erkende handicap. Wat betreft de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen bij ouderen is de mate van multidisciplinariteit afhankelijk van waar deze senior terechtkomt. Het verloop van het adviseringsproces is namelijk meer verscheiden voor senioren dan voor de andere subgroepen. Dit maakt het voor senioren waarschijnlijk vaak moeilijk om te weten waar men precies met een vraag naar hulpmiddelen kan aankloppen. In veel gevallen zal deze advisering niet multidisciplinair zijn.

Binnen de internationale literatuur wordt een cliëntgerichte aanpak van het adviesverleningsproces duidelijk naar voren geschoven. De meeste gesprekspartners in dit onderzoek gaven aan dat persoonlijke wensen en doelstellingen van de persoon een essentieel deel uitmaken van hun advisering. Het is aangewezen om hier in de toekomst blijvend aandacht voor te hebben.

Een aanzienlijk aandeel richtlijnen en modellen verwijzen naar een test- en trainingsfase voor de uiteindelijke gebruiker. In de praktijk gebeurt dit uittesten echter niet voor alle subgroepen even systematisch. Vooral bij senioren, niet erkend als een persoon met een handicap, lijkt de kans kleiner om een hulpmiddel te kunnen uittesten. Ten slotte mag ook het belang van ervaring, kennis en klinisch redeneren van de professional niet verwaarloosd worden.

3. Variëteit aan determinanten van de hulpmiddelen nood

Via het empirisch luik werden de essentiële componenten van de beoordeling (of inschaling) van de hulpbehoefte en de daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen – of kortweg de determinanten van de hulpmiddelen nood – in kaart gebracht. Globaal kunnen we besluiten dat voor geprotocolleerde adviseringsprocessen (VAPH-procedure voor personen met een erkende handicap en RIZIV-procedure voor mobiliteitshulpmiddelen) een grote variëteit aan determinanten werd aangegeven door de experts. De adviseringsprocessen zoals vooropgesteld door het RIZIV en VAPH sluiten algemeen nauw aan bij het referentiekader uit de literatuur, al zijn een paar verschilpunten belangrijk om te vermelden. Zo worden de, in de literatuur gesuggereerd, psychosociale kenmerken, zelden expliciet vermeld door de experts in het praktijkveld. Verder kan er voor de eenvoudigere hulpmiddelen een verkorte procedure gevolgd worden, waarbij een beperktere variëteit van determinanten in kaart gebracht wordt. Dit impliceert echter dat vóór het eigenlijke adviseringsproces reeds wordt besloten dat een eenvoudig hulpmiddel de noden zal kunnen invullen. Verder bleek uit de interviews dat de uitgebreidheid waarmee bepaalde determinanten in kaart worden gebracht, vaak groter is bij de VAPH procedure dan bij de RIZIV-procedure.

Wat betreft het adviseringsproces bij ouderen kunnen we stellen dat de inhoud van dit proces sterk zal afhangen van waar men dit advies (eerder toevallig) inwint. In ziekenhuizen en revalidatiecentra wordt over het algemeen een redelijk brede verscheidenheid aan determinanten in kaart gebracht. Ouderen kunnen terecht bij de mutualiteiten waar eventueel een ergo-aan-huis procedure ingeschakeld wordt. Tijdens die procedure worden vooral het functioneren van de ouderen binnen zijn thuisomgeving, de zelfverzorging, het huishouden en de situationele drempels in kaart gebracht. Wanneer een senior rechtstreeks naar een verstrekker stapt, zal het adviseringsproces voor niet-mobiliteitshulpmiddelen eerder beknopt zijn. Er zijn echter duidelijke verschillen tussen verstrekkers, die afhankelijk zijn van de soort en de complexiteit van hulpmiddelen die men aanbiedt. Omwille van de onzekerheid die senioren

momenteel hebben om een adequate adviesverlening te bekomen waarbij alle relevante determinanten worden beoordeeld, lijkt het aangewezen om voor deze doelgroep een protocol te ontwikkelen. Idealiter, en in lijn met de geconsulteerde literatuur, wordt er zelfs werk gemaakt van een leeftijdsonafhankelijk protocol. Bij het ontwerpen van dit protocol zal bijzondere aandacht moeten gaan naar de omvang en diepgang van de te beoordelen determinanten. Vanuit de literatuurstudie komen het MPT-model en het ICF-kader als relevante leidraad naar voren.

Verder valt op dat de adviesverlening rond hulpmiddelen (RIZIV en VAPH) in Vlaanderen formeel afgescheiden is van de adviesverlening i.v.m. andere zorgaspecten. In de literatuur wordt het belang van de integratie van de hulpmiddelenadvisering met andere zorgaspecten (o.a. advisering van gedragsverandering, van persoonlijke zorg, van medische hulpmiddelen) echter benadrukt. Binnen de Vlaamse context gebeurt dergelijke geïntegreerde advisering momenteel niet systematisch.

Dit rapport wordt afgerond met enkele kanttekeningen bij het onderzoek en een puntsgewijze samenvatting van aanbevelingen.

Inhoud

Hoofdstuk 1	Probleemstelling en onderzoeksopzet	11
1	Situering	11
2	Onderzoeksdoelstelling	12
3	Onderzoeksmethodologie	12
	3.1 Operationalisering van kernbegrippen	12
	3.2 Onderzoeksmethoden	13
4	Leeswijzer	14
Hoofdstuk 2	Het beleidslandschap rond hulpmiddelen in Vlaanderen	15
1	Individuele materiële bijstand - VAPH	15
2	Hulpmiddelen voor personen met een beperkte mobiliteit - RIZIV	16
3	Verhuursysteem van rolstoelen voor personen die in een WZC zijn opgenomen- RIZIV	18
4	Mobiliteitshulpmiddelen: bijkomende vergoedingen - VAPH	18
5	Hulpmiddelen voor professionele doeleinden en voor in het onderwijs – VDAB en Vlaams Ministerie voor Onderwijs en Vorming	19
6	Andere geneeskundige verstrekkingen die als hulpmiddel kunnen opgevat worden - RIZIV	19
Hoofdstuk 3	Literatuurstudie	21
1	Methode	21
	1.1 Wetenschappelijke literatuurstudie	21
	1.2 Zoektocht doorheen de grijze literatuur	23
2	Resultaten	24
	2.1 Bestaande modellen voor hulpmiddelenadvisering	24
	2.1 Bestaande richtlijnen voor hulpmiddelenadvisering	32
	2.2 Beoordelingsinstrumenten specifiek voor hulpmiddelenadvisering	39
3	Determinanten van de hulpmiddelen nood	44
4	Conclusies uit de literatuurstudie	48
Hoofdstuk 4	Empirisch luik	51
1	Doelstelling van het empirische luik	51
2	Methode	51
3	Resultaten	54
	3.1 Kenmerken van de geïnterviewde experts en instanties	54
	3.2 Aanmelding	55
	3.3 Hulpmiddelenadviseringsproces	56
	3.4 Determinanten van de hulpmiddelen nood: vergelijking over doelgroepen heen	63
	3.5 Determinanten van de hulpmiddelen nood: vergelijking met de literatuur	78

Hoofdstuk 5	Voorspellers en indicatoren van de nood aan hulpmiddelen	85
1	Voorspellers en indicatoren van de nood aan hulpmiddelen in de wetenschappelijke literatuur	85
2	Informatie over mogelijke voorspellers van een nood aan hulpmiddelen in de praktijk	87
Hoofdstuk 6	Algemene conclusies en beleidsaanbevelingen	89
1	Wetenschappelijke onderbouwing van de adviesverlening	89
2	Variëteit van de in kaart gebrachte determinanten van de hulpmiddelen nood	90
3	Andere geïdentificeerde aspecten van een goed adviesverleningsproces	92
4	Het verloop van het adviesverleningsproces	93
5	Samenvatting aanbevelingen	95
Literatuur		97
BIJLAGEN		105
Lijst Tabellen		
Tabel 1	Determinanten van de hulpmiddelen nood basis van de literatuurstudie	45
Tabel 2	Organisaties waartoe de geïnterviewde experts behoren (n=26)	53
Tabel 3	Samenvatting aanbevelingen	95
Lijst Figuren		
Figuur 1	Schematische weergave van de literatuurstudie	22
Figuur 2	Schematische weergave van de literatuurzoektocht binnen de grijze literatuur	24
Figuur 3	Onderverdeling van de 13 modellen omtrent hulpmiddelen advisering uit de literatuurstudie	25
Figuur 4	het Matching Person & Technology Model	25
Figuur 5	Het ADT Selection Framework 27	
Figuur 6	Het ICF-kader specifiek binnen de hulpmiddelen context	28
Figuur 7	Het Human Function-kader	31
Figuur 8	Hulpmiddelen adviseringsproces volgens de Basisrichtlijn Hulpmiddelen zorg	32
Figuur 9	Le processus d'évaluation et de préconisation des ATNT	34
Figuur 10	Assessment Protocol	36
Figuur 11	Domeinen bij persoonlijke adviesverlening	37
Figuur 12	Structuur van het MPT enriched procurement meet instrument	40
Figuur 13	Samenvatting van de drie stappen in het ATES-model	41

Figuur 14	Schema aangaande de eerste stap in het ATES-model	42
Figuur 15	Relatief voorkomen van de verschillende determinanten van de hulpmiddelen nood op basis van de literatuurstudie	48
Figuur 16	Vergemeende weergave van het proces van hulpmiddelen advisering bij multidisciplinaire teams en experts erkend door het VAPH	58
Figuur 17	Vergemeende weergave van het hulpmiddelen adviseringsproces (niet-mobiliteitshulpmiddelen) bij ouderen die niet erkend zijn als persoon met een handicap voor hun 65 jaar	60
Figuur 18	Vergemeende weergave van het adviseringsproces voor mobiliteitshulpmiddelen	61
Figuur 19	Concordantietabel van de determinanten hulpmiddelen nood (enkel hoofddimensies)	66
Figuur 20	Concordantietabel van de determinanten hulpmiddelen nood (hoofd- en subdimensies)	67
Figuur 21	Concordantietabel van de determinanten hulpmiddelen nood (interviews en internationaal referentiekader)	79

Hoofdstuk 1

Probleemstelling en onderzoeksopzet

1 Situering

Het huidig onderzoek kadert binnen de voorbereiding van het toekomstig leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. De confrontatie met een handicap is, ongeacht de leeftijd, voor iedere persoon een ingrijpend gebeuren dat vaak gepaard gaat met een specifieke behoefte aan hulpmiddelen om wendbaar en flexibel in te spelen op de aspiraties tot zelfontplooiing en autonomie die personen met een handicap en hun naaste omgeving koesteren. Bovendien is met een gemiddelde levensverwachting van meer dan 80 jaar een gestage groei van de behoefte aan hulpmiddelen te verwachten, zeker wanneer ingezet wordt op het zo lang als mogelijk zelfstandig laten leven van mensen, binnen de grenzen van wat voor de persoon zelf, voor de mantelzorger en voor de maatschappij draagbaar is (Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2009-2014). In het licht van het voorgaande omvat het doel van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid dat “alle mensen met een handicap, ongeacht hun leeftijd, in de mogelijkheid gesteld moeten worden om optimaal gebruik te maken van hulpmiddelen om zoveel en zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren en te participeren aan de samenleving”. Binnen een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid is het essentieel dat personen met een handicap, ongeacht hun leeftijd, gebruik kunnen maken van hulpmiddelen die optimaal aansluiten bij hun zorg- en ondersteuningsbehoeften.

Het is momenteel zo dat de bevoegdheden met betrekking tot hulpmiddelen in België versnipperd zijn. Zo ressorteren de mobiliteitshulpmiddelen tot op heden nog steeds voor een belangrijk deel onder de ziekteverzekering. De terugbetaling van de persoonsgebonden niet-mobiliteitshulpmiddelen voor privédoeleinden is in Vlaanderen de verantwoordelijkheid van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Deze terugbetaling is echter alleen mogelijk voor personen met een handicap die als dussdanig erkend werden voor de leeftijd van 65 jaar. In uitvoering van de zesde staatshervorming wordt de Vlaamse Gemeenschap bevoegd voor een belangrijk deel van de tussenkomsten in de verstrekking van hulpmiddelen (Groenboek, 2013), dus ook de mobiliteitshulpmiddelen. Deze overgang van bevoegdheden kan dan aangegrepen worden om de mogelijkheden van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid te verkennen. Hierbij dient als kanttekening meegenomen te worden dat er nog steeds een aantal medische en paramedische hulpmiddelen vergoed blijven via de Federale verplichte ziekteverzekering, zoals bijvoorbeeld prothesen, orthesen, orthopedische schoenen, brillen, lenzen, hoorapparaten.

Om binnen een toekomstig leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid een projectie van de noden inzake hulpmiddelen te kunnen maken, is er een prognose nodig over de omvang van de doelgroep, de zorgzwaarte van die doelgroep en het daarmee samenhangende gebruik van hulpmiddelen. Op zijn beurt vereist dergelijke prognose een inschatting van de huidige behoefte aan hulpmiddelen voor deze doelgroep. Dergelijke accurate inschatting wordt momenteel echter belemmerd door een gebrek aan semantische overeenstemming tussen de huidige systemen.

2 Onderzoeksdoelstelling

Als antwoord op voorgaande probleemstelling, is de centrale doelstelling van dit onderzoek om de *huidige inschalingen van de zorg- en ondersteuningsnood en daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen voor enerzijds personen met een handicap en anderzijds ouderen (65-plussers) te vergelijken*, waarbij niet de leeftijd van de zorgbehoevende maar de aard en de context van de aandoening en de daarmee samenhangende ondersteuningsnood als primair criterium wordt gezien. Niettegenstaande het toekomstige leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid gericht is op alle personen met een handicap, ongeacht hun leeftijd, wordt bovenstaand onderscheid tussen personen met een handicap en ouderen expliciet gehanteerd aangezien het aansluit bij de huidige historisch gegroeide praktijk in Vlaanderen; waarvan het in kaart brengen en vergelijken van de momenteel gehanteerde inschalingen net het onderwerp van onderzoek betreft.

3 Onderzoeksmethodologie

3.1 Operationalisering van kernbegrippen

De *doelgroep van het leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid* kunnen we tevens operationaliseren aan de hand van een vaak gebruikte definitie. In termen van het VN-Verdrag omvatten personen met een handicap een ruime, niet-leeftijdsbegrensde, doelgroep van “Personen met langdurige fysieke, mentale, verstandelijke of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, daadwerkelijk en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving” (Verenigde Naties, 2006, art.1). Deze ruime doelgroep omvat bijgevolg zowel personen met een handicap en ouderen alsook chronisch zieken.

Betreffende de definitie van *hulpmiddelen* of assistieve technologie. Dit zijn generieke termen waarvoor geen standaarddefinitie voor handen is. Het Kenniscentrum Hulpmiddelen van het VAPH (KOC) definieert hulpmiddelen als:

“(technische) producten die 1) een persoon met een handicap toelaten een activiteit uit te voeren die hij omwille van een functiebeperking niet kan uitvoeren (vb. rolstoel); 2) het uitvoeren van een activiteit door een persoon met een handicap vereenvoudigen of vergemakkelijken (vb. beker met handgreep) of; en 3) een hulpverlener ondersteunen bij de assistentie of verzorging van een persoon met een handicap (vb. tillift).”¹

De concrete hulpmiddelen die onder deze noemer vallen zijn erg divers, maar binnen Vlaanderen kunnen deze grotendeels in een beperkt aantal productcategorieën vervat worden:

- Communicatie en informatie (o.a. telefonie, personenalarmsystemen, zorgtechnologie, communicatieapparatuur)
- Mobiliteit (o.a. rolstoelen, til-en transfersystemen, trapliften)
- Leefomgeving (o.a. aanpasbare woningen, aangepast meubilair en sanitair, toegankelijkheid van gebouwen, beveiliging en -toegangscontrole, gebouwautomatisering, ondersteuning door robotica)

¹ http://www.hulpmiddeleninfo.be/info/ud/info_ud.html

- Huishouding en persoonlijke verzorging (o.a. badhulpmiddelen, aangepaste bedden, incontinentiemateriaal, huishoudtoestellen- en middelen, valdetectie, dwaalpreventie)

In het licht van een internationale vergelijking zijn er ook in het Engels verschillende definities voor 'assistive technology' te onderscheiden, waarbij voor de concrete invulling van hulpmiddelen tevens een lange lijst voor handen is:

- "Assistive technology is any device or system that allows an individual to perform a task that they would otherwise be unable to do, or increases the ease and safety with which the task can be performed" (Cowan and Turner-Smith, 1999)
- "Assistive technology is an umbrella term for any device or system that allows individuals to perform tasks they would otherwise be unable to do or increases the ease and safety with which tasks can be performed" (WHO, Glossary Of Terms For Community Health Care And Services For Older Persons", 2004)
- "Assistive technology device means any item, piece of equipment, or product system, whether acquired commercially, modified, or customized, that is used to increase, maintain, or improve functional capabilities of individuals with disabilities." (US, The Assistive Technology Act of 1998, [105-394, S.2432])

De juiste hulpmiddelen kunnen de zelfstandigheid van personen met een handicap verhogen alsook de integratie in de samenleving en het woon- en leefcomfort positief beïnvloeden. Om te garanderen dat hulpmiddelen optimaal aansluiten bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van personen met een handicap, ongeacht hun leeftijd, neemt de indicatiestelling een belangrijke plaats in. Indicatiestelling kan gezien worden als een proces waarin de hulpverlener samen met de cliënt beoordeelt welke problemen spelen en welk hulpaanbod het meest geschikt is. In de internationale literatuur wordt dit vaak ook wel het hulpmiddelenadviseringsproces of kortweg advisering genoemd. Hierbij wordt gestreefd naar een kwaliteitsvolle indicatiestelling voor de betrokken persoon (Bartelink, ten Berge, & van Yperen, 2010). Onder *inschaling* wordt het op een geobjectiverde en gestandaardiseerde wijze meten of beoordelen van de benodigde zorg- en ondersteuningsintensiteit en daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen verstaan (cf. Maes & Hermans, 2010).

3.2 Onderzoeksmethoden

Na een verkenning van de beleidscontext en de centrale concepten op basis van een documentenanalyse, werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd om een internationaal referentiekader te scheppen omtrent de essentiële componenten van een inschaling of beoordeling van de zorg- en ondersteuningsnood en daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen voor de specifieke doelgroep (personen met een handicap ongeacht hun leeftijd). Relevante literatuur werd gezocht via verschillende elektronische zoekmachines en de grijze literatuur. De zoektocht werd beperkt tot literatuur en empirische studies vanaf 2004, aangezien het realistisch leek dat zowel recente trends als eerdere bevindingen hierin verwerkt zullen zijn. Informatie werd op een systematische manier uit de gevonden literatuur en empirische studies onttrokken en gesynthetiseerd.

Om de Vlaamse praktijkvoering in kaart te brengen werd vervolgens gedetailleerde informatie en documentatie ingewonnen worden over de inschaling wat betreft hulpmiddelen die momenteel gehanteerd worden binnen de historische gegroeide sectorspecifieke systemen, enerzijds gericht op personen met een handicap en anderzijds op ouderen. Er werd gewerkt met semigestructureerde interviews afgenomen bij 41 sleutelfiguren uit 26 organisaties, die digitaal werden opgenomen en verwerkt via geijkte

kwalitatieve methoden. Daarna werd een concordantietabel opgesteld waarin de sectorspecifieke data tegen elkaar afgezet worden om zodoende knelpunten te identificeren en aanbevelingen ter optimalisering of afstemming te formuleren. De opgemaakte concordantietabel werd via e-mail ter validatie teruggekoppeld aan deze sleutelfiguren (zie verder) zodat men melding kon maken van discrepanties tussen de eigen praktijk en de opgestelde tabel. In totaal maakten 19 van de 26 gesproken organisaties van deze mogelijkheid gebruik. De informatie aangaande de Vlaamse praktijkvoering werd tevens vergeleken met het eerder ontwikkelde internationale referentiekader.

4 Leeswijzer

In dit rapport wordt in Hoofdstuk 1 eerst de context van het onderzoek geschetst. Hoofdstuk 2 rapporteert dan over de literatuurstudie die werd uitgevoerd. Eerst wordt meer in detail ingegaan op de methode van onderzoek waarna het resultaat besproken wordt. Vervolgens worden de belangrijkste modellen, protocollen en instrumenten voorgesteld. Het derde hoofdstuk focust dan op het empirische luik en is onderverdeeld in een methode- en een resultatensectie, gevolgd door een besluit. Ten slotte worden alle resultaten gebundeld in een overkoepelend besluit en aanbevelingen geformuleerd.

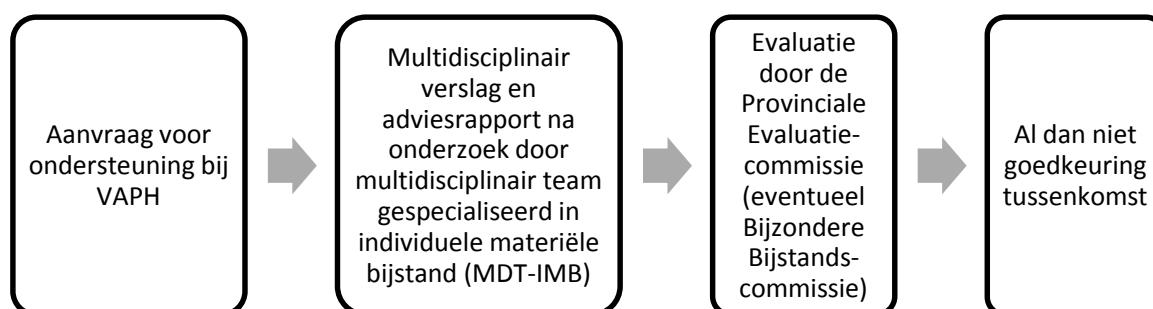
Hoofdstuk 2

Het beleidslandschap rond hulpmiddelen in Vlaanderen

In wat volgt wordt ingegaan op de beleidscontext van het hulpmiddelenbeleid binnen de Vlaamse Gemeenschap. Zoals reeds eerder geschetst zijn in Vlaanderen verschillende instanties verantwoordelijk voor verschillende aspecten van het hulpmiddelenbeleid. Dit kan de beoordeling en de advisering binnen de verschillende sectoren beïnvloeden.

1 Individuele materiële bijstand - VAPH

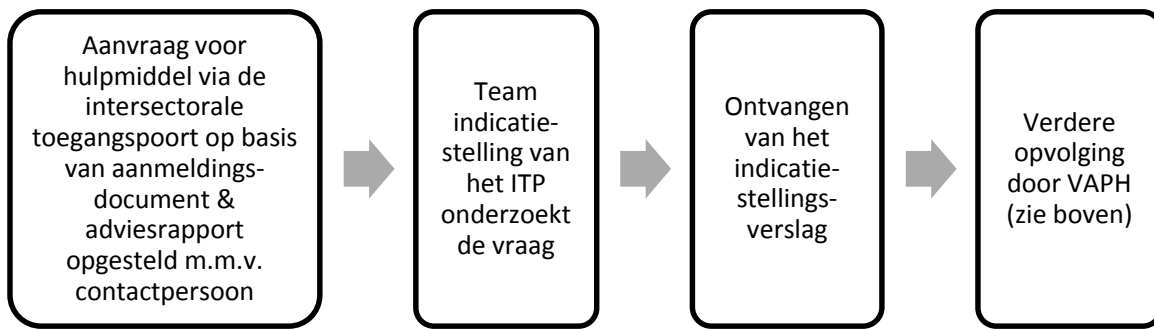
Personen die erkend zijn als persoon met een handicap voor de leeftijd van 65 jaar en die nood hebben aan een persoonsgebonden hulpmiddel kunnen met hun vraag terecht bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Hierbij is het dat de persoon reeds een erkenning heeft als persoon met een handicap bij het VAPH. Indien dit niet het geval is, dient deze erkenning eerst aangevraagd te worden. Dit is een afzonderlijke procedure, waar we hier niet op ingaan. Wanneer iemand erkend is als persoon met een handicap verloopt de procedure voor de aanvraag van een hulpmiddel dan globaal gesteld als volgt (in het geval de aanvrager reeds volwassen is):



Merk op dat het multidisciplinair team dient erkend te zijn door het VAPH.

Wanneer het echter de vervanging van een hulpmiddel betreft waarbij de refertetermijn is verstreken, of wanneer het een eenvoudig hulpmiddel betreft (dat in de refertelijst wordt aangeduid met een sterretje), dan volstaat een formulier 'vereenvoudigde aanvraag van hulpmiddelen en aanpassingen' en is er geen advies en multidisciplinair verslag (MDV) nodig, tenzij het een eerste aanvraag betreft, dan dient er steeds een multidisciplinair verslag opgesteld te worden en dient de persoon erkend te zijn als persoon met een handicap. Indien een persoon met een handicap omwille van een specifieke of uitzonderlijke zorgbehoefte nood heeft aan een hulpmiddel met een kostprijs die minimaal 300 euro hoger ligt dan het refertebedrag of indien een persoon met een handicap een hulpmiddel nodig heeft dat niet vermeld staat in de refertelijst, dan kan men zich te wenden tot de Bijzondere Bijstandscmissie.

Bij jongeren verloopt de procedure bij de eerste aanvraag bovendien iets anders:



Men dient als jongere dus eerst te passeren langs de Intersectorale Toegangspoort (ITP). Hiertoe dient men zich te wenden tot een contactpersoon, dit kan ook een multidisciplinair team (MDT) zijn. Wanneer het team indicatiestelling van het ITP groen licht heeft gegeven en er is een erkenning als persoon met een handicap, volgt het VAPH dan verder op. Het VAPH beslist dan ook nog steeds over de al dan niet toekenning van de gevraagde tussenkomst voor hulpmiddelen.

2 Hulpmiddelen voor personen met een beperkte mobiliteit - RIZIV

De terugbetaling voor mobiliteitshulpmiddelen bij personen met een beperkte mobiliteit was tot juli 2014 een Federale bevoegdheid. Vanaf 1 juli 2014 is deze materie overgedragen aan de deelstaten (gemeenschappen, gewesten of gemeenschapscommissies), ten gevolge van de 6e staatshervorming. De bestaande regelgeving blijft van kracht tot een deelstaat over wijzigingen of nieuwe regels beslist. Tijdens een overgangperiode, die ten laatste tot 1 januari 2018 duurt, beheert het RIZIV nog de dossiers over die overgedragen bevoegdheden, maar het handelt in naam van en voor rekening van de deelstaten.

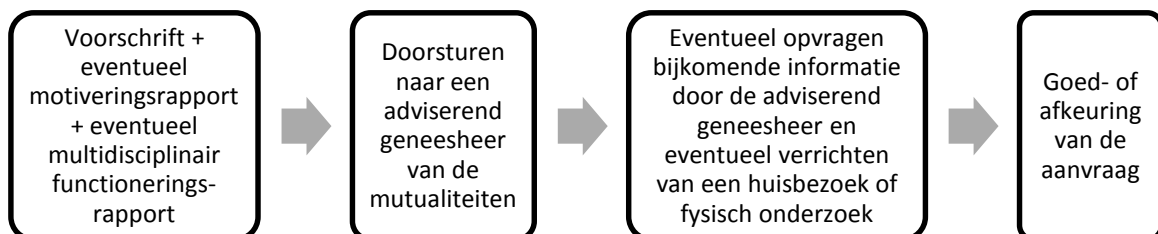
Er zijn verschillende procedures voorzien naargelang de complexiteit van het hulpmiddel, wat meestal samenhangt met de complexiteit van de functionele problemen enerzijds en de kostprijs van het hulpmiddel anderzijds. Voor de meest eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen (standaardrolstoel of orthopedische driewiel fiets) kan men een vergoeding bekomen op basis van een eenvoudig voorschrift van de geneesheer (formulier 19, zie ook verder). Op dit medisch voorschrift vult de voorschrijvende arts in of hij/zij een loophulpmiddel dan wel een manuele rolwagen of een elektrische rolwagen voorschrijft. Verder geeft hij/zij ook aan hoe intens het gebruik zal zijn (permanent of beperkte of belangrijk deel van de dag). Het voorschrift omvat verder onder andere ook de diagnose, prognose en de functionaliteit a.d.h.v. relevante ICF-codes (zie verder) en typering (verplaatsingen binnenshuis, buitenshuis, staan, transfer, gebruik van hand en arm, zitbalans, cognitieve functies). Ten slotte vult de patiënt zelf ook een deel in betreffende het gebruiksdoel en onder welke omstandigheden dat het mobiliteitshulpmiddel vooral gebruikt zal worden. De patiënt ondertekent verder ook het voorschrift. Met dit voorschrift kan men dan naar de bandagist stappen, die de persoon in kwestie helpt bij de keuze van het gepaste mobiliteitshulpmiddel. Hij vult hierbij ook een formulier bijlage 20 in. Hierop noteert de verstrekker onder andere welk type mobiliteitshulpmiddel verstrekt zal worden, het nomenclatuurnummer, de identificatiecode op de lijst en de prijs. Op dit formulier worden ook enkele zaken voor de fondsen ingevuld.

Wanneer bijvoorbeeld een complexer hulpmiddel zoals een manuele modulaire rolstoel, een verzorgingsrolstoel een zitsysteem of een driewiel fiets gecumuleerd met een rolstoel aangewezen is, dan is de bandagist vereist om een motiveringsrapport op te stellen (formulier 19 ter), waarin de motivering van

de rolwagen en aanpassingen door de verstrekker aan bod komen. De bandagist maakt samen met de gebruiker de vertaling van de functionele problemen vermeld op het voorschrift en desgevallend het functioneringsrapport naar het type rolwagen en de benodigde aanpassingen.

Is een nog complexer mobiliteitshulpmiddel aangewezen bijvoorbeeld een kinderrolstoel, actiefrolstoel, elektronische rolstoel, elektronische scooter of stasysteem, dan dient er bijkomend een multidisciplinair functioneringsrapport (formulier 19bis) opgesteld te worden door een multidisciplinaire equipe die minstens uit een geneesheer-specialist en een ergotherapeut(e) en/of kinesist(e) bestaat, eventueel aangevuld met een huisarts, een verpleegkundige, een sociaal assistent of omgevingsdeskundige van de rechtgebende. Deze multidisciplinaire equipes dienen erkend te zijn door het RIZIV om een vergoeding voor hun diensten te kunnen krijgen. In het multidisciplinair functioneringsrapport komt een uitgebreidere beschrijving van het functioneren en de beperkingen aan bod volgens de ICF-opdeling (zie verder) van onder meer de functionaliteit, de participatie, omgevingsfactoren. Ook worden expliciet mogelijke extra knelpunten in kaart gebracht, zoals bijvoorbeeld spasticiteit of doorligwonden. Voor een elektronische rolstoel en sommige type scooters dient er ook steeds een testverslag opgemaakt te worden dat aantoonst dat de persoon de elektrische hulpmiddel ook effectief kan gebruiken.

Elke aanvraag voor een rolstoel, of het nu een standaardrolstoel, een elektronische rolstoel of nog een ander soort mobiliteitshulpmiddel betreft, dient steeds doorgestuurd te worden naar een adviserend geneesheer verbonden aan het ziekenfonds waarbij de betrokkene aangesloten is. Deze onderzoekt de aanvraag en neemt een beslissing. Indien nodig kan de adviserend geneesheer ook bijkomende gegevens opvragen. Verder kan er ook een fysiek onderzoek /huisbezoek verricht worden. Dit laatste dient bij minstens 10% van alle aanvragen te gebeuren alvorens een beslissing tot tegemoetkoming te nemen. De hele procedure kan dan als volgt worden voorgesteld:



Merk op dat er bij de procedure voor de rolstoelen geen leeftijdsgrenzen zijn opgenomen. Wel wordt er gewerkt met hernieuwingstermijnen. Verder, er zijn duidelijke en strikte termijnen vastgelegd binnen dewelke de adviserend geneesheer een beslissing moet nemen. Namelijk, binnen de 15 werkdagen dient één van volgende stappen genomen te worden:

- Aanvraag wordt goedgekeurd of geweigerd.
- Aanvraag is onvolledig en bijkomende informatie dient verzameld te worden. Vanaf het moment dat deze informatie ontvangen wordt, heeft men terug 15 dagen om te beslissen.
- Betrokkene wordt onderworpen aan een fysiek onderzoek / huisbezoek. Op dat moment wordt de beslissingstermijn met 25 dagen verlengd.

Ten slotte, indien blijkt dat de rechthebbende niet voldoende kan geholpen worden met de rolstoel en aanpassingen waarop hij volgens zijn functionele criteria recht heeft, kan de erkend verstrekker een aanvraag voor individueel maatwerk indienen bij de adviserend geneesheer. De adviserend geneesheer controleert de volledigheid van het dossier en zendt het, voorzien van zijn advies, door naar het College van geneesheren-directeurs. Na het inwinnen van het advies van de Technische raad voor rolstoelen

over dit individuele dossier beslist dit College over het al dan niet toestaan van de tegemoetkoming voor het aangevraagde maatwerk (Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, Artikel 28 § 8).

Onder maatwerk moet worden verstaan: elke hulpmiddel dat speciaal is vervaardigd volgens het voorschrift van een gekwalificeerde arts waarin onder zijn verantwoordelijkheid de specifieke kenmerken van het ontwerp zijn aangegeven, en dat is bestemd om uitsluitend door één bepaalde gebruiker te worden gebruikt. Hieronder worden de aanpassingen aan standaardproducten niet verstaan. Een verzekeringstegemoetkoming voor maatwerk is slechts mogelijk indien er geen alternatief serieproduct bestaat.

3 Verhuursysteem van rolstoelen voor personen die in een WZC zijn opgenomen- RIZIV

Voor bewoners van een WZC bestaat een verhuursysteem van rolstoelen. Er komen 3 types van rolstoelen voor in het verhuursysteem, namelijk de manuele standaardrolstoel, de manuele modulaire rolstoel en de manuele verzorgingsrolstoel. De rolstoelen en de aanpassingen moeten voorkomen op de lijst van voor vergoeding aangenomen mobiliteitshulpmiddelen. Ook de meeste aanpassingen worden gedekt binnen het huurcontract op een paar specifieke aanpassingen na. Het huurforfait wordt rechtstreeks door het betrokken ziekenfonds aan de verstrekker betaald. Indien men een nood heeft aan een ander mobiliteitshulpmiddel dan de hierboven vermeldde drie of aan een aanpassing niet opgenomen in het forfait, dan kan men via de procedure binnen het klassieke systeem van de verkoop beschreven eerder een rolstoel verkrijgen ook al verblijft men dan in een WZC.

Voor de toekenning van een manuele standaardrolstoel binnen dit verhuursysteem met er ter kennisgeving een medisch voorschrift (bijlage 19) en een huurcontract aan het ziekenfonds bezorgd worden. Voor modulaire en verzorgingsrolwagens moet een aanvraag ingediend worden, waarbij een medisch voorschrift en een motiveringsrapport door de verstrekker (bijlage 19 ter) vereist zijn. Na goedkeuring door de adviserend geneesheer dient een huurcontract aan het ziekenfonds bezorgd te worden.

4 Mobiliteitshulpmiddelen: bijkomende vergoedingen - VAPH

In bepaalde omstandigheden en onder bepaalde voorwaarden voorziet het VAPH in een tegemoetkoming in de oplegkosten voor een rolstoel, bovenop de vergoeding van het RIZIV. Ook de kosten voor de aankoop van een rolstoel en de bijgeleverde aanpassingen die niet in de RIZIV-lijst zijn opgenomen, kunnen vergoed worden indien de rolstoel niet op de RIZIV-lijst staat, de RIZIV-lijst niet in een evenwaardige oplossing voorziet en de gevraagde rolstoel dezelfde garanties inzake veiligheid en doelmatigheid biedt als de producten op de RIZIV-lijst (<http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/1965398-Rolstoelen%2C+scooters%2C+duwwandelwagens+en+driewiel fietsen.html>). Verder, indien men een tweede rolstoel nodig heeft binnen de hernieuwingstermijn van de eerste rolstoel (en dit onder bepaalde voorwaarden) of indien deze tweede rolstoel vernieuwd dient te worden, of indien men nood heeft aan bepaalde duwwandelwagens, ook dan kan het VAPH eventueel tussenkomen. Ten slotte kan het VAPH tussenkomen in kosten voor onderhoud, herstellingen en aanpassingen zowel als in eventuele oplegkosten. Hiertoe dient men wel steeds erkend te zijn als persoon met een handicap voor de leeftijd van 65-jaar, net zoals bij de IMB-procedure.

5 Hulpmiddelen voor professionele doeleinden en voor in het onderwijs – VDAB en Vlaams Ministerie voor Onderwijs en Vorming

Indien men bepaalde hulpmiddelen niet nodig heeft voor privédoeleinden maar binnen een professionele of onderwijscontext, dan dient men zich te richten tot de VDAB respectievelijk het Vlaams Ministerie voor Onderwijs en Vorming. Door beide diensten worden andere procedures gebruikt dan hierboven beschreven. De hulpmiddelen die verstrekt worden in dit kader vormen echter geen onderdeel van het opzet van dit onderzoek aangezien deze niet onder de verantwoordelijkheid van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin vallen. In wat volgt zal er dan ook niet dieper op ingegaan worden.

6 Andere geneeskundige verstrekkingen die als hulpmiddel kunnen opgevat worden - RIZIV

Binnen de nomenclatuur van het RIZIV bevinden zich ook nog geneeskundige verstrekkingen die als hulpmiddel gekwalificeerd kunnen worden. Men kan bijvoorbeeld denken aan orthesen en prothesen, brillen, hoorapparaten. Ook deze hulpmiddelen worden terugbetaald door het RIZIV. De voorwaarden hiertoe, en de modaliteiten verschillen echter van hulpmiddel tot hulpmiddel. Zo heb je voor bepaalde dergelijke verstrekkingen de voorgaande toestemming van de adviserend geneesheer nodig, voor anderen volstaat enkel een medisch voorschrift. Echter ook deze geneeskundige verstrekkingen vallen buiten het kader van dit onderzoeksrapport onder meer omdat de verantwoordelijkheden hierrond niet overgeheveld worden naar het Vlaamse niveau.

Hoofdstuk 3

Literatuurstudie

Aan de hand van een grondige literatuurstudie beogen we voor de doelgroep van personen met langdurige fysieke, mentale, verstandelijke of zintuiglijke beperkingen de essentiële componenten van de inschaling of beoordeling van de hulpbehoevendheid en de daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen – of kortweg de determinanten van de hulpmiddelen nood - in kaart te brengen. De Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren (ICF; WHO, 2001) geeft duidelijk weer dat menselijk functioneren het resultaat is van een complexe relatie tussen een aandoening of ziekte enerzijds en de persoonlijke en omgevingsfactoren anderzijds. De wisselwerking tussen al deze aspecten heeft een dynamisch en wederkerig karakter: interventies op één aspect of factoren kunnen veranderingen teweegbrengen in andere daaraan gerelateerde aspecten of factoren. Hieruit blijkt reeds dat een veelheid aan factoren de zorg- en ondersteuningsnood en het bepalen van het meest adequate zorgaanbod (hulpmiddel) kunnen beïnvloeden.

1 Methode

De literatuurstudie besloeg zowel een zoektocht doorheen de wetenschappelijke literatuur als een zoektocht doorheen de grijze literatuur. In wat volgt wordt in sectie 2.1 eerst de procedure voor de wetenschappelijke literatuurstudie in detail weergegeven en vervolgens in sectie 2.2 de studie van de grijze literatuur.

1.1 Wetenschappelijke literatuurstudie

Bij de zoektocht naar wetenschappelijke literatuur betreffende de beoordeling van de hulpbehoevendheid en de daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen, werden drie verschillende elektronische databanken geconsulteerd namelijk PubMed, ERIC en Web of Science. Hierbij werden volgende zoektermen ingegeven, in het Engels: (“assessment” OR “classification”) AND (“assistive technology” OR “assistive devices”). Het gebruik van Booleaanse operatoren [OR, AND] verhoogt de relevantie van de initiële gevonden publicaties.

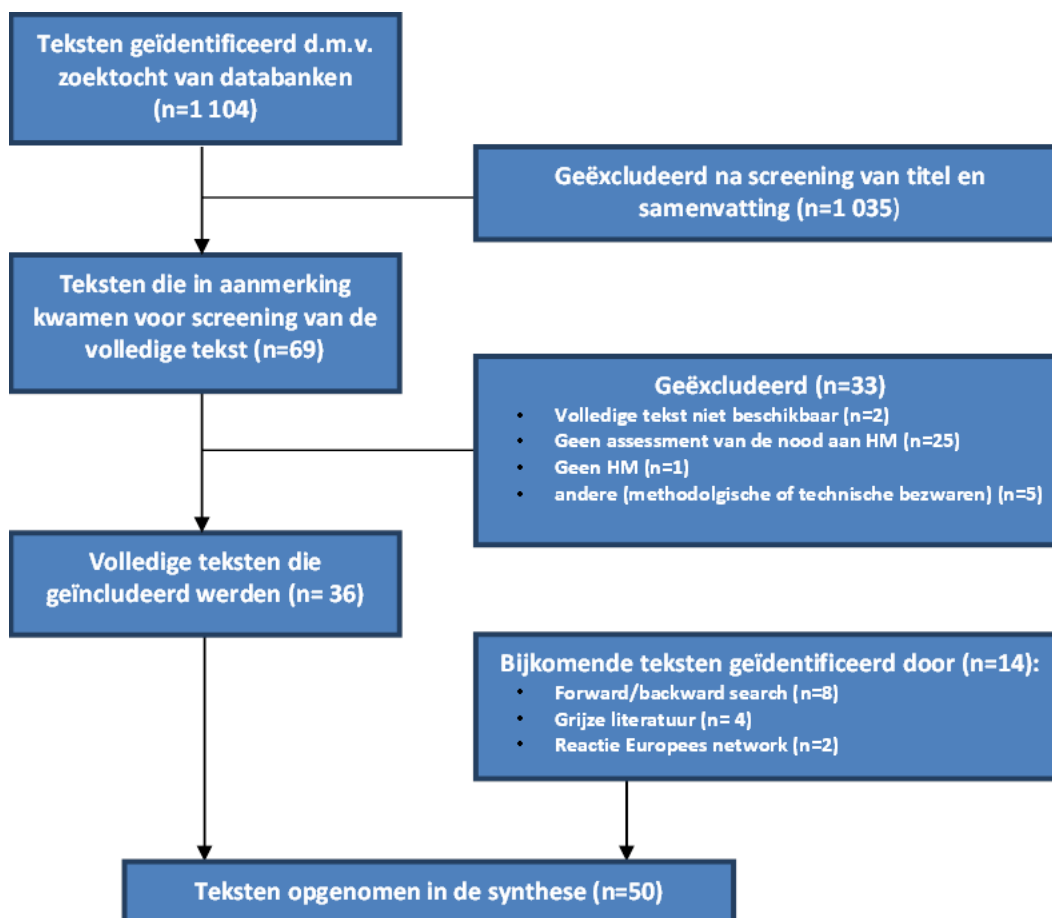
Enkel publicaties die gepubliceerd werden tussen 2004 en 2014 werden in overweging genomen om zo inzicht te bekomen in de meeste recente ontwikkelingen binnen dit domein. Bij de screening van de op deze manier gevonden publicaties werden bovendien de volgende inclusiecriteria gehanteerd: (een deel van) het artikel diende steeds een beoordeling, evaluatie of classificatie (instrument²) te betreffen van de behoefte, nood (of gelijkaardige term) aan één of meerdere hulpmiddelen (geen beperking naar type) van personen met langdurige fysieke, mentale, verstandelijke of zintuiglijke beperkingen.

Kwamen echter niet in aanmerking: artikelen die betrekking hadden op de selectie van, afstemming (match) met of ontwerp van één zeer specifiek hulpmiddel. Ook artikelen aangaande het gebruik, de

² Het artikel kon ook een specifiek instrument omvatten dat een de criteria voldeed, ook al gold dit niet voor de studie op zich

aanvaarding of tevredenheid met betrekking tot een (specifiek) hulpmiddel werden geëxcludeerd, als ook artikelen die handelden over de beoordeling van de uitkomsten na implementatie van het hulpmiddel. Op deze manier werden 1 104 artikelen geïdentificeerd waarvan er uiteindelijk 36 in de synthese werden opgenomen, aangevuld met 14 artikelen bekomen via forward-backward search, vanuit de zoektocht in de grijze literatuur en vanuit contactname met de Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board of the European Union of Medical Specialists (zie verder). De initiële publicaties werden eerst gescreend op titel en abstract; de weerhouden publicaties werden dan gescreend op basis van de volledige tekst. We vonden een zeer goede betrouwbaarheid voor het selecteren van publicaties, zowel tussen (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid = 88%) als binnen beoordelaars (intrabeoordelaarsovereenstemming = 98%).

Figuur 1 geeft schematisch het verloop van dit proces weer. Deze figuur verwijst naar de volledige literatuurstudie, dus ook de zoektocht doorheen de grijze literatuur. Het zoekproces binnen deze grijze literatuur wordt in de volgende paragraaf uit de doeken gedaan.



Figuur 1 Schematische weergave van de literatuurstudie

Vervolgens werden de 50 weerhouden artikelen gecodeerd op aspecten van de studie, de doelgroep, de hulpmiddelen, en de beoordeling (“assessment”) in het algemeen. Van de 50 teksten die werden weerhouden, waren er 34 tijdschriftartikelen, zeven conferentiepapers, en negen betroffen nog een andere vorm van tekst (boek, rapport, nieuwsbrief, en online publicatie). De meeste studies situeerden zich binnen Europa, namelijk 16. Veertien studies waren van de V.S. afkomstig (al dan niet samen met auteurs uit een andere regio) en twee uit Canada. Twee studies waren ten slotte afkomstig uit Azië. In 16 studies werd de regio niet vermeld.

De doelgroep die in de studies onder de loep werd genomen was in eerste instantie vaak de personen met een handicap, namelijk bij 26 studies. Twee studies focusten zich specifiek op kinderen/ jongeren met een handicap. Vijf studies hadden betrekking op personen met een chronische ziekte en vijf studies op ouderen. Negen studies refereerden naar 'alle hulpmiddeengebruikers' of naar 'andere gebruikers' en één studie had zowel personen met een handicap als ouderen als studie-onderwerp. Bij twee studies werd de doelgroep niet expliciet vermeld.

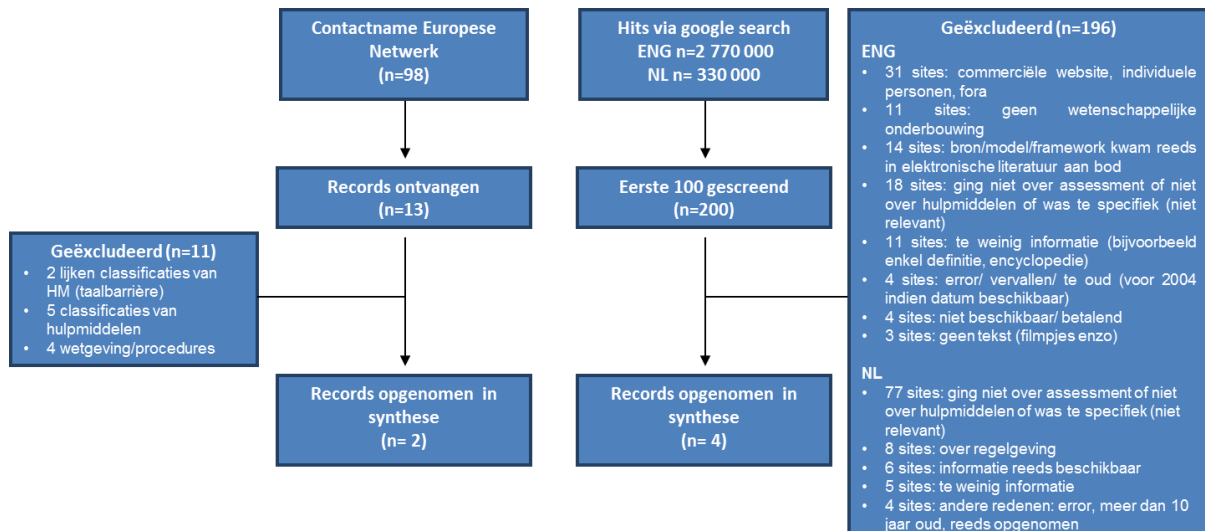
Soms, maar zeker niet altijd, werd in de studie vermeld op welk soort hulpmiddelen deze betrekking had. Drie studies hadden specifiek betrekking op communicatiemiddelen, vier op mobiliteitshulpmiddelen, vier op (kleine) woningaanpassingen. Vijftien studies handelden over hulpmiddelen in het algemeen en bij 19 studies werd het specifiek soort hulpmiddel niet expliciet vermeld.

1.2 Zoektocht doorheen de grijze literatuur

Naast een zoektocht door de wetenschappelijke literatuur, werd ook de grijze literatuur geconsulteerd. Deze zoektocht gebeurde enerzijds via google search met dezelfde zoektermen als deze gehanteerd voor de zoektocht binnen de wetenschappelijke literatuur, maar dan zowel in het Engels als het Nederlands. Hierbij werd als extra criterium gehanteerd dat de opgeleverde resultaten minstens enige wetenschappelijke of officiële onderbouwing dienden te hebben, zonder noodzakelijk gepubliceerd te zijn. Het kan dan gaan over websites van officiële of wetenschappelijke instanties of over websites die naar dergelijke officiële of wetenschappelijke instanties verwijzen. Hiermee worden blogs, opiniestukken, persoonlijke websites en dergelijke geëlimineerd in zoverre dat ze niet geschreven werden door een betrouwbare bron. Zoals weergegeven in Figuur 2 leverde de zoektermen aanvankelijk ongeveer 2 770 000 hits op voor de Engelstalige termen en 330 000 voor de Nederlandstalige termen. Om de screening relevant en praktisch te houden, werden voor beiden de eerste 100 hits gescreend, wat dus leidde tot 200 gescreende hits. Na screening werden er vier zoekresultaten weerhouden, waarbij er dus 196 documenten uitgesloten werden. Wat betreft de Nederlandse literatuur was de voornaamste reden hiertoe dat de opgeleverde resultaten vaak niet relevant waren ($n=77$) omdat het niet over een beoordeling ging, of niet over hulpmiddelen of omdat het resultaat te specifiek was. Binnen de Engelstalige zoektocht stootten we vooral op commerciële websites of sites van individuele personen die als dusdanig weinig informatief waren omdat ze geen betrekking hadden op modellen, richtlijnen of instrumenten. Ook was er vaak geen wetenschappelijke onderbouwing van de websites. Verder werden ook websites die verwezen naar modellen, richtlijnen of instrumenten die reeds aan de hand van de zoektocht in de wetenschappelijke literatuur weerhouden werden, niet verder in overweging genomen.

Naast deze zoektocht via google search, werd er ook een e-mail gestuurd naar de Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board of the European Union of Medical Specialists met de vraag naar informatie betreffende de indicatiestelling voor hulpmiddelen in hun land. Deze e-mail werd gestuurd naar 98 personen, waarvan er uiteindelijk 13 antwoordden. Van deze 13 responsen hadden er vijf betrekking op classificaties, bij twee reacties leek dit ook het geval al kon dit niet ondubbelzinnig vastgesteld worden aangezien de documenten in de landstaal van de respondent waren opgesteld. Vier antwoorden hadden betrekking op wetgeving en procedures, met slechts beperkte bijkomende informatie aangaande inhoudelijke aspecten van de hulpmiddelenadvisering.

Uit de zoektocht in de grijze literatuur zowel als de zoektocht via e-mailing naar de European Society of Physical and Rehabilitation Medicine werden dus in totaal zes records opgenomen in de literatuurstudie.



Figuur 2 Schematische weergave van de literatuurzoektocht binnen de grijze literatuur

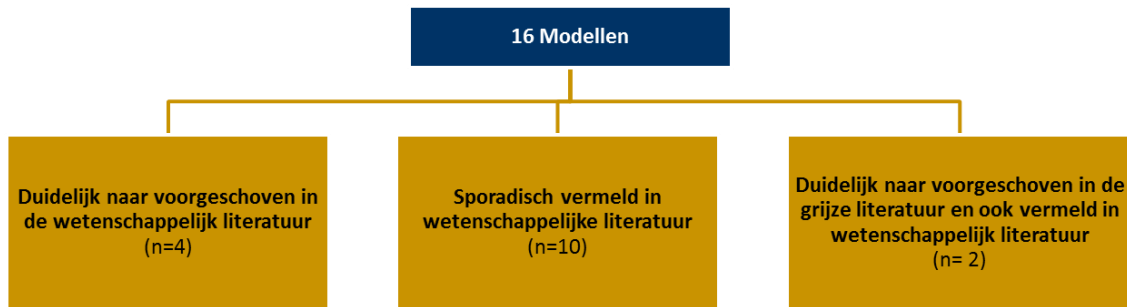
2 Resultaten

In deze sectie worden de resultaten van de literatuurzoektocht besproken. Eerst wordt gefocust op algemene modellen omtrent hulpmiddelenadvisering die in de literatuur gevonden werden, vervolgens komen de bestaande richtlijnen en protocollen in België (en dan meer specifiek Vlaanderen) zowel als in andere landen aan bod. Ten slotte wordt ingezoomd op de bestaande instrumenten die gebruikt worden voor de advisering van hulpmiddelen.

2.1 Bestaande modellen voor hulpmiddelenadvisering

In navolging van Brend e.a. (2009) definiëren we een model als “een symbolische representatie van concepten of variabelen en hun onderlinge verbanden”. Deze modellen hebben tot doel om een optimale koppeling tussen het individu, het hulpmiddel en de omgeving te bewerkstelligen. Zowel in de primaire studies als in enkele meta-studies werden verschillende modellen geïdentificeerd die specifiek gericht waren op hulpmiddelenadvisering of geschikt waren om te gebruiken binnen het adviseringsproces. Onderstaand wordt een overzicht gegeven van deze modellen.

In onze literatuurzoektocht troffen we 16 modellen aan, waarvan er vier duidelijk naar voren werden geschoven in de wetenschappelijke literatuur, twee modellen werden in de grijze literatuur naar voren geschoven en ook vermeld in de wetenschappelijke literatuur, en 10 modellen werden sporadisch vermeld in de wetenschappelijke literatuur. In wat volgt worden eerst de modellen uit de wetenschappelijke literatuur besproken. Hierbij worden de vier meest aangehaalde modellen in meer detail besproken, waarna de sporadisch vermelde modellen uit de wetenschappelijke literatuur worden opgelijst. Vervolgens komen de modellen uit de grijze literatuur die ook vermeld worden in de wetenschappelijke literatuur aan bod.



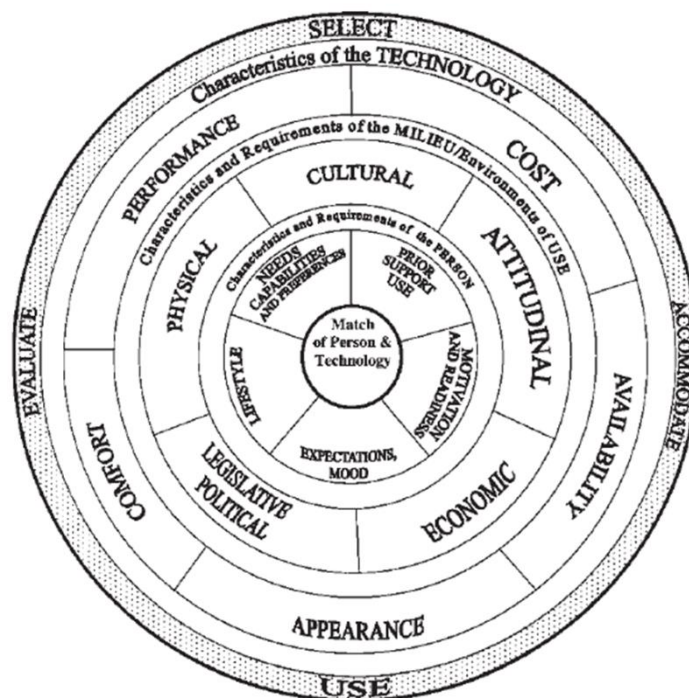
Figuur 3 Onderverdeling van de 13 modellen omtrent hulpmiddelenadvisering uit de literatuurstudie

2.1.1 Modellen uit de wetenschappelijke literatuur

Binnen deze sectie bespreken we eerst de modellen die specifiek betrekking hebben op het hulpmiddelen en vervolgens bespreken we een algemeen kader (ICF) dat niet hulpmiddelen-specifiek is, maar wel binnen deze context gebruikt kan worden. We ronden af met een overzicht enkele modellen die sporadisch in de literatuur vermeld worden.

- Matching Person and Technology Model (MPT; Scherer, 1998)

Het MPT model van Marcia Scherer wordt in de literatuur het vaakst beschreven als specifiek model voor hulpmiddelenadvisering (Scherer & Glueckauf, 2005) en beschikt tevens over een gelijknamige website www.matchingpersonandtechnology.com. MPT is een holistisch, cliëntgericht model met een beoordelingsproces (i.e. 'assessment process') bestaande uit zes stappen. Het onderliggend theoretisch model zet aspecten van het hulpmiddel af tegen aspecten van zowel de omgeving als de persoon, en wordt in de volgende figuur samengevat:



Figuur 4 het Matching Person & Technology Model (overgenomen uit Scherer, 2005)

Het adviseringsproces heeft dan tot doel om het meest geschikte hulpmiddel te selecteren dat aansluit bij de mogelijkheden, behoeften en voorkeur van de cliënt; de specificaties van het hulpmiddel; en de omgeving van de cliënt. Het proces vindt plaats in interactie tussen de professional en de cliënt. Concreet kunnen volgende fasen onderscheiden worden:

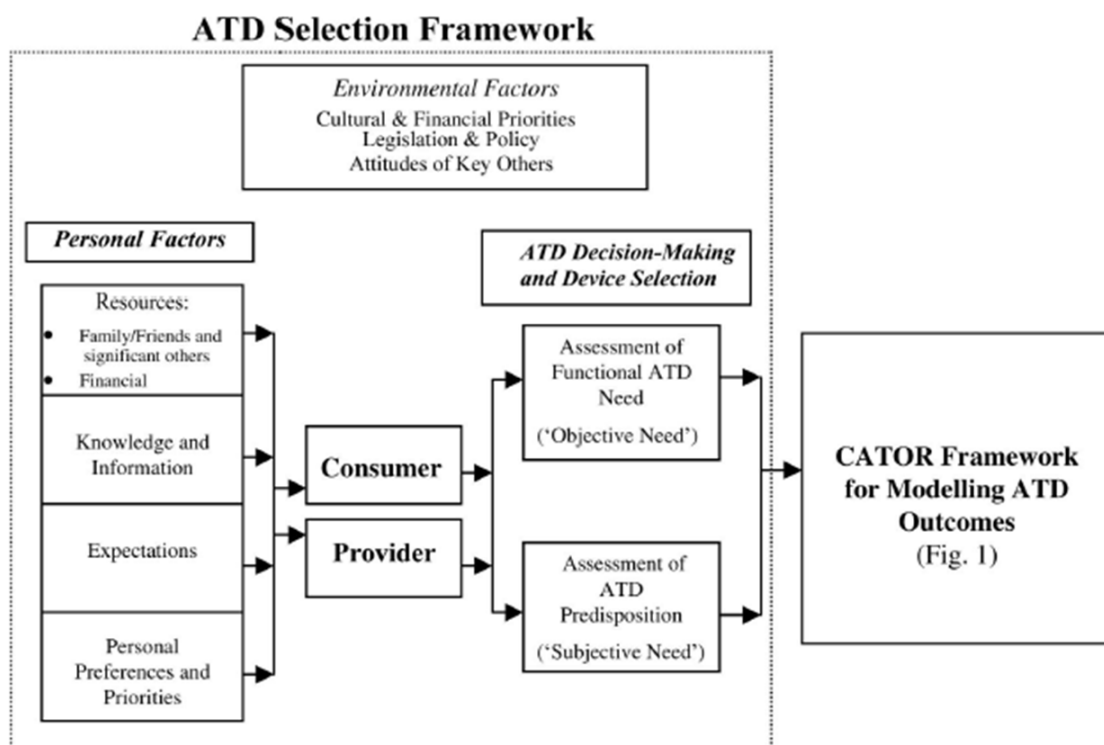
- In stap 1 worden de begindoelen van de professional en de cliënt vastgesteld. Met behulp van het 'Initial Worksheet for the MPT process' worden de mogelijke interventies en hulpmiddelen die het bereiken van deze doelen ondersteunen, vastgelegd.
- Tijdens stap 2 wordt nader in kaart gebracht wat de behoefte aan hulpmiddelen is. Met behulp van het formulier 'History of Support Use' wordt in kaart gebracht welke hulpmiddelen eerder werden gebruikt, hoe tevreden men daarmee was en welke hulpmiddelen de gebruiker nodig heeft of wenst, maar waarover hij nog niet beschikt.
- Tijdens stap 3 wordt de cliënt gevraagd een specifiek instrument in te vullen. Afhankelijk van het soort hulpmiddel en/of de doelgroep kan het gaan om één van de volgende acht instrumenten (zie ook verder):
 - ♦ Algemeen: Survey of Technology Use (SOTU)
 - ♦ Ondersteunend: Assistive Technology Device Predisposition Assessment (ATD PA)
 - ♦ Educatief: Educational Technology Device Predisposition Assessment (ET PA)
 - ♦ Werkplek: Workplace Technology Device Predisposition Assessment (WT PA)
 - ♦ Gezondheidszorg: Health Care Technology Device Predisposition Assessment (HCT PA)
 - ♦ Gehoor: Hearing Technology Device Predisposition Assessment (HT PA)
 - ♦ Cognitieve beperking: Cognitive Support Technology Device Predisposition Assessment (CST PA)
 - ♦ Kinderen en adolescenten: Matching Assistive Technology & Child (MATCH) for Early Intervention; Matching Student and Technology (MST) for children and adolescents in inclusive education.
- Gedurende stap 4 bespreken de professional en de cliënt de factoren die een optimaal gebruik van het hulpmiddel in de weg kunnen staan.
- Tijdens stap 5 wordt in onderling overleg door de professional en de cliënt een specifieke oplossing geïdentificeerd en een behandelingsplan opgesteld.
- Stap 6 omvat een opvolgingsmoment om te na te gaan of bepaalde aanpassingen aan het hulpmiddel wenselijk zijn, alsook of cliënt zijn/haar prioriteiten eventueel gewijzigd zijn.

Het MPT heeft een solide theoretische basis en werd initieel gevalideerd voor de doelgroep personen met een handicap (15 jaar en ouder; Federici, Corradi, Presti & Scherer, 2009). In verschillende onderzoeken, onder meer in de Verenigde Staten, Canada, Australië en Ierland, werden goede psychometrische eigenschappen vastgesteld voor de betreffende instrumenten, en dan vooral de ADT-PA (zie verder, Bernd, Van Der Pijl & De Witte, 2009). In Nederland werkt men tevens aan een Nederlandstalige versie van de MPT: Het 'MPT enriched procurement' instrument. Om tegemoet te komen aan de specifieke noden van jonge kinderen (0 tot 5 jaar) werd er tevens op basis van het MPT model een reeks familie- en kindgerichte instrumenten ontwikkeld voor deze doelgroep, Matching Assistive Technology & Child (MATCH) genaamd. Het MPT-model wordt vaak gelinkt aan het ICF-model (zie verder).

- Het 'Framework for Modeling the Selection of ATD' (Scherer, Jutai, Fuhrer, Demers & Deruyter, 2007)

Het 'Framework for Modeling the Selection of ATD' eveneens ontwikkeld door Maria Scherer is een verdere uitwerking van het 'Framework for Modeling the Outcomes of ATD' van Fuhrer, Jutai, Scherer & De Ruyter (2003). Beide modellen zijn aanvullend en integreren het ICF perspectief. Het 'Framework for Modeling the Selection of ATD' vormt een conceptueel kader bestaande uit alle factoren die het bepalen van de best mogelijke koppeling tussen individu, hulpmiddel en omgeving beïnvloeden. Meer bepaald worden volgende aspecten naar voor geschoven (zie ook Figuur 5):

1. Persoonlijke factoren:
 - ♦ Hulpbronnen: sociaal en financieel
 - ♦ Kennis en informatie
 - ♦ Verwachtingen
 - ♦ Persoonlijke voorkeuren en prioriteiten
2. Omgevingsfactoren:
 - ♦ Culturele en financiële prioriteiten
 - ♦ Wetgeving en beleid
 - ♦ Attitudes van belangrijke anderen
3. Objectieve, functionele nood aan hulpmiddelen
4. Subjectieve nood aan hulpmiddelen/ predisposities



Figuur 5 Het ADT Selection Framework (overgenomen uit Scherer, Jutai, Fuhrer, Demers & Deruyter, 2007)

- Human Activity Assistive Technology Model (HAAT; Cook & Hussey; 2002)

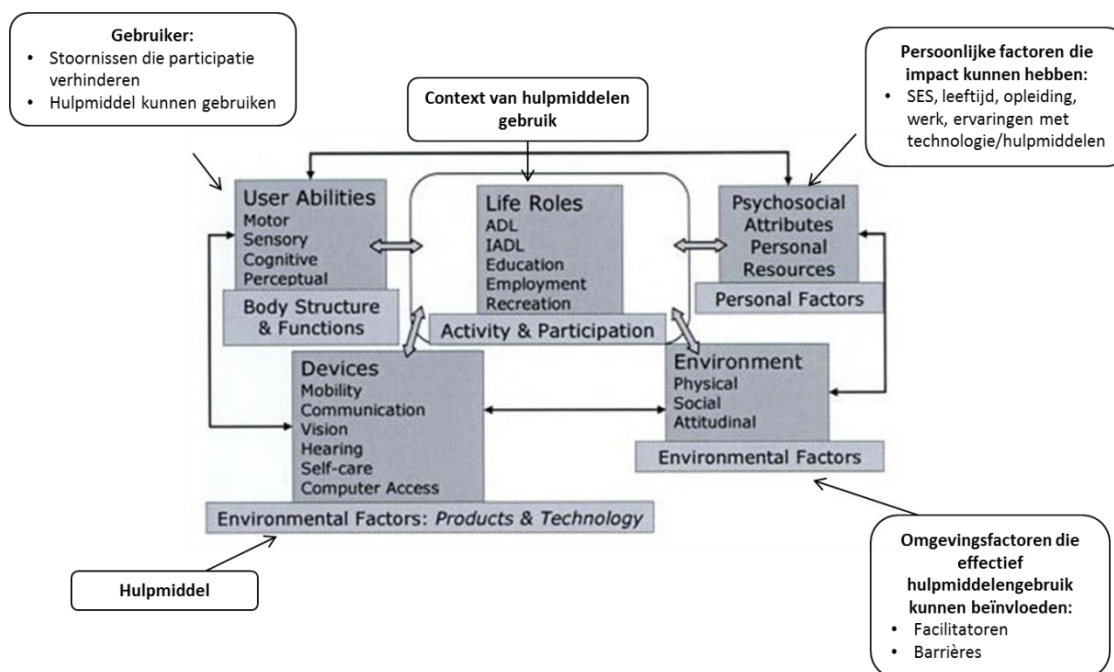
Het HAAT model is een gemodificeerde versie van het 'Model of Human Performance' ontwikkeld door Bailey in 1989. Dit holistische en cliëntgerichte model benadrukt tevens de uniekheid van elk hulpmiddelsysteem wat betreft de cliënt, het hulpmiddel, de doelstelling, en context. Analoog aan het ICF (zie verder) wordt een participatieprobleem beschouwd als het resultaat van barrières in de omgeving, waarbij een hulpmiddel wordt gezien als een externe factor die de participatie aan de samenleving kan bevorderen. Cook en Hussey benadrukken tevens de rol van persoonlijke assistenten, vaak gecombineerd met het gebruik van hulpmiddelen. Elk hulpmiddel, de gebruiker en de persoonlijke assistent kunnen daarbij toegewezen worden aan verschillende functies naargelang de ernst van de handicap en de ondersteuningsnood. Het HAAT model werd niet gevalideerd en omvat geen specifieke instrumenten, maar het belang van het evalueren van de hulpmiddelenadvisering wordt sterk benadrukt.

- ICF (WHO, 2001)

Het ICF is het classificeringssysteem dat door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, World Health Organisation) naar voren wordt geschoven en bekrachtigd werd door alle lidstaten ervan als internationale standaard. De ICF is een begrippenkader waarmee het mogelijk is het functioneren van mensen en de eventuele problemen die mensen tijdens het functioneren ondervinden te beschrijven. Daarnaast wordt ook gekeken naar persoonlijke factoren en omgevingsfactoren die hierop van invloed kunnen zijn. Het ICF-kader is zeer uitgebreid en sterk gedetailleerd uitgewerkt. Voor een gedetailleerde bespreking wordt verwezen naar de website van het WHO:

<http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

Het ICF kader reikt uiteraard verder dan enkel de context van de hulpmiddelenadvisering, maar verschillende auteurs (Arthanat & Lenker, 2008; Elsaesser & Bauer, 2011; Scherer, 1998; Steel, Gelderblom & de Witte, 2010) hebben de concrete toepassing binnen deze context uitgewerkt. Een samenvatting van het ICF model en de specifieke toepassing op de hulpmiddelencontext kan gevonden worden in Figuur 6.



Figuur 6 Het ICF-kader specifiek binnen de hulpmiddelencontext (aangepast overgenomen uit Arthanat & Lenker, 2008, ovalen= specifiek voor hulpmiddelencontext)

Centraal in het model staat het domein van de participatie en de activiteiten als context waarbinnen het hulpmiddel gebruikt zal worden. Deze participatie en activiteiten situeren zich rond de verschillende rollen die men in het dagelijks leven vervult. Het betreft hier niet alleen activiteiten in het kader van een opleiding of tewerkstelling, maar onder meer ook de ADL-activiteiten (o.a. activiteiten van het dagelijks leven zoals wandelen, eten, wassen, aankleden), de IADL-activiteiten (o.a. instrumentele activiteiten van het dagelijks leven zoals autorijden, koken, het gebruik van gsm en computer, winkelen) alsook recreatieve activiteiten. Verschillende aspecten beïnvloeden de participatie en het uitvoeren van deze activiteiten (niet alleen of men deze uitvoert maar ook hoe men deze uitvoert).

In eerste instantie hebben de structuur van het lichaam en de verschillende functies van het lichaam (o.a. motorisch, sensorisch, cognitief) een belangrijke invloed. Wanneer er een stoornis optreedt in deze structuren en functies, dan kan dit tot beperkingen en participatieproblemen leiden die mogelijk kunnen worden aangepakt door middel van een hulpmiddel. De stoornis op zich kan verder ook een invloed uitoefenen op het soort hulpmiddel dat het meest aangewezen, bepaalde stoornissen zullen bijvoorbeeld het gebruik van bepaalde hulpmiddelen verhinderen)

Verder onderscheidt het ICF-kader ook de invloed van de omgeving op het functioneren. In eerste instantie kan men hierbij denken aan de aanwezige producten en technologie die het functioneren kunnen ondersteunen; hieronder vallen de hulpmiddelen. Echter ook andere aspecten van de omgeving kunnen een faciliterende of een bemoeilijkende invloed hebben op de participatie van de persoon met een handicap. Deze facilitatoren en barrières kunnen zich op fysisch of sociaal vlak bevinden, of kunnen betrekking hebben op de attitudes van de personen in de onmiddellijke zowel als de ruimere omgeving.

Ten slotte erkent het ICF ook persoonlijke factoren als mogelijke invloed op het functioneren – en in deze context de hulpmiddelenadvisering. Hierbij dient wel opgemerkt dat, in tegenstelling tot de eerder genoemde aspecten, er geen verdere subclassificering is van deze persoonlijke factoren. Wel worden in het kader van hulpmiddelenadvisering factoren zoals leeftijd, opleiding en eerdere ervaring met hulpmiddelen aangehaald. In de literatuur wordt ook benadrukt dat het beoordelen van een hulpmiddelen-nood doelgericht is, echter het identificeren van persoonlijke doelen en prioriteiten is niet expliciet opgenomen binnen het ICF kader. Deze aspecten zouden onder persoonlijke factoren kunnen geclassificeerd worden.

Zoals eerder aangehaald is het ICF-kader niet specifiek ontwikkeld met het oog op de hulpmiddelenadvisering. Dit heeft bijvoorbeeld als gevolg dat er weinig detail is opgenomen rond hulpmiddelen en hulpmiddelentypes en dat er langs de andere kant redelijk wat componenten niet relevant zijn voor de advisering van specifieke hulpmiddelen. Het is bovendien een kader en geen beoordelingsinstrument (assessment) en als dusdanig komt het niet direct tegemoet aan de gebruikersnoden. Maar het positieve is dan weer dat het een heel bruikbaar en holistisch kader is. Het omvat globaal genomen alle aspecten die belangrijk kunnen zijn bij een hulpmiddelenadvisering. Persoonlijke factoren zijn bijvoorbeeld ook opgenomen, terwijl deze in andere kaders of in de praktijk niet altijd aandacht krijgen. Nadeel is dan wel weer dat de persoonlijke factoren niet verder zijn uitgewerkt en er dus weinig handvaten op dat vlak geboden worden. Verder biedt het ICF een gemeenschappelijke taal die de communicatie tussen verschillende professionele groepen faciliteert en die ruim toepasbaar is. De componenten en codes kunnen bijvoorbeeld ook gebruikt worden om kenmerken van (groepen van) cliënten te beschrijven.

Binnen de literatuur is er verder een trend om voor specifieke beperkingen zogenaamde “core sets” te ontwikkelen (Stucki, Cieza, Ewert et. al., 2003; zie bijvoorbeeld, Laxe, Zasler, Selb, Tate, Tormos & Bernabeu, 2013; <http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects-sp-1641024398>). Deze core

sets zijn eigenlijk lijsten van subcategorieën binnen het ICF-kader die relevant zijn voor een bepaalde handicap. Op die manier wordt getracht het zeer uitgebreide ICF-kader hanteerbaar te maken in de praktijk.

- Andere modellen sporadisch vermeld in de literatuur

In de weerhouden artikelen kwamen ook tien andere modellen aan bod die echter enkel eerder sporadisch vermeld werden. Voor de volledigheid worden deze hieronder opgelijst, zonder echter meer in detail te treden:

- Human Factor model (King, 1999)
- FEAT (Rashkind & Bryant, 2002)
- IMPACT2 (Smith, 2005)
- Technology Team Assessment Process (TTAP; Hutinger, 1998)
- The Consortium Model (Long, 2003)
- The Barnsley Provision Network (Hawley, 2002)
- Model for AT assessment focusing on children with mental or developmental disabilities (Parette & Brotherson, 1996)
- Gitlin's "Career" model (1998)
- Social Cognition Models (Carter, 1990; Roelands, Van Oost, Depoorter & Buysse, 2002; Smith, 2002)
- Rogers' perceived attributes theory (1995)

2.1.2 Modellen uit de grijze literatuur

Veel van de modellen die uit de zoektocht binnen de grijze literatuur naar voren kwamen, komen uit de VS en kunnen gekaderd worden binnen het verplicht Individualized Education Program (IEP) opgelegd door de Individuals with Disabilities Education Act Amendments (1997). Hierdoor worden de IEP-teams verplicht om hulpmiddelen te overwegen voor en advies te geven rond hulpmiddelen aan alle kinderen die dienstverlening ontvangen in het kader van het bijzonder onderwijs. Dit leidde tot de ontwikkeling van verscheidene modellen om deze taak te begeleiden.

- SETT-framework (Zabala, 2000)

Een model dat zeer vaak vermeld wordt in de grijze literatuur is het SETT-framework (Zabala, 2000, zie ook www.closingthegap.com en www.joyzabala.com). Het werd ontwikkeld binnen de onderwijswereld en dient als kader eerder dan als strikt protocol, hoewel er ook handleidingen en formulieren beschikbaar zijn om het indicatieproces te faciliteren waarbij bijvoorbeeld ondersteunende vragen zijn opgenomen.

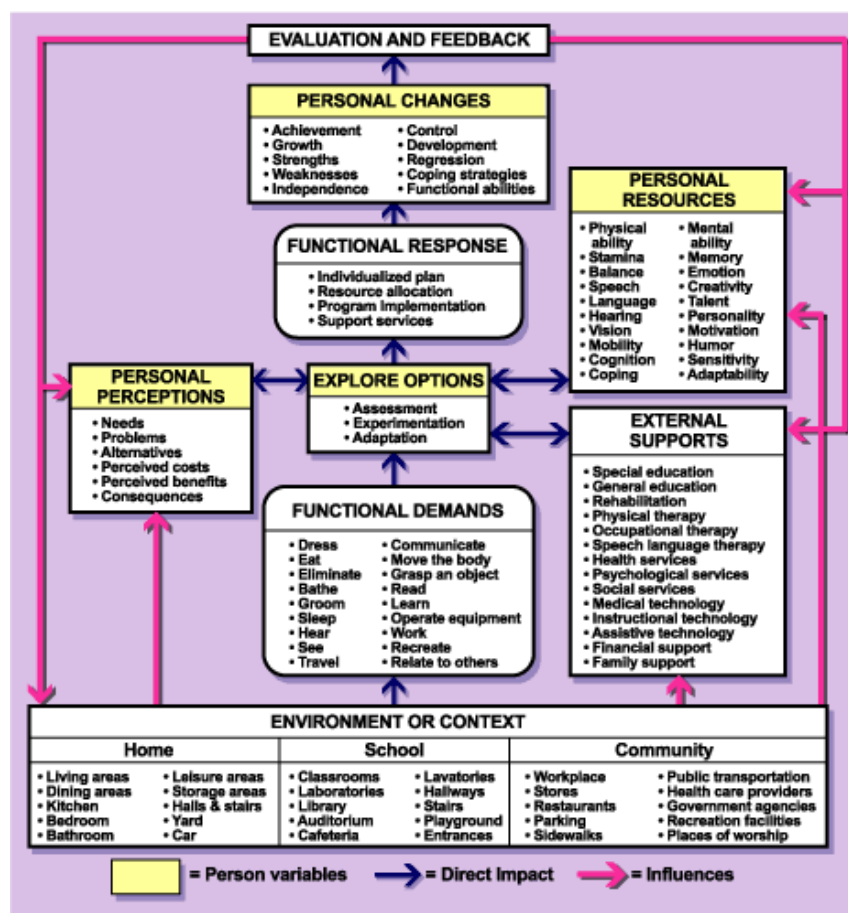
SETT staat voor Student- Environment- Tasks- and- Tools waarbij een goede hulpmiddelenadvisering aspecten van elke van deze vier gebieden in overweging dient te nemen:

- **Leerling:** vaardigheden en noden worden in kaart gebracht
- **Omgeving:** fysieke omgeving maar ook de lesomgeving
- **Taken:** taken die student moet uitvoeren en mogelijkheid tot aanpassingen in deze activiteiten
- **Instrumenten:** hulpmiddelen en diensten die participatie kunnen bevorderen

Een beperking van deze en andere modellen en kaders ontworpen in de VS voor de beoordeling binnen de educatieve sector is echter dat de wetenschappelijke onderbouwing beperkt is (Watts, O'Brian & Wojcik, 2004).

- Human Function Model / Unifying Functional Model / UKAT Toolkit (Blackhurst, 2001)

Eén van de eerste educatieve modellen voor de advisering van hulpmiddelen werd ontworpen door Melichar en Blackhurst (1993) en over de jaren verder uitgewerkt door onderzoekers en medewerkers van de Universiteit van Kentucky. Het model vertrekt vanuit een functionele dynamische visie op de mens, waarbij de nadruk ligt op een belemmerde participatie, en niet op de handicap. Verder wijst het model op de veranderbaarheid in de tijd en op de onderlinge samenhang tussen verschillende aspecten zoals wordt weergegeven in Figuur 7. Zoals men kan zien betreft het een redelijk omvattend model waarbij zowel medische, als omgevings-, als meer persoonlijke aspecten aan bod komen.



Figuur 7 Het Human Function-kader (overgenomen van <http://natri.uky.edu/resources/fundamentals/function.html>)

Op basis van dit model werden verder instrumenten ontwikkeld om de nood aan hulpmiddelen in kaart te brengen. Eén ervan is de UKAT-toolkit ontwikkeld door Lahm & Case (2003) en ander is de 'Assistive Technology Planner' (NATRI, 2006). De UKAT toolkit is ontwikkeld om professionelen te ondersteunen bij het doorlopen van het hulpmiddelenadviseringsproces. In deze toolkit worden de volgende fases onderscheiden:

- Overleg
- Pre-assessment
- Assessment: dataverzameling
- Assessment: opstellen rapport
- Uitproberen
- Implementatie
- Monitoring en evaluatie

Hoewel deze instrumenten zeer gedetailleerd uitgewerkt zijn door de universiteit van Kentucky, en er op hun website gerefereerd wordt naar het onderzoek dat er over gedaan werd, hebben we geen verdere informatie omtrent de validatie van deze instrumenten kunnen vinden.

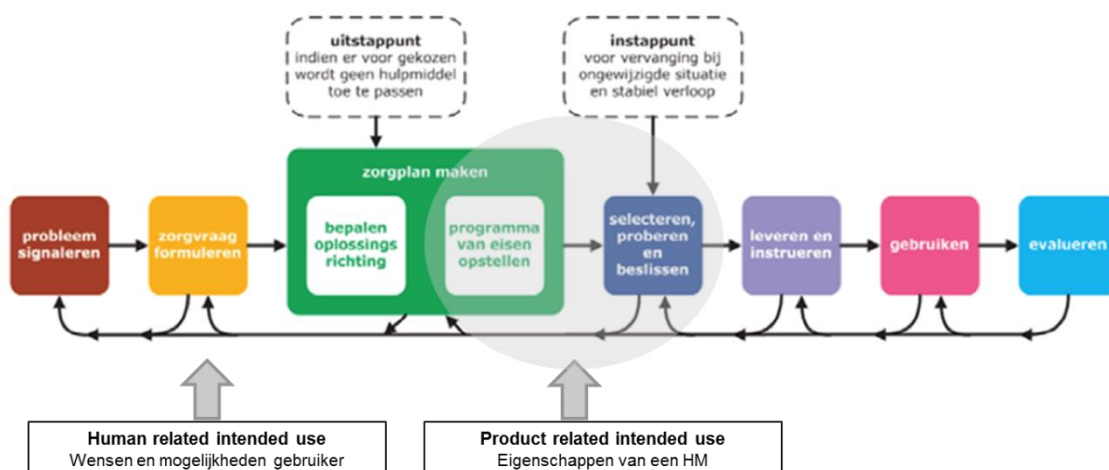
2.1 Bestaande richtlijnen voor hulpmiddelenadvisering

Naast de conceptuele modellen die tot doel hebben een optimale koppeling tussen het individu, het hulpmiddel en de omgeving te bewerkstelligen, vonden we ook diverse richtlijnen die ontwikkeld werden om de hulpmiddelenvertrekking te optimaliseren. Dergelijke richtlijnen worden vaak initieel ontwikkeld om het hulpmiddelenbeleid binnen een bepaald land te onderbouwen.

2.1.1 Nederland

- Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg (CG-Raad, 2010)

Vanuit de raad voor Chronisch zieken en Gehandicapten van Nederland (CG-Raad) werd een Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg ontworpen. Het doel van deze basisrichtlijn was om een raamwerk te ontwikkelen dat later voor specifieke doelgroepen of hulpmiddeleencategorieën kan worden ingevuld en dat te gebruiken is voor alle soorten hulpmiddelen ongeacht de wijze van financiering. Hierbij wil men het hulpmiddelenverstrekingsproces meer transparant maken en de match tussen enerzijds de persoon met zijn wensen en mogelijkheden en anderzijds het hulpmiddel met bepaalde karakteristieken optimaliseren.



Figuur 8 Hulpmiddelenadviseringsproces volgens de Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg (aangepast overgenomen uit CG-Raad, 2010)

In Figuur 8 wordt het adviseringsproces schematisch weergegeven. Nadat het probleem of de nood gesignaliseerd wordt, wordt er een zorgvraag geformuleerd, waarbij de wensen en mogelijkheden van de

gebruiker in kaart worden gebracht. Hierbij wordt de medische diagnose vastgesteld, wordt er een functionaliteitsdiagnose opgesteld in termen van het ICF (lichaamsfuncties, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie en externe factoren), worden de wensen en verwachtingen van de cliënt in kaart gebracht en wordt er een prognose bepaald. Vervolgens wordt de oplossingsrichting gekozen, waarbij het resultaat een uitstap kan zijn indien er wordt geopteerd om geen hulpmiddel toe te passen. Wanneer wordt ingeschat dat een hulpmiddel noodzakelijk is, wordt een programma van eisen opgesteld waaraan het hulpmiddel dient te voldoen. Hierbij wordt het beoogd functioneren vertaald naar specifieke doelstellingen.

Eénmaal deze doelstellingen werden vastgelegd, kan nagegaan worden welk soort hulpmiddelen voldoen aan de doelstellingen en aansluiten bij het beoogd functioneren. Op deze manier worden één of meerdere hulpmiddelen geselecteerd, uitgetoetst en beslist men van een bepaald hulpmiddel te adviseren. Vervolgens wordt het hulpmiddel geleverd, en wordt de betrokkene geïnstrueerd in het gebruik van het hulpmiddel. Na een gebruiksfase volgt dan ten slotte een evaluatiefase. Wanneer deze evaluatie nieuwe problemen aan het licht brengt, kan de hele cyclus hervat worden. Sowieso wordt de mogelijkheid opgehouden van op elk moment naar een vorige fase terug te grijpen indien dit nodig zou blijken. Binnen de basisrichtlijn wordt het belang van uitproberen benadrukt, aangezien vele factoren (subjectief zowel als objectief) de kwaliteit van de match bepalen.

De basisrichtlijn is eigenlijk maar de eerste stap in een driefasig ontwikkelingsproces. In een tweede fase zou dan software ontwikkeld worden alsook voorbeeldrichtlijnen, waarna tijdens fase drie op grotere schaal door het veld richtlijnen ontwikkeld worden voor specifieke problemen c.q. hulpmiddelen. Zo werd bijvoorbeeld ProFIL reeds ontwikkeld, een protocol voor functiegerichte indicatiestelling met betrekking tot loopproblematieken, welke gericht is op de advisering van een loophulpmiddel. Ondertussen werden ook al protocollen voor mensen met hoorproblemen, een stoma, een prothese of cystic fibrose (met name vernevelaars) ontwikkeld.

- Andere richtlijnen

In Nederland zijn er nog andere richtlijnen en protocollen voor de verstrekking van hulpmiddelen ontwikkeld (TNO, 2033; NVE, 1999; NVE, 2001). Het betreft hier vooral documenten bedoeld als handlingskader voor de professional, met relatief weinig expliciete aandacht voor de activiteiten en de beslissingen van de cliënt in het proces van indicering van en keuze voor hulpmiddelen. Gezien dat deze richtlijnen meer dan tien jaar geleden werden opgesteld, en gezien hun specificiteit, worden deze hier niet besproken.

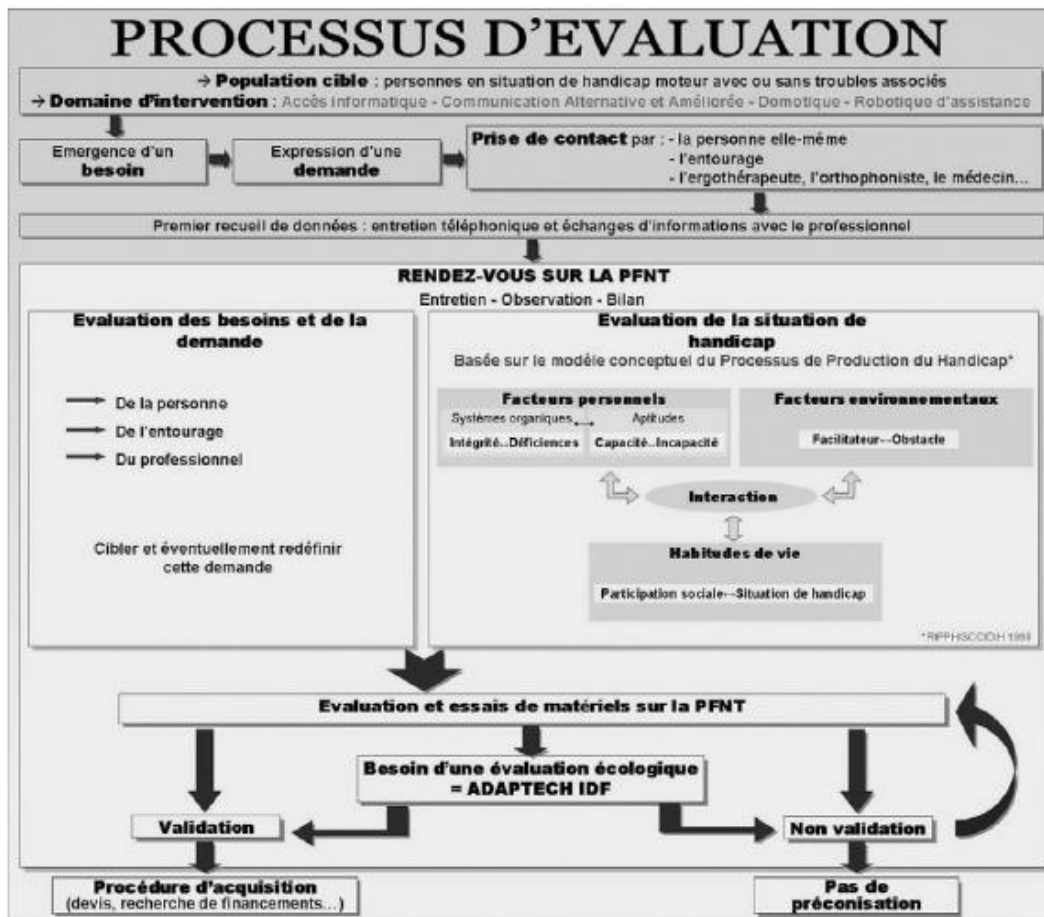
2.1.2 Frankrijk

- Le processus d'évaluation et de préconisation des ATNT (la plate-forme nouvelles technologies de l'hôpital Raymond-Poincaré, 2009)

La plate-forme nouvelles technologies (PFTN) de l'hôpital Raymond-Poincaré ontwikkelde een proces voor de evaluatie en aanbeveling van hulpmiddelen gebaseerd op nieuwe technologieën. In het proces worden verschillende fases onderscheiden, zoals ook duidelijk wordt in Figuur 9.

In de eerste fase worden de noden en eisen van de persoon met een handicap in kaart gebracht, zowel als deze van zijn omgeving. In een volgende fase wordt dan de situatie van de handicap verder in kaart gebracht. Men kijkt naar persoonlijke factoren, omgevingsfactoren, en gewoontes van de persoon. Deze

informatie zal het vertrekpunt vormen van het geïndividualiseerd interventieplan dat bestaat uit de doelen die men wil bereiken en de middelen om er te geraken. Tijdens de derde fase test de persoon dan het geselecteerde hulpmiddel uit. Ten slotte installeert men dan het hulpmiddel bij de persoon thuis en begeleidt men hem of haar in het leren omgaan met dit hulpmiddel.



Figuur 9 Le processus d'évaluation et de préconisation des ATNT (overgenomen uit Pouplin & Bou-teille, 2009)

2.1.3 Duitsland (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2010)

De Duitse Vereniging voor Rehabilitatie stelde een groot aantal aanbevelingen op voor de optimalisatie van het toekennen van hulpmiddelen. Hierbij richt men zich ook op het ICF als conceptueel kader. In de richtlijnen wordt veel aandacht besteed aan de individualisering van het hulpmiddelenadvies zowel als de verdere professionalisering ervan. Ten tijden van het opstellen van de richtlijnen was deze adviesverstreking namelijk vaak uitsluitend in de handen van de verstrekkers. Hierbij ijvert men ook voor de kadering van het hulpmiddelenadvies in een breder therapieplan, waarbij nazorg ook benadrukt wordt. De adviesverlening dient volgens de Duitse Vereniging voor Rehabilitatie verder te voorzien in een herevaluering van de noden op vaste momenten. Naast nog vele andere aanbevelingen, verwijst men ten slotte naar de nood aan het ontwikkelen van specifieke richtlijnen voor kinderen en ouderen en naar de verdere uitbreiding van de REHADAT-databank voor hulpmiddelen naar een niet-werkgerelateerde context.

2.1.4 Italië

De Italiaanse contactpersoon (Dr. Andrich van de Don Gnocchi Foundation) via de Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board of the European Union of Medical Specialists gaf aan dat er niet echt een algemeen aanvaarde methode voor de inschatting van de nood aan hulpmiddelen bestond in Italië. Hij publiceert zelf wel rond het thema (Andrich, 2011a; Andrich, 2011b) en is ook verbonden aan de Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe (AAATE, zie ook verder).

In zijn papers vertrekt Andrich van het onderscheid dat gemaakt wordt in onder andere Cook & Hussey (2007), namelijk het onderscheid tussen:

- *Comparison allocation*: Gebruik van hulpmiddelen zodat een performantie zoals personen zonder handicap mogelijk wordt
- *Leftover allocation*: Zoveel mogelijk leren om zaken vanuit intrinsieke mogelijkheden uit te voeren en dan pas hulpmiddelen inschakelen
- *Economic allocation*: Hulpmiddelen worden ingeschakeld zodat een taak zo efficiënt mogelijk wordt uitgevoerd
- *Flexible allocation*: Patiënt kiest zelf uit bovenstaande opties

Hierbij benadrukt hij het belang van het inschakelen van een hulpmiddel aan het begin van de revalidatie, of men komt automatisch bij een leftover allocatie uit. Verder legt hij ook de nadruk op de empowerment van de cliënten. In de toewijzing van een hulpmiddel identificeert hij de volgende stappen:

1. Initiële beoordeling
2. Observatie van thuissituatie en de huidige manier van taakuitvoering
3. Eerste gesprek met cliënt en omgeving
4. Definiëren van individueel programma
5. Beoordeling van de ondersteuningsnood en keuze van hulpmiddel tijdens therapie
6. Uitvoeren van vooropgestelde taken
7. Tussentijdse beoordeling en eventueel bijsturen van behandeling
8. Tussentijds gesprek met cliënt en andere stakeholders
9. Uitvoeren van hernieuwde taken
10. Beoordeling en advies over specifieke hulpmiddel voor thuis
11. Finale beoordeling
12. Uiteindelijk gesprek met cliënt en alle stakeholders
13. Leveren en aanpassen HM
14. Technische check-up en aanpassen omgeving
15. Klinische follow-up na 6 maanden

Verder stelt Andrich ook een beoordelingsprotocol voor waarbij zowel gekeken wordt naar klinische en functionele aspecten, als naar sociologische en educatie aspecten als naar de invloed van de omgeving (zie figuur 10).

Assessment Protocol – Method
<p>Each consultation consists of a meeting with one or more professionals specializing in the specific subject. Depending on the agreements taken when scheduling the appointment, the client may come alone or accompanied by other persons involved in the client's problem, such as family members or community health care professionals. Tentatively, the consultation is composed of the following phases:</p> <ul style="list-style-type: none">• Introductory talk (overall analysis of the client's request);• Clinical-functional assessment (analysis of motor / sensory / cognitive abilities);• Socio-educational assessment (whenever the problem refers to school / educational context);• Environmental assessment (analysis of the client's living context);• Hands-on trials with AT devices available in the AT exhibition;• Possible individual adjustment of AT devices for the practical trials;• Search for appropriate solutions available on the market;• Identification of the appropriate recommendations (through team discussion whenever needed);• Final discussion with the client, where the recommendations are communicated and explained, and strategies are suggested for effective implementation;• Compilation of the written report to be given to the client;• If required, preparatory paperwork for medical prescription of devices eligible for NHS provision.

Figuur 10 Assessment Protocol (overgenomen uit Andrich, 2011b)

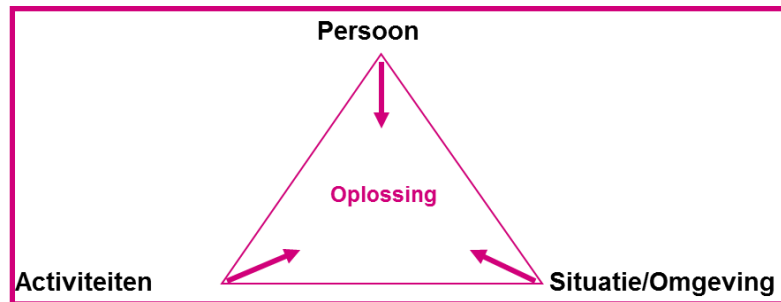
2.1.5 Australië

In 2011 ontwikkelde EnableNSW and Lifetime Care & Support Authority (2011), verbonden aan de overheid van New South Wales, richtlijnen voor het voorschrijven van rolstoelen en scooters bij personen met een traumatische hersenbeschadiging of een ruggenmergbeschadiging. Hierbij baseerden ze zich eveneens op het ICF-kader. Men leunde tevens op een uitgebreide literatuurstudie betreffende welke aspecten van het ICF-kader empirisch gelinkt kunnen worden aan het gebruik van het geadviseerde hulpmiddel. Zo vonden zij in de literatuur terug dat de verwachtingen van de sociale omgeving een rol spelen bij het al dan niet gebruik van een hulpmiddel. Het eindresultaat omvat heel uitgebreide en goed gedocumenteerde richtlijnen voor het voorschrijven van rolstoelen en scooters bij de specifieke doelgroep van personen met een traumatische hersenbeschadiging of een ruggenmergbeschadiging. Hierbij werd ook een "Wheelchair Comfort Tool" ontwikkeld, waarbij het comfort bij het zitten in een rolstoel in kaart wordt gebracht. Verder werden eveneens controlelijsten (check lists) opgesteld per als relevant geïdentificeerd domein waarbij te nemen stappen worden geïdentificeerd zowel als belangrijke factoren die men tijdens het beoordelingsproces in overweging dient te nemen.

2.1.6 België

- Methode voor persoonlijke adviesverlening (KOC)

Binnen de Vlaamse context beschreef het Kenniscentrum Hulpmiddelen (KOC) een methode voor persoonlijke adviesverlening. Binnen deze methode worden drie domeinen geïdentificeerd die geanalyseerd dienen te worden alvorens men tot een adviesverlening kan komen: de persoon, de activiteiten en de situatie/ omgeving.



Figuur 11 Domeinen bij persoonlijke adviesverlening (overgenomen uit KOC,2014)

De probleemanalyse zelf bestaat dan uit drie stappen namelijk 1) het vormen van een globaal beeld (persoonsgegevens, medische gegevens, functionele gegevens, sociale gegevens, werk en schoolsituatie, hulpverleningsgegevens en aanwezigheid van andere hulpmiddelen), 2) het inventariseren van alle activiteiten om de probleemactiviteiten te selecteren en ten slotte 3) voor elke probleemactiviteit apart de activiteit analyseren in de reële omstandigheden, zowel als de persoon en de situatie/omgeving (locatie, omgevingsfactoren, sociale context en tijdsfactoren). Het huisbezoek neemt een belangrijke plaats in tijdens dit analyseproces. Op die manier komt men tot een eisenlijstje waaraan het hulpmiddel zal moeten voldoen.

Vervolgens gaat de adviesverlener op zoek naar oplossingen waarbij ook het veranderen van het gedrag of het invoeren van bepaalde handigheidjes een oplossing kunnen bieden. Indien een hulpmiddel is aangewezen, wordt eerst het soort hulpmiddel of aanpassing (bijvoorbeeld een woningaanpassing, een communicatiehulpmiddel) gekozen en vervolgens het type hulpmiddel/aanpassing (een concreet hulpmiddel van een bepaald merk). Hiertoe worden de alternatieven afgewogen aan het eisenlijstje en de meest adequate oplossing met de beste prijs-kwaliteitsverhouding wordt dan gekozen. Hierbij dient men in het oog te houden dat de oplossing de persoon in staat dient te stellen van de activiteit uit te voeren in de gewenste omgeving (functionele en technische eisen) en dat de persoon de oplossing kan financieren (financiële eisen). Ook dient men aandacht te hebben voor het feit of de betrokkene de oplossing al dan niet aanvaardt. Bij twijfel over de adequaatheid van het hulpmiddel of bij twijfel tussen verschillende alternatieven, dient men het hulpmiddel uit te testen.

- Adviesverlening rond mobiliteitshulpmiddelen (RIZIV)

Binnen de Federale context heeft men een procedure, gelinkt aan bepaalde formulieren, uitgewerkt om de advisering van mobiliteitshulpmiddelen te ondersteunen (formulieren bijlage 19, 19 bis, 19 ter, bijlage 20). Het doel is hier van te kijken naar de persoon met zijn/haar functiebeperkingen en de weerslag ervan op de activiteiten en participatie van een persoon, waarbij tevens ook de omgevingsfactoren mee in kaart gebracht worden. Hierbij baseerde men zich op het ICF kader, niet alleen bij het conceptualiseren van een denkkader maar ook bij de concrete toepassing ervan, door criteria op te nemen in de regelgeving en in de aanvraagdocumenten.

Het indiceringsinstrument bevat items die verwijzen naar bijvoorbeeld de volgende ICF-categorieën: zich binnenshuis verplaatsen (ICF d4500, 4600), zich buitenshuis verplaatsen (ICF d4501, d4602), handhaven staande houding (ICF d4154), gebruiken van hand en arm in de rolstoel (kracht, coördinatie, uithouding, ICF d410, d440,d445,d465). Naast deze en andere elementen worden ook het gebruiksdoel van het hulpmiddel en de relevante omgevingsfactoren (bv. woonomgeving) opgevraagd. Bijlage 19bis heeft verder onder andere nog meer expliciet aandacht voor de categorieën van activiteiten en participatie.

Het huidige systeem van advisering van mobiliteitshulpmiddelen is reeds in voege sinds 2005. De verschillende betrokkenen hebben er dus reeds geruime tijd ervaring mee .

2.1.7 AAATE position paper

De Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe bracht in 2012 een paper uit met als titel: 'Service Delivery Systems for Assistive Technology in Europe'. Het doel van de paper was om te komen tot geschikte dienstverleningssystemen voor hulpmiddelen en het betrof een update van de aanbevelingen uit 1995. De aanbevelingen die gegeven worden hebben dan ook betrekking op het gehele systeem, waarvan de inschatting van de nood aan hulpmiddelen slechts een beperkt, maar essentieel deel van uitmaakt. Hieronder lijsten we even de meest relevante aanbevelingen op:

- Oprichten van expertisecentra.
- Belang van specifieke opleiding in hulpmiddelenadvies en het betrekken van gebruikers hierbij. Voor bepaalde hulpmiddelen komt er best specialisatie (bijvoorbeeld ICT-hulpmiddelen).
- Nadruk op multidisciplinariteit.
- Nood aan uitwerking van goede protocollen betreffende het proces, en niet enkel betreffende de te betrekken beroepen.
- Nood aan een wetenschappelijke fundering van het proces en van het gebruik van ICT-tools bij de beoordeling.
- De advisering dient onafhankelijk te zijn.
- Ethische principes dienen gehanteerd te worden bij het verlenen van hulpmiddelen.
- Men dient rekening te houden met het levensplan van de persoon en met zijn doelen.
- De advisering vindt best plaats tijdens een vroege fase van het revalidatieproces.
- Belang van ondersteuning van de gebruiker in het zelf maken van verantwoordelijke keuzes. Begeleiding door 'peers' kan hierbij een vooraanstaande rol spelen.
- Nadruk op het uittesten van hulpmiddelen.
- Belang van follow-up.
- Het adviseringsproces dient onderworpen te zijn aan een kwaliteitscontrole en men dient rekening te houden met de feedback van gebruikers hierbij.
- Nadruk op internationale samenwerking.
- Belang van onderzoek naar het onderhoud van de hulpmiddelen.
- Men houdt best rekening met ongewone beperkingen en ongewone hulpmiddelen.

Hierbij wordt duidelijk dat de aanbevelingen meer gericht zijn op de randvoorwaarden dan op de inhoud van het adviseringsproces.

2.2 Beoordelingsinstrumenten specifiek voor hulpmiddelenadviesing

Via de literatuurstudie identificeerden we tevens enkele instrumenten die gebruikt kunnen worden binnen de hulpmiddelenadviesing om de hulpbehoefte en de daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen te beoordelen. Hieronder bespreken we de instrumenten die vaak in de literatuur worden gesuggereerd, waarbij de mate waarin deze instrumenten wetenschappelijk onderbouwd zijn een belangrijk aandachtspunt is.

2.2.1 Instrumenten uit het MPT-model (Scherer & Glueckauf, 2005)

Binnen het kader van het 'Matching Person and Technology model' (MPT-model) werden verschillende wetenschappelijk onderbouwde instrumenten ontwikkeld, namelijk:

- Algemeen: Survey of Technology Use (SOTU)
- Assistief: Assistive Technology Device Predisposition Assessment (ATD PA)
- Educationeel: Educational Technology Device Predisposition Assessment (ET PA)
- Werkplaats: Workplace Technology Device Predisposition Assessment (WT PA)
- Gezondheidszorg: Health Care Technology Device Predisposition Assessment (HCT PA)
- Horen: Hearing Technology Device Predisposition Assessment (HT PA)
- Cognitieve beperking: Cognitive Support Technology Device Predisposition Assessment (CST PA)
- Kinderen en adolescenten: Matching Assistive Technology & Child (MATCH) for Early Intervention; Matching Student and Technology (MST) voor kinderen en studenten in het inclusief onderwijs.

Voor de ATD PA werd bewijs gevonden voor een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, interne consistentie, criteriumvaliditeit, concurrente validiteit en constructvaliditeit. Het betreft hier natuurlijk voornamelijk een validatie in de VS, en deze validatieresultaten kunnen niet zonder meer geëxtrapoleerd worden naar de Europese of meer specifiek de Vlaamse context. Er bestaat echter wel een Nederlands instrument gebaseerd op het MPT model, namelijk het MPT enriched procurement instrument (Gelderblom, Driessen, Evers & Claus, 2009). Het instrument is zo veel als mogelijk afgestemd op de Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg (CG-Raad, 2010) en beoogt technologiespecifiek te zijn, waarbij de manuele rolstoel als voorbeeld werd genomen. Het betreft hier een digitaal instrument met verschillende opeenvolgende fasen en stappen, waarbij de volgende fase verder bouwt op de informatie ingegeven in de eerdere fase. Het hele proces wordt samengevat in Figuur 12.

Phase	Label	Step	Description
	General information		Name age medical diagnosis, etc.
Form A1	User need explication	Step 0	Involving existing file information
		Step 1	Data collection on participation problems (ICF) and related use of technology so far.
		Step 2	Elaboration on participation problem (person, task, environment)
		Step 3	Identification of contra indications
		Step 4	Interpretation, explication of pro's and con's leading to selection of type of solution.
		Step 5	Conclusion regarding indication
Form A2	Requirements of technical solution	Step 0	Involving information previous phase
		Step 1	Data collection for functional specification
		Step 2	Match between functional specifications and technical possibilities.
		Step 3	Analysis, availability of technology and/or need for adaptation
		Step 4	Interpretation, identification and comparison of solutions
		Step 5	Conclusion, definition of type of solution
Form A3	Selecting AT device	Step 0	Involving information previous phase
		Step 1	Data collection on available AT
		Step 2	Interpretation, elaboration of suitability of available AT
		Step 3	Conclusion, definition of selected AT

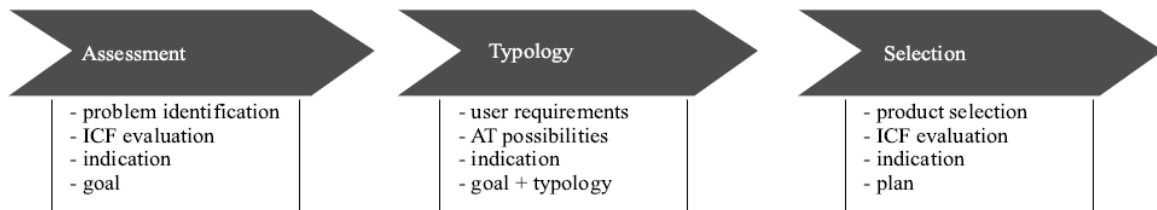
Figuur 12 Structuur van het MPT enriched procurement meet instrument (aangepast overgenomen uit Gelderblom, Driessen, Evers & Claus, 2009)

In de eerste fase worden de noden van de gebruiker verkend, waarbij er vijf verschillende stappen genomen worden om het probleem in kaart te brengen, contra-indicaties te bestuderen en uiteindelijk een type van oplossing te kiezen. Tijdens de tweede fase worden dan de vereisten van de technische oplossing onder de loep genomen. Hierbij wordt informatie verzameld over de functionele specificaties en technische mogelijkheden, wordt de beschikbaarheid en de nood aan aanpassingen geanalyseerd, worden er verschillende oplossingen geïdentificeerd en vergeleken om uiteindelijk tot een conclusie te komen betreffende het type van hulpmiddel. In de laatste fase probeert men dan te komen tot de selectie van een specifiek hulpmiddel op basis van informatie betreffende de beschikbare hulpmiddelen en hun gepastheid.

Er werden positieve eerste resultaten gevonden betreffende de praktische haalbaarheid van deze procedure en het gerelateerde instrument, waaruit naar voren kwam dat het instrument een gestructureerde manier vormt om relevante informatie te verzamelen en te verwerken. Verder informatie betreffende betrouwbaarheid en validiteit is echter naar ons weten momenteel niet beschikbaar.

2.2.2 Het ATES instrument (Assistive Technology Evaluation & Selection Tool; Steel, Gelderblom & de Witte, 2011)

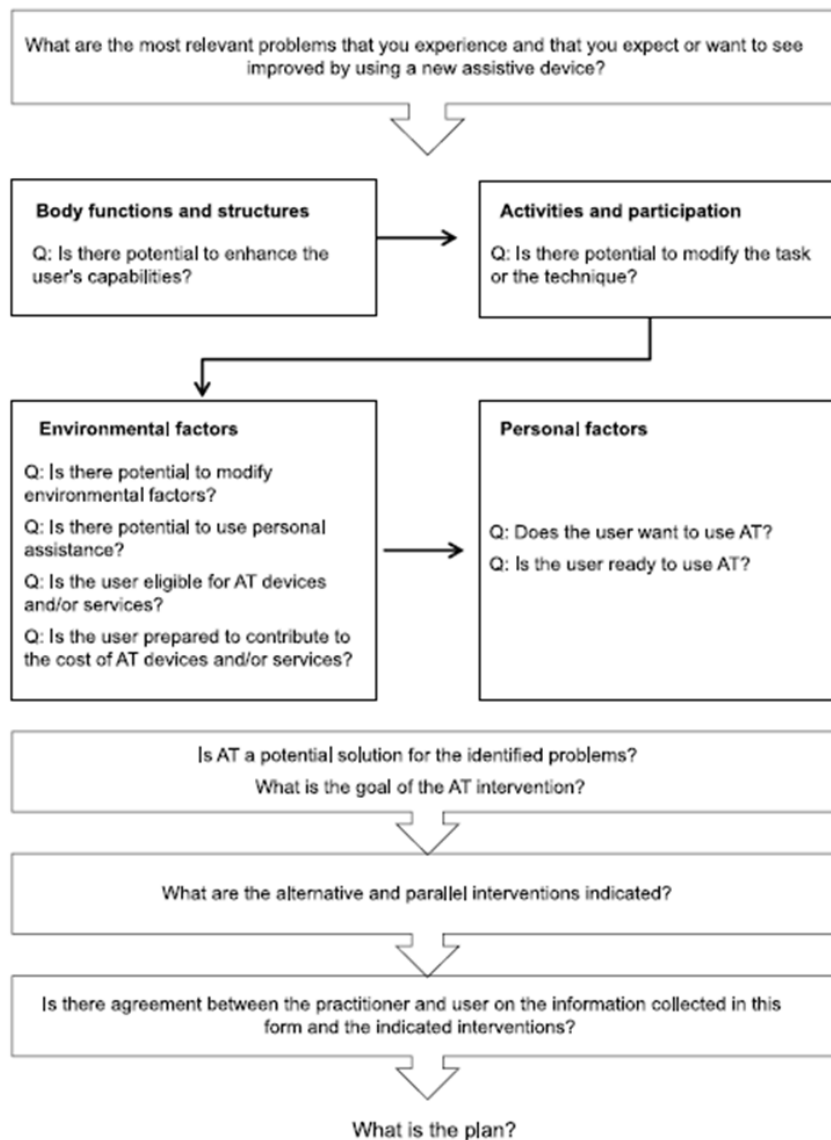
In 2011 stelden Steel, Gelderblom en de Witte de ATES-tool voor. Het betreft een generisch instrument (dus niet voor een specifiek hulpmiddel) en kan ook gebruikt worden door de beginnende gebruiker. De theoretische basis is zeer breed en bestaat uit het ICF-kader in de eerste plaats maar verder ook het 'Matching Person and Technology' model en het 'Framework for Modeling the Selection of ATD', beiden van de groep rond Scherer (zie eerder). Het ATES assessmentproces voorziet in drie stappen namelijk de assessmentfase, de typologiefase en de selectiefase (Figuur 13)



Figuur 13 Samenvatting van de drie stappen in het ATES-model (overgenomen uit Steel, Gelderblom & de Witte, 2011)

In wat volgt gaan we wat dieper in op de eerste stap (zie ook Figuur 14). In eerste instantie wordt van start gegaan met de IPPA, de 'Individually Prioritised Problem Assessment' (Wessels, Persson et al., 2002), om als dusdanig de meest relevante problemen op te sporen. Vervolgens wordt voor elk van de componenten van het ICF-framework (lichamelijke structuren en functies, activiteiten en participatie, omgevingsfactoren en persoonlijke factoren) geanalyseerd wat de mogelijkheden, beperkingen, facilitatoren en drempels zijn voor het gebruik van hulpmiddelen. Na drie overkoepelende vragen kan men dan overgaan naar de tweede stap.

Tijdens deze twee stap wordt gefocust op de gebruikersvereisten. Daarna worden de mogelijkheden wat betreft eventueel geschikte hulpmiddelen opgelijst. Op dit moment wordt gekeken naar voorkeuren, beschikbaarheid, andere interventies die mogelijk geïndiceerd zijn, en noden waaraan niet tegemoetgekomen wordt. Aan het einde van de tweede stap wordt beslist welke soort van hulpmiddel is aangewezen en worden de doelen eventueel bijgesteld. In de laatste stap, stap 3 wordt elk hulpmiddel dan afgetoetst aan de doelen en het functioneren op basis van de verschillende ICF-componenten.



Figuur 14 Schema aangaande de eerste stap in het ATES-model (aangepast overgenomen uit Steel, Gelderblom & de Witte, 2011)

Een initiële evaluatie van het instrument was positief. Voor de toekomst wordt een verdere evaluatie van het instrument in de Europese revalidatiesetting gepland. Hiertoe worden verdere richtlijnen voor gebruik opgesteld en wordt een verdere vertaling voorzien (nu is het instrument enkel in het Engels beschikbaar). Ten slotte wil men nog duidelijker de linken met bestaande modellen en instrumenten onderzoeken. In de toekomst zou er ook een digitale versie beschikbaar komen.

2.2.3 FEAT (Functional Evaluation for Assistive Technology, Raskind & Bryant, 2002)

Het FEAT model werd ontwikkeld door Raskind en Bryant (2002) in het kader van het helpen bij leerstoornissen gedurende de hele levensloop. Het betreft hier, volgens Lham en Mendonca (2008), een gemakkelijk bruikbaar, systematisch, omvattend, multidimensioneel en ecologisch gebaseerd beoordelingsprotocol. De doelgroep zijn personen met een intellectuele beperking, leerstoornis of hersenletsel van alle leeftijden. De FEAT omvat vijf schalen:

- Contextual Matching Inventory (omgevingsspecifieke eisen)
- Checklist of Strengths and Limitations (individuele kenmerken)
- Checklist of Technology Experiences (individuele ervaringen met huidige of vroegere hulpmiddelen)
- Technology Characteristics Inventory (productspecifieke eisen)
- Individual-Technology Evaluation Scale (heeft het hulpmiddel potentieel om aan de behoeftes te voldoen?)

Volgens Lahm en Mendonca (2008) is er validiteits- en betrouwbaarheidsinformatie voor handen, maar deze hebben wij niet gevonden.

2.2.4 ASNAT (Assessing Student Needs for Assistive Technology, wati.org; Reed & Lahm, 2004)

De ASNAT procedure werd ontwikkeld door WATI, het Winsconsin Assistive Technology Initiative. ASNAT werd ontwikkeld binnen de scholencontext en omvat naast een assessmentprocedure ook gedetailleerde informatie over specifieke hulpmiddelen en verwijzingen naar andere bronnen van informatie. Het is echter niet duidelijk op welk model het ASNAT proces gebaseerd is, al wordt wel verwezen naar het SETT-framework (zie eerder). In het pakket zit een uitgebreid aanbod aan formulieren om de beoordeling te ondersteunen.

Het proces zelf omvat negen stappen: 1) verzamelen van informatie, 2) teamoverleg, 3) gezamenlijk vervolledigen van formulieren, 4) prioriteiten stellen, 5) oplossingen genereren, 6) oplossing selecteren, 7) implementatieplan, 8) proefimplementatie, en 9) follow-up. Volgens Lahm en Mendonca (2008) werd er geen onderzoek gedaan naar de validiteit en de betrouwbaarheid van de procedure.

2.2.5 Het ICF-indiceringsinstrument van de VDAB

Ook al is de indicatiestelling voor een hulpmiddel binnen de werkcontext niet de focus van het huidige onderzoek, toch bespreken we kort even het ICF-indiceringsinstrument van de VDAB. Dit gezien de relevantie van het instrument voor dit onderzoek dat het omvattende ICF-kader tracht te vertalen naar een indiceringsinstrument voor de Belgische context. Er is nog weinig informatie publiekelijk en online beschikbaar rond het ICF-indiceringsinstrument dat door de VDAB ontwikkeld werd. Uit recent online informatie van het Departement Werk en Sociale Economie en de VDAB (2014) kunnen we afleiden dat het instrument werd ontwikkeld om de moeilijkheden te objectiveren die 1) personen met psychosociale problemen en 2) uiterst kwetsbare personen die 2 jaar werkloos zijn en een begeleidingsnood hebben, ervaren. Bovendien zou het instrument ook gebruikt kunnen worden bij de populatie van personen met een arbeidshandicap die niet automatisch recht hebben op tewerkstellingsondersteunende maatregelen op basis van attestering en/of onderzoeken.

Vertrekpunt voor het indiceringsinstrument waren de bijna 1500 categorieën van de ICF. Op basis van de officiële nota 'Afstand tot de arbeidsmarkt' werd dan een selectie gemaakt uit deze categorieën, waarbij bij elke stap het departement zowel als partners uit het werkveld en welzijnspartners geconsulteerd werden. Vervolgens werden drie grote rubrieken afgetoetst aan bestaande classificatiesystemen, waarbij steeds dezelfde determinerende categorieën naar voren kwamen. Deze werden vertaald naar ICF-categorieën. Voor elke categorie werd vervolgens, in overleg met praktijkconsulenten, de ICF-definitie opgelist, en werden operationele definities en gedragsindicatoren opgesteld. Deze gedragsindicatoren moeten in het instrument gescoord worden betreffende de afwezigheid van een probleem, de aanwezigheid van een licht probleem of de aanwezigheid van een ernstig probleem. Als basis voor de gedragsindicatoren werden voorbeelden en concrete dossiers gehanteerd. Uiteindelijk werd elk van

de overgebleven 49 categorieën door de consultants getoetst aan 50 dossiers uit de praktijk. Als slotstuk werd er een grootschalig onderzoek gedaan op de zittende doelgroep met medewerking van de werkplaatsen en partners (sociale werkplaatsen, beschutte werkplaatsen, organisaties lokale diensteneconomie, GTB, GA's, psychologen ...), samen goed voor ongeveer 600 dossiers. Dit leidde tot het definitief op punt stellen van het instrument.

2.2.6 Overige instrumenten gebruikt voor hulpmiddelenadviesing

In het voorgaande bespreken we een aantal zeer brede instrumenten. We wensen nog kort te vermelden dat er ook een redelijk aantal meer specifieke instrumenten in de literatuur teruggevonden werden, namelijk:

- Specifieke instrumenten gericht op het in kaart brengen van de noden van cliënt (Canadian Occupational Performance Measurement zie Mc Coll, Paterson, Davies, Doubt, Law, 2000; Individually Prioritised Problem Assessment zie Wessels, Persson et al., 2002; Problem-Solving Tool, 2002; Goal Attainment Scale zie Roach & Elliot, 2005; schaal Vanden Boer zie Stijn vzw, 2007)
- Instrumenten gericht op het in kaart brengen van specifieke functionele beperkingen (bv. motoriek, cognitie, communicatie)
- Specifieke instrumenten gericht op het in kaart brengen van activiteiten- en participatieproblemen (WHODAS 2.0 zie Raggi, Albanesi, Gatti, Andrich, Leonardi, 2010; FUNDES; Functional Independence Measure zie Stineman, Jette et al, 1997)
- Instrumenten om de thuissituatie in kaart te brengen (Home Safety Self-Assessment Tool zie Horowitz, Nochajski & Schweitzer, 2013; Housing Enabler zie Iwarsson & Isacson, 1996); zelfontwikkelde tools)
- Koppeling Support Intensity Scale (SIS zie Thompson, Bryant et al, 2004) met een hulpmiddel voor elk ondersteuningsgebied

3 Determinanten van de hulpmiddelen nood

Om meer zicht te krijgen op de essentiële componenten van de inschaling of beoordeling van de hulpbehoefte en de daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen – kortweg determinanten van de hulpmiddelen nood – codeerden we de verschillende componenten die in de modellen, richtlijnen, instrumenten en additionele literatuur vermeld werden naar gemeenschappelijke (sub)dimensies. Naast het oplijsten van de verschillende (sub)dimensies, werd tevens de aanwezigheid van deze (sub)dimensies gecodeerd voor de belangrijkste modellen, richtlijnen, instrumenten en additionele literatuur. In onderstaande tabel worden de aanwezigheid van een dimensie en subdimensie in respectievelijk donker- en lichtgrijs weergegeven. De subdimensies konden minder vaak gecodeerd worden, omdat er soms enkel vermelding werd gemaakt van de dimensie op zich.

Tabel 1 Determinanten van de hulpmiddelen nood basis van de literatuurstudie

(Sub)Dimensies	Modellen					Richtlijnen				Instrumenten				Add . Lit.
	ICF	MPT	ADT	SETT	HFM	NL	FR	BE RIZIV	BE VAP H	ATD PA	Dutch MPT	ATES	FEAT	
(PERSOONLIJKE) DOELSTELLINGEN EN PRIORITEITEN														
MEDISCHE DIAGNOSE /MEDISCHE AANDOENING														
HUIDIGE FUNCTIONELE MOGELIJKHEDEN / STOORNISSEN														
Motorisch														
Sensorisch														
Cognitief														
PROGNOSE														
ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE														
Activiteiten														
Participatie														
PERSOONLIJKE FACTOREN														
Fysieke kenmerken														
Gewicht														
Psychosociale kenmerken														
Gepercipieerd voordeel HM, verwachtingen														
Bereidheid/motivatie														
Zelfwaarde														
Gepercipieerde competentie														
Zelfbeschikking/autonomie														
Socio-demografische kenmerken														
Leeftijd														
Opleiding														
Tewerkstelling														
Socio-economische status														
Geslacht														
Financiële draagkracht														
Ervaring met hulpmiddelen (verleden/heden)														
Kennis en informatie														
OMGEVINGSFACTOREN														
Fysieke omgeving														
Producten en technologie														
Natuurlijke omgeving en menselijke aanpassingen														
Sociale ondersteuning														
Support, steun en relaties														
Diensten, systemen, wetgeving en beleid														
Sociale omgeving														
Attitudes nabije omgeving														

(Sub)Dimensies	Modellen					Richtlijnen				Instrumenten				Add . Lit.
	ICF	MPT	ADT	SETT	HFM	NL	FR	BE RIZIV	BE VAP H	ATD PA	Dutch MPT	ATES	FEAT	
Cultuur														
KENMERKEN HULPMIDDELEN														
Functionaliteit: Mobiliteit, Zelfzorg, Sensorisch, Com- municatie, Computer/ICT														
Beschikbaarheid/urgentie														
Uitzicht														
Comfort /gebruiksvriende- lijkheid														
Performantie/technische specificaties														
Prijs														
MATCH PERSOON - HULPMIDDEL (UITTESTEN)														

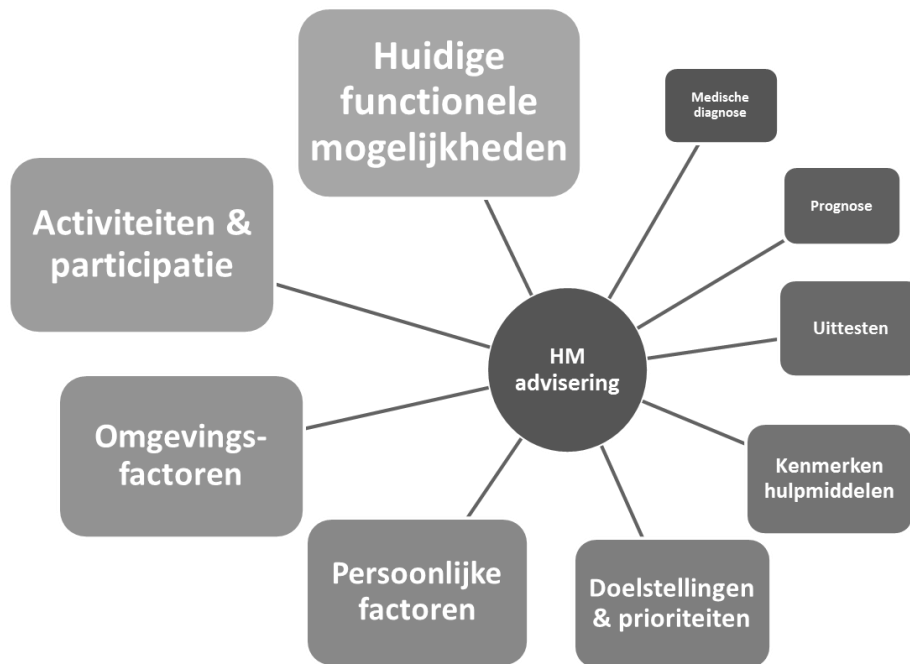
Uit Tabel 1 komt naar voren dat de participatie en activiteiten van een persoon in alle modellen, richtlijnen en instrumenten worden meegenomen als determinanten van de behoefte aan hulpmiddelen. Hierbij werd vaak gewoon verwezen naar activiteiten en participatie in het algemeen, waarbij geen onderscheid werd gemaakt naar specifieke vormen van participatie of activiteiten. Persoonlijke factoren, omgevingsfactoren en de huidige functionele mogelijkheden van de persoon worden in de meeste, doch niet alle onderzochte modellen, richtlijnen en instrumenten opgenomen. De kenmerken van de hulpmiddelen en de persoonlijke doelstellingen en prioriteiten van de persoon met een handicap worden ook nog in een belangrijk aandeel van de literatuur aangehaald als factoren die men in rekening dient te brengen. De medische diagnose, de prognose en het uittesten van het hulpmiddel worden slechts in een beperkter deel van de literatuur expliciet aan bod gebracht.

Wat betreft de omgevingsfactoren valt verder op dat de fysieke omgeving en de sociale ondersteuning vaker als subcategorie gecodeerd worden dan de sociale omgeving. Bij de persoonlijke factoren worden fysieke kenmerken dan weer veel minder vaak gecodeerd dan psychosociale kenmerken, socio-demografische kenmerken of ervaringen met hulpmiddelen in het verleden. Bij de kenmerken van de hulpmiddelen wordt vooral specifiek aandacht besteed aan performantie en technische specificaties, en slechts bij een beperkt aantal richtlijnen, modellen of instrumenten aan de prijs. Bij de bespreking van de huidige functionele mogelijkheden komen motorische, sensorische en cognitieve aspecten alle drie in gelijke mate aan bod. Binnen de richtlijnen en ook wel de instrumenten wordt de opdeling tussen de drie aspecten van functioneren (motorisch, sensorisch en cognitief) minder gehanteerd.

Om aansluitend bij de centrale doelstelling van dit onderzoek na te gaan of er een verschil is in de determinanten van de hulpmiddelen nood bij senioren en bij de brede groep van personen met een handicap zoals deze aan bod kwam binnen de wetenschappelijke literatuur, werd deze literatuur voor beide groepen afzonderlijk gecodeerd. Hierbij viel vooreerst op dat een groot aandeel modellen, richtlijnen en instrumenten geen onderscheid maken tussen leeftijdsgroepen en zich breed richten naar iedereen met een functionele beperking die nood zou kunnen hebben aan een hulpmiddel. Natuurlijk was dit niet het geval voor alle modellen, richtlijnen en instrumenten. Zo was dit bijvoorbeeld niet het geval bij de procedures ontwikkeld specifiek voor jongeren binnen de onderwijscontext in de USA (zie eerder) of ook niet bij instrumenten voor het vaststellen van de gevaren in de woning van ouderen en de daarmee samenhangende nood aan aanpassingen binnen die woning (Horowitz, Nochajski & Schweitzer, 2013;

Sanford, Jones, Daviou, Grogg & Butterfield, 2004). Wanneer we de determinanten voor beide doelgroepen afzonderlijk codeerden (waarbij die modellen, richtlijnen of instrumenten die expliciet voor een zeer breed publiek bedoeld waren ook in beide coderingstabellen werden opgenomen) dan bleek er echter amper verschil wat betreft de opgeleverde determinantentabel. Bij de ouderen werd er relatief iets minder vaak aangehaald dat persoonlijke factoren in kaart gebracht werden, dat men het sensorisch functioneren meenam in de advisering en ook wees men iets minder vaak op het belang van het uittesten van het hulpmiddel. Maar de meest opvallende vaststelling was dat de beoordeling van de hulpbehoefte en de daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen algemeen genomen als leeftijdsonafhankelijk werd gezien binnen de wetenschappelijke literatuur.

Ten slotte, door de frequentie van de aanwezigheid in de literatuur voor de verschillende dimensies visueel weer te geven, krijgen we een rudimentair zicht op het relatief voorkomen van elk van de dimensies (Figuur 15). Hieruit kunnen we afleiden dat, volgens bovenstaande coderingsmethode, de huidige functionele mogelijkheden van een persoon, de activiteiten en participatie van de persoon, en de omgevingsfactoren relatief gezien het meest als “te beoordelen” aspecten naar voren worden geschoven binnen de literatuur. De medische diagnose, de prognose en het uittesten worden dan weer het minste naar voren geschoven. Men dient dit relatieve belang echter ook enigszins te relativiseren, omwille van volgende redenen. Ten eerste is de empirische validatie van de in de literatuur naar voren geschoven richtlijnen, modellen en instrumenten eerder beperkt. Het betreft hier dus voornamelijk een theoretische appreciatie, al dan niet gevoed vanuit de praktijk. Ten tweede is het niet noodzakelijk zo dat het niet expliciet benoemen van bepaalde aspecten daadwerkelijk impliceert dat deze binnen de wetenschappelijke literatuur niet belangrijk geacht worden. Zo spelen de kenmerken van het hulpmiddel als vanzelfsprekend een rol tijdens de hulpmiddelenadviesing, zonder dat dit steeds geëxpliciteerd wordt binnen de beschreven modellen, richtlijnen en instrumenten. Er bestaan bijvoorbeeld verschillende initiatieven die bepaalde hulpmiddelen catalogiseren en de eigenschappen beschrijven, bijvoorbeeld www.eastin.eu op Europees niveau, wat een koppeling is van verschillende Europese databanken waaronder www.vlibank.be uit Vlaanderen. Dit juist om het hulpmiddelenadviesingsproces te ondersteunen. Aan de hand van de hulpmiddeleninfiches op de site van het KOC kan men verder ook hulpmiddelen vergelijken. De invloed van bepaalde kenmerken van het hulpmiddel op het advies wordt echter niet steeds als dusdanig in de literatuur aangegeven. Dit kan deels gerelateerd zijn aan de verwevenheid tussen beoordeling en zorgaanbod bij hulpmiddelenadviesing, waarbij het onderscheid niet altijd scherp te stellen is. Ten slotte is de codering er enkel op gericht om de loutere aanwezigheid van bepaalde determinanten te registreren over de verschillende bronnen heen. Het belang dat aan bepaalde determinanten binnen bepaalde kaders, instrumenten en modellen wordt gehecht, wordt niet mee in overweging genomen, net zo min als de concrete uitwerking ervan.



Figuur 15 Relatief voorkomen van de verschillende determinanten van de hulpmiddelen nood op basis van de literatuurstudie

4 Conclusies uit de literatuurstudie

Uit deze literatuurstudie kunnen we volgende conclusies trekken. Ten eerste is een solide conceptuele en empirische onderbouwing van instrumenten in de literatuur eerder schaars. Ook zijn de aanwezige kaders niet altijd sterk wetenschappelijk onderbouwd. Eerder concludeerden ook Bernd, Van Der Pijl en De Witte (2009) al dat er een tekort is aan wetenschappelijk gevalideerde procedures en instrumenten voor de advisering van hulpmiddelen.

Het meest wetenschappelijk onderbouwd model dat frequent in de literatuur naar voren wordt geschoven is het “Matching Person and Technology” model. Dit is een model specifiek gericht op hulpmiddelenadviesing, in het kader waarvan er ook instrumenten ontworpen werden. De Nederlandstalige uitwerking van een op het MPT-model gebaseerd instrument is momenteel echter minder gevalideerd. Wanneer we focussen op kaders, wordt vooral het ICF vaak naar voren geschoven als algemeen conceptueel kader. Het betreft hier echter een breed kader om het menselijk functioneren in kaart te brengen alsook de mogelijke problemen hiermee. Recent wordt wel veel energie gestopt in de ontwikkeling van aandoeningsspecifieke ‘core sets’.

Aan het ICF-kader worden ook bepaalde instrumenten gekoppeld, zoals de WHO-DAS (zie eerder), een rooster aan de hand waarvan men de functioneringsproblemen kan inschatten. Echter, het ICF-kader is niet specifiek ontwikkeld voor de advisering van hulpmiddelen. Er werden wel reeds inspanningen gedaan om het MPT-kader (wel specifiek voor hulpmiddelenadviesing) te linken aan het ICF-kader (Scherer & Glueckauf, 2005). Opvallend hierbij is dat uit onze literatuurstudie bleek dat de meeste modellen, instrumenten en richtlijnen generisch zijn en dezelfde determinanten van hulpmiddelen nood naar voren worden geschoven, onafhankelijk van de leeftijd, de stoornis of het soort hulpmiddel.

Verder, hoewel de evidence-base van het hulpmiddelenadviseringsproces eerder beperkt is, lijken bepaalde zaken toch consequent als belangrijk naar voren geschoven te worden binnen de literatuur. Ten eerste, zoals reeds aangehaald, zijn een gestructureerde, systematische procedure gebaseerd op een conceptueel model en geschikte, gestandaardiseerde instrumenten noodzakelijk. Verder wordt vaak een cliëntgecentreerde aanpak naar voren geschoven, aangezien deze kan leiden tot betere uitkomsten en minder niet-gebruik. Bijna alle modellen en richtlijnen verwijzen expliciet naar het actief betrekken van de persoon met een handicap in het selectieproces.

Eerder wezen we er al op dat het, om tot een optimaal zorgaanbod (hulpmiddelen) te komen, aangevoelen is om niet alleen de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de persoon te beoordelen, maar om ook de kenmerken van het hulpmiddelen in rekening te brengen, ondanks dat dit aspect niet steeds expliciet in de literatuur wordt opgenomen. Hulpmiddelenindicering is bijgevolg een complex gegeven waarbij verschillende factoren een rol spelen. In de ons omringende landen (Nederland en Duitsland) zowel als binnen bepaalde literatuur (Arthanat & Lenker, 2008, zie verder) wordt ook aandacht gevraagd voor de situering van het hulpmiddelenadviseringsproces binnen een breder kader van gedrags- en zorgadviesing waarbij ook bijvoorbeeld advies wordt uitgebracht rond gedragsverandering en persoonlijke zorg.

Verder is er redelijk wat eensgezindheid over de nood aan een interdisciplinaire aanpak van de hulpmiddelenadviesing, met een duidelijke rolverdeling tussen de verschillende disciplines en regelmatige training. Hierbij is evaluatie en registratie van het adviesingsproces essentieel om de kwaliteit ervan te bewaken. Een aanzienlijk aandeel richtlijnen en modellen verwijzen ook naar een test- en trainingsfase voor de uiteindelijke gebruiker, in aanvulling op het ICF-kader. Ten slotte dient men het belang van ervaring; kennis en klinisch redeneren van de professional niet te verwaarlozen.

Hoofdstuk 4

Empirisch luik

1 Doelstelling van het empirische luik

In een tweede fase van het onderzoek beoogde de praktijk van hulpmiddelenadvisering in Vlaanderen in kaart te brengen en met name de huidige inschalingen van de zorg- en ondersteuningsnood en meer specifiek de nood aan hulpmiddelen voor enerzijds personen met een handicap en anderzijds ouderen te vergelijken. In het kader van deze vergelijking werd een onderscheid gemaakt tussen drie subgroepen, die verwijzen naar de verschillende historische gegroeide systemen die er momenteel in de Vlaamse context onderscheiden kunnen worden wat betreft hulpmiddelenadvisering. Ten eerste, de advisering voor niet-mobiliteitshulpmiddelen bij de populatie van personen met een handicap die als dusdanig erkend werden voor de leeftijd van 65 jaar (maar wel ouder kunnen zijn dan 65 jaar). Ten tweede, de advisering bij ouderen (ouder dan 65 jaar) voor niet-mobiliteitshulpmiddelen die voor de leeftijd van 65 jaar niet als persoon met een handicap erkend werden. Daar waar voor deze eerste populatie een protocol werd ontworpen door het KOC (voor Vlaanderen) dat gebruikt wordt in het kader van tegemoetkomingsaanvragen gericht aan het VAPH, is er voor deze laatste populatie van ouderen geen tegemoetkoming voorzien en dus is ook geen protocol voor handen om een advies tot stand te brengen. Het is voor deze populatie ook veel minder duidelijk welke actoren in de praktijk advies geven betreffende hulpmiddelen. Ten derde onderscheiden we ook het adviseringsproces voor de toekenning van mobiliteitshulpmiddelen, waarvan we reeds eerder meldden dat deze procedure via het RIZIV verloopt en er hierbij geen onderscheid wordt gemaakt op basis van de leeftijdsgrens van 65 jaar.

Om de praktijk van hulpmiddelenadvisering in Vlaanderen in kaart te brengen, maakten we gebruik van interviews met de bevoorrechte getuigen die dergelijk advies in de praktijk geven. Aan de hand van deze interviews beoogden we de essentiële componenten van de inschaling of beoordeling van de hulpbehoefendheid en de daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen – of kortweg de determinanten van de hulpmiddelen nood - te identificeren, zowel als het relatief voorkomen van elk van deze determinanten en de variabiliteit naargelang van de complexiteit van hulpbehoefendheid. Verder wilden we ook een globaal zicht bekomen op het adviseringsproces: Welke fasen zijn te onderscheiden? Welke disciplines zijn betrokken? Wordt er een bepaald instrument gebruikt? Hoe wordt de informatie geregistreerd?

Het uiteindelijke doel was ten slotte om te komen tot een vergelijking over de drie verschillende subgroepen of systemen heen. Dit kreeg vorm aan de hand van een concordantietabel waarin de subgroep-specifieke data tegen elkaar afgezet worden om zodoende overlap en verschilpunten te identificeren alsook aanbevelingen ter optimalisering of afstemming te formuleren. De determinanten geïdentificeerd voor de drie subgroepen zullen ook vergeleken worden met de determinanten zoals deze uit de literatuurstudie naar voren komen.

2 Methode

Om bovenstaande aspecten te exploreren maakten we gebruik van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Semigestructureerde interviews vormde als dusdanig de basisbron van informatie voor het empirische

luik van het onderzoek. Dit betekent dat er een interviewschema werd opgesteld dat als leidraad gebruikt werd tijdens de dataverzameling, maar dat de interviewer de nodige ruimte had om in te spelen op de informatie die tijdens het gesprek door de geïnterviewde werd aangeleverd. De interviewleidraad voor deze gesprekken kan in bijlage aangetroffen worden. Via een doelgerichte steekproeftrekking beoogden we een selectie van experts te bekomen met een maximale variatie naar doelgroep (personen met een handicap vs. ouderen) alsook naar aard van de beperking en type hulpmiddel. De steekproef omvat bijgevolg de relevante verschillen in de populatie, maar niet in dezelfde getalsmatige verhoudingen als in de populatie. We kunnen bijgevolg spreken over een variatiedekkende representativiteit als basis voor generaliseerbaarheid. De mogelijke gesprekspartners werden gesuggereerd door de stuurgroep van dit onderzoek, die bestond uit vertegenwoordigers van de opdrachtgever zowel als de opdrachtnemer en uit Vlaamse experts in het praktijkveld van de hulpmiddelenondersteuning (voor de exacte samenstelling van de stuurgroep, zie bijlage). Uit de bekomen 47 suggesties van gesprekspartners, werden er 33 instanties aangeschreven met de vraag tot deelname aan het onderzoek, waarvan er uiteindelijk 26 geïnterviewd werden. De belangrijkste reden tot niet-deelname was dat men (nog) geen adviesverlening verzorgden; slechts één benaderde instantie reageerde niet op de oproep.

Aangezien soms binnen eenzelfde organisatie meerdere mensen deelnamen aan het gesprek, spraken we in totaal 41 personen. De onderzoekers ervoeren dat met dit aantal het saturatiepunt ook bereikt was, en dat meer interviews bijgevolg niet tot fundamenteel nieuwe informatie zou geleid hebben. De interviews betroffen zowel experts in de advisering voor hulpmiddelen bij personen met een handicap (met differentiatie naar het soort handicap waarover men expert was) als experts die ervaring hadden met de advisering voor hulpmiddelen bij ouderen. Ook voerden we gesprekken met vertegenwoordigers van mutualiteiten, met verstrekkers, met een adviserend geneesheer en met nog overige experts (van VAPH en Tili). De exacte olijsting van de geïnterviewde experts kan men vinden in Tabel 2.

Zoals eerder gemeld dient een multidisciplinair team (MDT), om een financiële compensatie te krijgen voor het geleverde hulpmiddelenadvies aan personen met een handicap, erkend te zijn door het VAPH. Verder erkent het VAPH ook een aantal gemachtigde experts die geen multidisciplinair verslag mogen opmaken, maar wel advies kunnen leveren ter ondersteuning van dit multidisciplinair verslag. We spraken met zowel MDT's als met experts. In de praktijk wordt er door sommige MDT's ook regelmatig beroep gedaan op deze door het VAPH- erkende experts.

Om meer zicht te krijgen op de adviesverlening rond niet-mobiliteitshulpmiddelen bij ouderen die niet erkend zijn als persoon met een handicap spraken we specifiek met CM Limburg (afdeling 'Thuis blijven wonen' zowel als met personen verantwoordelijk voor de indicatiestelling in het kader van de zorgverzekering), vertegenwoordigers van Familiehulp en vertegenwoordigers van de afdeling Geriatrie in UZ Leuven. Een deel van de MDT's zowel als de andere mutualiteiten gaven aan dat ook zij advies verleen- den aan ouderen en zij werden hierover dan ook bevroegd. Opvallend hierbij was dat een belangrijk aandeel van personen die gesuggereerd werden als mogelijk gesprekspartners aangaande de adviesver- lening bij ouderen, aangaven dat men eigenlijk geen ervaring had met de adviesverlening rond hulpmid- delen bij die doelgroep. Zo gaven de gecontacteerde OCMW's aan dat men doorverwees en gaven ver- schillende gecontacteerde expertisecentra (Expertisecentrum val- en fractuurpreventie, Expertisecen- trum dementie UZ Leuven) aan zelf geen adviesverlening op te nemen. Ook de thuiszorgdienst Sowel, antwoordden dat men zelf geen adviesverlening verzorgde.

Ten slotte verkregen we zicht op de adviesverlening rond mobiliteitshulpmiddelen door te spreken met een adviserend geneesheer. Maar ook vele andere gesprekspartners (o.a. MDT's, ziekenhuisdiensten,

mutualiteiten) gaven aan advies te geven rond mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de RIZIV-procedure.

Tabel 2 Organisaties waartoe de geïnterviewde experts behoren (n=26)

<ul style="list-style-type: none"> • CM Limburg, indicatiestellers zorgverzekering • CM Limburg, regionaal dienstencentrum en thuiszorgwinkel • Familiehulp (gezinszorg) • Afdeling Geriatrie UZ Leuven
<ul style="list-style-type: none"> • Centrum voor rijgeschiktheid en voertuigaanpassing • Adviescentrum driewiel fietsen en handbiken (UZ Leuven) • DIATH (Dienst Informatie & Advies Technische Hulpmiddelen) • NMSC Melsbroek (MS) • Blindenzorg Licht en Liefde • Revalidatiecentrum Inkendaal • NMRC kinderen (Neuromusculair Referentiecentrum UZ Leuven) • NMRC volwassenen (Neuromusculair Referentiecentrum UZ Leuven) • CLNR (Centrum voor Locomotorische & Neurologische Revalidatie UZ Gent) • Centrum voor ontwikkelingsstoornissen Antwerpen • Centrum voor visuele revalidatie & low vision (UZ Gent) • Brailleliga
<ul style="list-style-type: none"> • Socialistische mutualiteit • Christelijke mutualiteit • Liberale mutualiteit • Onafhankelijk ziekenfonds • Adviserend geneesheer
<ul style="list-style-type: none"> • Vigo • Jabbla • OVH Orthopedie
<ul style="list-style-type: none"> • VAPH • Tili

Tijdens de gesprekken werd eerst bevraagd op welke manier personen met een zorgnood normaal bij een bepaalde instantie terechtkomen, en welke informatie op dat moment gewoonlijk reeds voor handen is. Vervolgens werd dan uitgebreid ingegaan op het proces van beoordeling en advies. Hierbij werd specifiek aandacht besteed aan de essentiële componenten van de beoordeling van de hulpbehoefte en de daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen –of kortweg determinanten van de hulpmiddelen nood– die tijdens dit proces in kaart werden gebracht; op welke manier deze gegevens verzameld werden, door wie en waarom; en op welke manier de bekomen gegevens geregistreerd werden. Indien gewenst kon één of meerdere door de gesprekspartner aangebrachte ‘standaardcasussen’ als achtergrond gebruikt worden om zodoende alle aspecten van het adviseringsproces concreet voor ogen te halen. Verder werd ook nagegaan of bepaalde elementen impliciet in kaart werden gebracht, alsook welke aspecten het meest doorwegen bij het bepalen van het meest aangewezen hulpmiddel. Bijkomend werd gepolst naar faciliterende of bemoeilijkende factoren die het adviesproces vereenvoudigen of juist compliceren. Ten slotte werd de mogelijkheid geboden om het eigen adviesproces te evalueren (Wordt alle noodzakelijke informatie gebruikt en dekken alle aspecten die in kaart gebracht worden wel de lading?), verbeteringen te suggereren en werden nog kort een aantal persoonlijke gegevens opgevraagd om de specificiteit van de expertise in kaart te brengen.

Na het analyseren van de interviews, stelden we een eerste rapportage van de resultaten op en stuurde deze door naar de gesprekspartners zodat zij hier feedback op konden geven. Negentien van de organisaties maakten van deze mogelijkheid gebruik. Over het algemeen gaf men aan geen fundamentele bedenkingen te hebben, maar werden er wel kleinere opmerkingen gegeven. Enige vragen werden gesteld

bij de gehanteerde methodologie zowel als de populatie van de studie. Deze opmerkingen werden in de uiteindelijke rapportage opgenomen.

In wat volgt brengen we als achtergrond eerst het algemene verloop van het adviseringsproces in beeld waarbij gefocust wordt op de betrokken disciplines, en dit afzonderlijk voor de drie subgroepen, namelijk voor wat betreft a) personen met een handicap met een erkenning voor 65 jaar, b) voor ouderen zonder voorgaande erkenning als persoon met een handicap voor niet-mobiliteitshulpmiddelen en c) de toewijzing van een mobiliteitshulpmiddel (zowel personen met een handicap als ouderen). Vervolgens bespreken we de determinanten van de hulpmiddelen nood en presenteren we deze samenvattend in een concordantietabel. Aan de hand van deze concordantietabel kunnen we dan ook komen tot een vergelijking van de hierboven genoemde doelgroepen. Ook komt de evaluatie aan bod van het eigen adviseringsproces door de verschillende gesprekspartners.

Graag merken we op dat het regelmatig voorkwam dat bepaalde instanties zowel adviesverlening verzorgden voor personen met een handicap in het kader van de VAPH-procedure, als bij personen die nood hadden aan een mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de RIZIV-procedure. In dit geval werden beide procedures in kaart gebracht en tevens de verschillen tussen beide procedures uitgeklaard. Er werd gevraagd om eerst de meest voorkomende procedure te beschrijven en daarna de andere hiermee te vergelijken. Ook wanneer een gesprekspartner ingeschakeld werd bij adviesverlening aan ouderen voor niet-mobiliteitsgerelateerde hulpmiddelen alsook bij één van beide andere doelgroepen, werden alle procedures afzonderlijk in kaart gebracht.

3 Resultaten

3.1 Kenmerken van de geïnterviewde experts en instanties

Alvorens de resultaten te bespreken, schetsen we als achtergrond enkele kenmerken van de geïnterviewde experts en instanties. Van de 41 personen die we geïnterviewd hebben, waren er betreffende vier geen gegevens aangaande de opleiding voor handen. Voor twee personen was dit het geval omdat het gesprek werd stopgezet wegens tijdsgebrek alvorens deze informatie kon worden opgevraagd. De twee andere personen maakten deel uit van een dubbelgesprek waarbij enkel de opleiding van één van de twee personen werd verkregen. Van de overige 37 personen was er wel informatie betreffende de opleiding voor handen. De sterkst vertegenwoordigd binnen de groep waren ergotherapeuten; zij waren namelijk met 11. Verder hadden 6 personen een diploma maatschappelijk werk, 2 hadden een diploma master in de orthopedagogiek, en nog eens 4 geïnterviewden waren erkende bandagisten, 3 geïnterviewden waren kinesist, 2 personen waren arts en 2 personen waren verpleegkundigen. Voor de rest spraken we ook nog met een informaticus, een logopedist, een psycholoog en een orthoptist. Eén persoon had ten slotte een opleiding lichamelijke opvoeding genoten, één persoon een opleiding personeelswerk en één persoon was licentiaat politieke en sociale wetenschappen. Algemeen genomen kunnen we stellen dat de meerderheid van de geïnterviewde een (para)-medische achtergrond had genoten, gevolgd door personen met een gedragswetenschappelijke vorming. Gemiddeld genomen hadden onze gesprekspartners 16 jaar ervaring in hun huidige of een gelijkaardige, relevante functie. Het minimum aantal jaren ervaring was vier jaar, het maximum aantal jaren ervaring was 40 jaar.

Over vier personen hadden we geen informatie betreffende het al dan niet gevolgd hebben van een opleiding of vorming omtrent hulpmiddelenadvies. Hiervan gaven acht personen aan geen dergelijke

opleiding gevolgd te hebben. Wanneer men aangaf wel een opleiding genoten te hebben, dan betrof het zeer vaak de KOC-opleiding die namelijk verplicht is voor MDT's. In het geval dat men aangaf geen specifieke opleiding gevolgd te hebben, dan betrof het vaak personen die voornamelijk advies gaven aan ouderen boven de 65 jaar. Wel hadden deze gesprekspartners dan soms het diploma van ergotherapeut. Men kan er van uitgaan dat zij tijdens deze opleiding toch reeds enige kennis hebben verworven rond hulpmiddelen. Ook gaf een verstrekker aan geen specifieke opleiding gevolgd te hebben. Tegenwoordig is men verplicht om een opleiding te volgen maar vroeger niet. Wel liep de betrokken persoon lange tijd stage alvorens zelfstandig aan de slag te gaan. Bijna alle gesprekspartners gaven verder aan af en toe revalidatiebeurzen bij te wonen. Soms voorzag een bepaalde instantie ook intern in opleidingen en/of kwamen de verstrekkers het gebruik van een hulpmiddel toelichten. Regelmatig werd ook aangegeven dat een nieuw beschikbaar hulpmiddel eerst door de betrokken personen werd uitgetest alvorens deze aan anderen aan te raden. Opvallend in de gesprekken was het initiatief 'Infovisie Magazien' van Licht en Liefde waarin onder andere de testverslagen betreffende bepaalde technische hulpmiddelen voor slechtzienden en blinde mensen worden opgenomen.

Wat betreft het conceptueel diagnostisch kader dat de adviesverleners hanteren verwijzen de IMB-MDT's van het VAPH meestal naar het kader dat gehanteerd wordt door het KOC. Door de overige geïnterviewde werd er zelden naar een specifiek kader gerefereerd. Regelmatig wordt naar het ICF verwezen, waarbij dan wel vaak de opmerking wordt gemaakt dat dit kader de adviesverlening eerder impliciet dan expliciet ondersteunt.

3.2 Aanmelding

Tijdens de interviews verzamelden we tevens informatie omtrent de aanmelding. Bij de meeste MDT's en experts die advies leveren in het kader van de IMB-procedure van het VAPH kan men zowel op eigen initiatief als na doorverwijzing terecht. Bij een beperkt aantal MDT's/experts kan men uitsluitend terecht na doorverwijzing. De instroomkanalen bij doorverwijzing zijn zeer divers. Wanneer een MDT verbonden is aan een dienst waar ook zorg gegeven wordt (o.a. ziekenhuizen, revalidatiecentra, residentiële opvang, thuiszorg) dan worden er via die kanalen redelijk wat mensen doorverwezen. Ook MDT's die zelf niet verbonden zijn aan dergelijke zorginstanties, krijgen via deze wegen toch zeer regelmatig personen doorverwezen. Kinderen worden ook vaak via hun school doorverwezen. Ten slotte zorgt ook de huisarts soms voor een doorverwijzing.

De gesprekspartners die (ook) advies gaven aan personen boven de 65-jaar, die niet erkend waren als persoon met een handicap, gaven aan dat er ook bij hen de mogelijkheid is om in te stromen zowel op eigen initiatief als via doorverwijzing. Binnen de klinische setting geraakt men meestal maar binnen na doorverwijzing, waarbij deze doorverwijzing ook vaak intern is. De mutualiteiten zien veel ouderen met een behoefte aan hulpmiddel instromen via ziekenhuizen, thuiszorg en mantelzorg. Hierdoor zijn deze ouderen reeds vaak gekend op hun diensten maatschappelijk werk.

In antwoord op de vraag met welk soort hulpvragen men vooral geconfronteerd werd, kwamen er zeer diverse antwoorden. Een beperkt aantal gesprekspartners verwezen naar het type van hulpmiddelen waar zij vooral expertise rond hadden (bv. mobiliteitshulpmiddelen, communicatiehulpmiddelen, kleinere woningaanpassingen), maar het merendeel van de gesprekspartners verwezen naar het soort beperking waar men specifieke expertise in had opgedaan. Uit deze antwoorden bleek de diversiteit van de samenstelling van de door ons gesproken groep van personen. Vier geconsulteerde organisaties gaven aan zich te specialiseren in mobiliteitsbeperkingen, drie in beperkingen op vlak van visus, twee op

neuromusculaire beperkingen, twee op neurologische en locomotorische beperkingen, en twee op chronische aandoeningen. Zes gesprekspartners gaven aan een zeer grote verscheidenheid van hulpvragen tegen te komen. Eén gesprekspartner gaf aan enkel ouderen op te nemen (en dus enkel aan ouderen advies te verlenen). Een andere gesprekspartner verleende enkel advies aan kinderen.

Over het algemeen vonden onze gesprekspartners het moeilijk om aan te geven welke informatie reeds voorhanden was op het moment dat men aan het adviseringsproces begon. Het meest gegeven antwoord op deze vraag was dat dit afhing van de manier waarop personen bij hen terechtgekomen waren. Wanneer personen zonder doorverwijzing bij hen terechtkunnen, komt het uiteraard voor dat er nog geen enkele of zeer weinig informatie beschikbaar is. Indien het een interne doorverwijzing betrof, was er vaak al redelijk wat informatie voor handen. Zo zijn personen soms al gekend bij de dienst maatschappelijk werk van de mutualiteiten, en is er daar al redelijk wat informatie beschikbaar afhankelijk van hoe intens het contact voorheen was. Indien de persoon met een hulpmiddelen nood is opgenomen in een ziekenhuis of een revalidatiesetting, dan is er vaak al een uitgebreid dossier met medische en de belangrijkste sociale gegevens beschikbaar. Indien men anderzijds doorverwezen werd door de huisarts, dan heeft deze meestal al de relevantste medische informatie doorgegeven. Indien een persoon op eigen initiatief naar een MDT stapt, dan hebben sommige MDT's de gewoonte om het medisch dossier bij de huisdokter op te vragen, of deze een medische vragenlijst te laten invullen. Diensten die zich vooral richten op een populatie met een chronische ziekte, volgen deze persoon vaak reeds gedurende langere tijd vooraleer er een hulpmiddel is aangewezen, waardoor er dan ook reeds veel informatie beschikbaar. Een belangrijke informatiebron voor MDT's is het VAPH-dossier wanneer dit reeds voor handen is.

3.3 Hulpmiddelenadviseringsproces

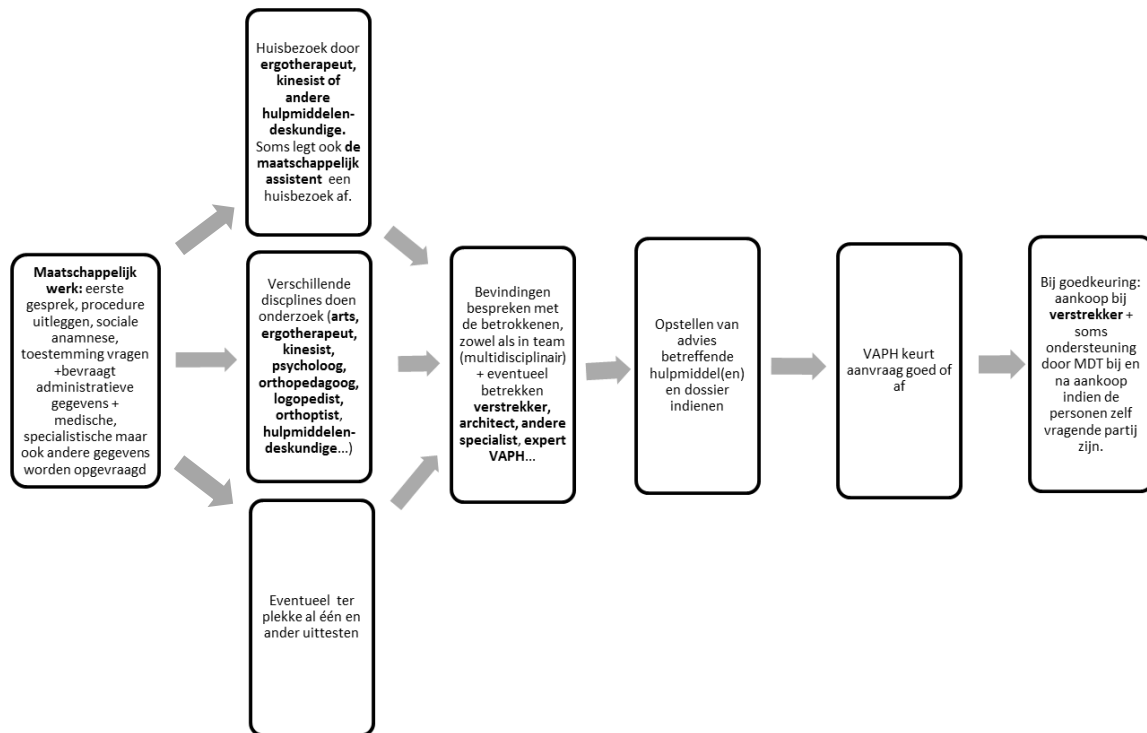
Vooreerst dient opgemerkt te worden dat we een overkoepelend zicht weergeven van de disciplines die betrokken kunnen worden tijdens de verschillende fasen. Alle opgelijste disciplines worden echter niet steeds bij elke vraag naar adviesverlening betrokken. In een belangrijk deel van gesprekken kwam naar voren dat de gesproken diensten en personen op bepaalde disciplines een beroep kon doen indien men dit nodig acht (zie verder), maar dat deze niet automatisch altijd betrokken worden. Ook is er variabiliteit aangaande de betrokken disciplines tussen instanties en binnen instanties naargelang het soort van hulpvraag. Ten slotte, bepaalde disciplines kunnen vermeld worden als deelnemend aan het proces, maar daarmee is de mate van hun betrokkenheid nog niet vastgesteld. Mogelijks is de deelname van sommige disciplines eerder beperkt.

3.3.1 Bij de doelgroep personen met een handicap

In onderstaande figuur (Figuur 16) wordt het proces van hulpmiddelenadvies bij MDT's en experts binnen de VAPH-procedure op een veralgemeende manier weergegeven. De kwalificatie "veralgemeend" is hierbij van belang. Hoewel er een duidelijk protocol is ontwikkeld door het KOC betreffende de hulpmiddelenadvies, waarvan binnen deze gesprekken tot uiting kwam dat het ook goed opgevolgd wordt, kunnen er toch verschillen in het adviesproces onderkend worden.

Ten eerste, MDT's verschillen in het voortraject dat een persoon aflegt. In wat volgt bespreken we namelijk specifiek enkel het hulpmiddelenadviesproces zoals geprotocolleerd door het VAPH. Heel vaak is dit proces gekaderd binnen een breder indicatiestellingsproces, bijvoorbeeld wanneer het MDT is aangesloten bij een revalidatie-afdeling, of wanneer men bij een mutualiteit terecht komt met een brede zorgvraag waarbij naast hulpmiddelen ook andere vormen van ondersteuning aangewezen kunnen zijn. Op dat moment gaat men binnen het MDT eerst van start met een algemene vraagverheldering betreffende hoe de aangemelde persoon zo goed mogelijk kan geholpen worden. Wanneer dan beslist wordt dat een hulpmiddel mogelijk is aangewezen, wordt nagegaan of de persoon aanspraak zou kunnen maken op een tegemoetkoming via de VAPH-procedure voor individuele materiële bijstand. Wanneer dit het geval is, wordt deze procedure opgestart. Tijdens het zo opgestarte adviesproces kan men natuurlijk voortbouwen op de reeds aanwezige informatie verzameld tijdens de bredere aanmeldingsfase. De manier waarop men instroomt kan zo onder andere het verloop van het adviesproces beïnvloeden. Echter, gezien de zeer grote verscheidenheid aan vormen die deze aanmeldingsfase kan aannemen, valt de procesbeschrijving ervan buiten het bereik van de huidige studie.

Verder verschillen de MDT's en experts in de mate en de wijze waarop er een huisbezoek wordt afgelegd. Dit kan deels gerelateerd worden aan het bredere kader waarin de MDT's opereren. Wanneer men bijvoorbeeld ook zelf thuiszorg aanbiedt en hiervoor ook een advies wil formuleren, zal men sneller een huisbezoek afleggen, ook al is dat voor de eigen hulpmiddelenaanvraag misschien niet direct absoluut noodzakelijk. De noodzaak van een huisbezoek bleek verder ook hulpmiddelenspecifiek. Wanneer een woningaanpassing aan een bestaand huis overwogen wordt, is een huisbezoek bijvoorbeeld onontkoombaar volgens onze gesprekspartners. In andere gevallen blijkt een huisbezoek dan weer minder noodzakelijk bijvoorbeeld voor computersoftware of leeshulpmiddelen. Wanneer er meer technische hulpmiddelen of zeer grote hulpmiddelen in het spel zijn, worden personen al sneller gevraagd deze op verplaatsing (bij het MDT of de verstrekker) te gaan uittesten en vinden er ook geen huisbezoeken plaats. Soms heeft er dan al wel een huisbezoek plaatsgehadt binnen het bredere kader waarin de meeste MDT's opereren. Sommige MDT's voorzien in een bepaalde mate van ondersteuning bij de aankoop van een hulpmiddel, en sommige MDT's zowel als verstrekkers voorzien verder in een training in het gebruik van het hulpmiddel vooral wanneer het complexe en technisch meer uitdagende hulpmiddelen betreft. Voor meer eenvoudige hulpmiddelen zal deze service meestal niet beschikbaar zijn.



Figuur 16 Veralgemeende weergave van het proces van hulpmiddelenadviesering bij multidisciplinaire teams en experts erkend door het VAPH

Ten derde, zoals reeds eerder aangegeven is niet elk team samengesteld uit dezelfde disciplines en levert niet elke discipline een bijdrage aan elke adviesverlening. Bovendien kunnen er verschillen zijn tussen teams betreffende de taken die een bepaalde discipline krijgt toegewezen. Zo is in sommige teams de maatschappelijk assistent verantwoordelijk voor het voeren van de gesprekken rond noden, wensen en verwachtingen, terwijl in andere teams de ergotherapeut of de psycholoog dit op zich neemt. Ook hier kan de concrete werkverdeling afhangen van het breder kader waarbinnen men opereert. Wel is het zo dat elk MDT-team verplicht uit minstens een medicus, een master in de psychologische of pedagogische wetenschappen en een sociaal assistent of sociaal verpleegkundige bestaat. Wanneer men advies geeft rond individuele materiële bijstand (IMB; hulpmiddelen) dan dient dit team aangevuld te zijn met een hulpmiddelendeskundige (bijvoorbeeld een ergotherapeut of een andere persoon met de nodige ervaring op dat vlak).

Wanneer we nu specifiek naar het hulpmiddelenadvieseringsproces van de MDT's kijken, dan kunnen de volgende algemene bevindingen betreffende de betrokken disciplines vastgesteld worden:

- De disciplines die bijna altijd betrokken zijn in de adviesering van een hulpmiddel bij personen met een handicap zijn de ergotherapeut en de arts. Soms betreft het een kinesist eerder dan een ergotherapeut.
- Eerder zagen we dat de expertise van een psycholoog of orthopedagoog en van een maatschappelijk assistent of sociaal verpleegkundige steeds beschikbaar diende te zijn binnen een MDT. Deze disciplines werden echter niet tijdens alle gesprekken aangehaald als deel van het advieseringsproces, maar wel binnen een substantieel deel. Mogelijk worden ze niet in alle teams standaard betrokken, en in die zin ook niet spontaan vermeld, terwijl hun expertise wel steeds beschikbaar is indien nodig. Wat betreft de maatschappelijk assistenten kan het zijn dat deze meer taken opneemt in het voortraject en natraject en iets minder tijdens het eigenlijke advieseringsproces zelf.

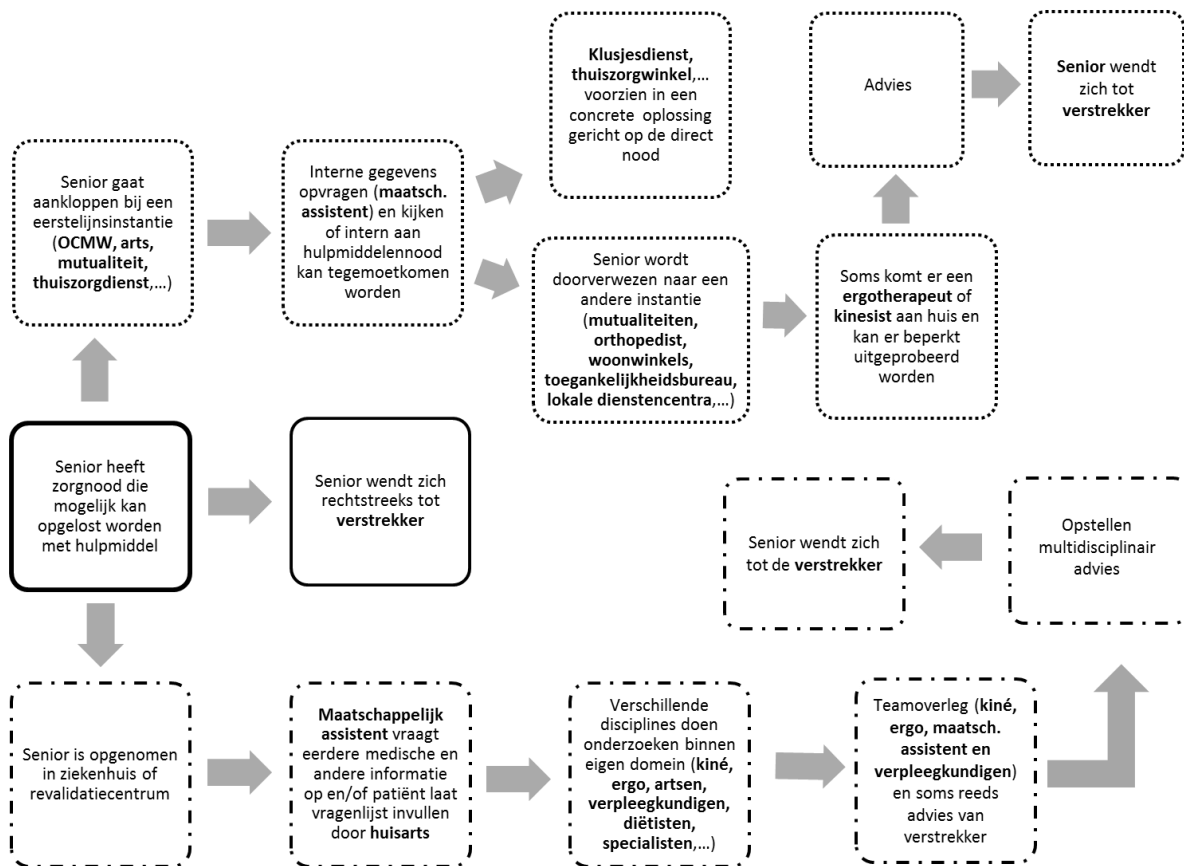
- De verstrekkers worden minder vaak aangehaald als betrokken instantie. Deze zijn natuurlijk sowieso betrokken aan het einde van het proces bij de aankoop van een hulpmiddel, maar hun inbreng tijdens het adviseringsproces werd door minder dan de helft van de gesprekspartners vernoemd
- Bij een beperkt aantal MDT's of experten is ook de expertise van een logopedist of een orthopedist aanwezig, vaak ook binnen het ruimer kader van de reguliere werking naar specifieke doelgroepen toe.
- Een aantal MDT's/experten heeft ook een demoruimte of uitleenfaciliteit beschikbaar zodat personen bepaalde hulpmiddelen kunnen uitproberen.

3.3.2 Bij de doelgroep ouderen zonder voorgaande erkenning als persoon met een handicap wat betreft niet-mobiliteitshulpmiddelen

Het in kaart brengen van het adviseringsproces rond niet-mobiliteitsgerichte hulpmiddelen bij ouderen die voor hun 65 jaar niet erkend werden als persoon met een handicap werd bemoeilijkt door verschillende factoren. Ten eerste is er in veel gevallen niet echt sprake van een uitgebreid beoordelings- en adviseringsproces. Redelijk wat ouderen stappen namelijk rechtstreeks naar de verstrekker (o.a. thuiszorgwinkels, orthopedisten, zorgshops). Wanneer de oudere geen voorafgaand advies heeft ingewonnen bij een andere instantie en er geen terugbetaling mogelijk is, zal het beslissingsproces daar eerder kort zijn. De verstrekker zal wel ondersteuning bieden bij het selecteren van een concreet hulpmiddel, maar de diepgang van de informatie die kan ingewonnen worden wanneer men ter plekke in de winkel binnenloopt, zal eerder beperkt zijn en louter gericht op het onmiddellijke, concrete probleem zoals door de senior zelf aangegeven wordt. Wel kunnen ouderen op dat moment reeds informatie verworven hebben via vrienden, lotgenoten, verenigingen, waardoor men soms al de mogelijkheid heeft gehad om een hulpmiddel kort te zien of uit te proberen alvorens deze aan te schaffen. Verder, wanneer het eerder complexe of sterk individueel aangepaste of technische hulpmiddelen betreft dan zal het adviseringsproces bij de verstrekker waarschijnlijk uitgebreider zijn (zie ook verder) zowel als de opvolging en training na aankoop.

Ten tweede zoals reeds eerder gezegd identificeerden weinig diensten zich zelf als verantwoordelijk voor de advisering van ouderen rond hulpmiddelen. De meeste diensten die regelmatig in contact komen met ouderen met zorgnoden (o.a. thuiszorgdiensten, OCMW's, expertisecentra, mutualiteiten) gaven aan eerst na te gaan of het gemelde probleem door een andere dienst binnen de eigen organisatie kan opgelost worden (bv. door de eigen klusjesdienst of bij de eigen hulpmiddelenwinkel) om daarna eventueel door te verwijzen naar een externe instantie. Regelmatig wordt doorverwezen naar een dienst van de mutualiteiten (zorg aan huis of thuiszorgwinkel). Bij bepaalde organisaties kan de oudere ook terecht voor het uitlenen van materiaal, vaak zal dit ook gebeuren via bijvoorbeeld een thuiszorgwinkel.

Ten derde, het ontbreken van een wettelijk kader impliceert dat er geen vastgelegd protocol adviesverlening is uitgewerkt. Dit maakt dat er zeer grote verschillen mogelijk zijn. Veralgemeend kunnen we het adviseringsproces bij deze doelgroep echter als volgt samen vatten:



Figuur 17 Veralgemeende weergave van het hulpmiddelenadviseringsproces (niet- mobiliteitshulpmiddelen) bij ouderen die niet erkend zijn als persoon met een handicap voor hun 65 jaar

In bovenstaande figuur kunnen drie verschillende situaties onderscheiden worden:

1. De oudere wendt zich rechtstreeks tot de verstrekker.
2. De senior wendt zich tot een eerstelijnsinstantie (o.a. OCMW, arts, mutualiteit, thuiszorgdienst)
3. De persoon is opgenomen in een ziekenhuis of revalidatiecentrum.

Bovenstaande situaties betreffen de meest voorkomende scenario's zoals deze uit onze gesprekken naar voren kwamen, maar dit neemt niet weg dat er uiteraard nog andere scenario's mogelijk zijn. Hieruit blijkt dat de verstrekker, logischerwijs, altijd zal betrokken zijn bij de adviesverlening. Bij deze doelgroep zullen in veel situaties de verstrekkers zelfs als enige betrokken zijn, zeker wanneer de zorgnood eerder beperkt is.

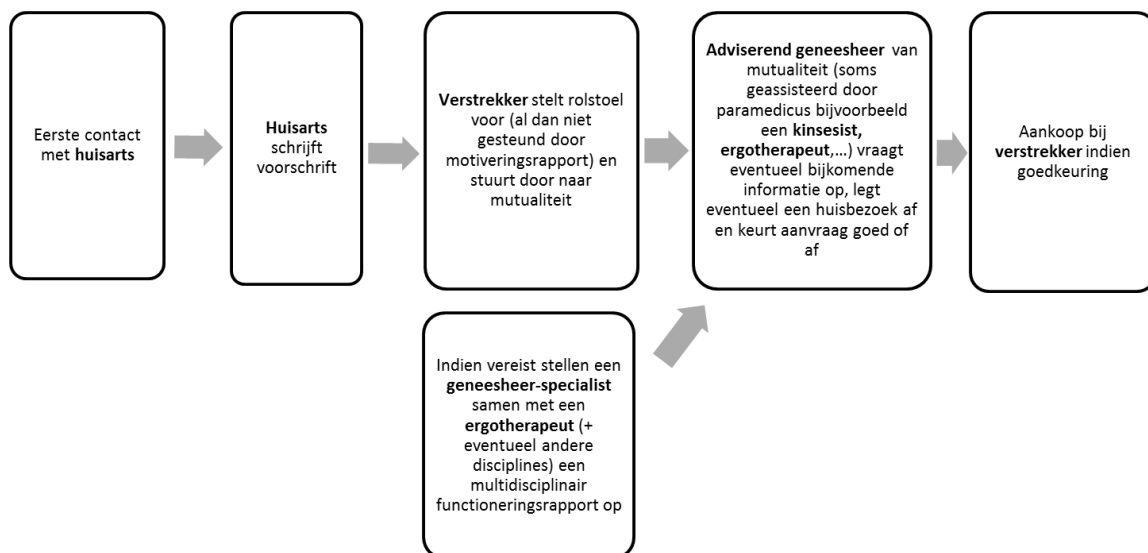
Wanneer een oudere aanklopt bij een eerstelijnsinstantie dan kan deze zich soms beroepen op reeds intern aanwezige informatie om een meer globaal beeld op de situatie van de oudere te vormen. Vervolgens gaat men in eerste instantie vaak bekijken of men de oudere binnen de eigen instelling kan helpen. Zo kunnen OCMW's soms doorverwijzen naar een eigen klusjesdienst en bepaalde mutualiteiten naar de eigen thuiszorgwinkel. Dit gebeurt meestal wanneer de benodigde ingrepen in eerste instantie eerder eenvoudig lijken. Wanneer het eigen aanbod niet voldoet, verwijst men door. Hier heeft men verschillende mogelijkheden zoals woonwinkels, lokale dienstencentra of "ergo aan huis" diensten van de mutualiteiten. Deze diensten hebben dan soms de mogelijkheid om een ergotherapeut of kinesist bij de senior aan huis te laten komen. Zij verlenen dan concreet advies, de woonsituatie en dagelijkse noden

in overweging nemend. Via uitleendiensten kan de oudere in sommige gevallen een specifiek hulpmiddel uitproberen alvorens dit aan te schaffen.

Ten slotte kan de oudere zich ook in een revalidatiecentrum of ziekenhuis bevinden. Op dat moment is er een meer uitgebreid dossier beschikbaar en is er de ruimte om bijkomende informatie te verzamelen. De diagnostiek wordt dan werkelijk multidisciplinair. Binnen de ziekenhuissetting is er echter minder ruimte voor huisbezoeken, al gebeuren ze wel, afhankelijk van de vraag en het specifieke ziekenhuis.

3.3.3 Bij de mobiliteitshulpmiddelen (zowel personen met een handicap en ouderen)

De betrokken disciplines bij het adviseringsproces voor mobiliteitshulpmiddelen zijn eenvoudig in kaart te brengen als gevolg van de strikte protocolisering die hierrond is opgebouwd (zie eerder). Let wel, het betreft hier enkel de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor recent de financiering vanuit het RIZIV naar Vlaanderen is overgeheveld. Andere mobiliteitshulpmiddelen zoals bijvoorbeeld een tandem of een witte stok worden niet binnen onderstaande figuur gevat.



Figuur 18 Veralgemeende weergave van het adviseringsproces voor mobiliteitshulpmiddelen

Meerdere MDT's, en een belangrijk deel van de vertegenwoordigers van ziekenhuizen en revalidatiecentra gaven aan dat ze ook advies verleenden rond mobiliteitshulpmiddelen. Sommige MDT's, maar niet allen, hebben dan ook een erkenning als RIZIV-team (zie eerder). Zij geven vaak advies rond die mobiliteitshulpmiddelen waarvoor een multidisciplinair verslag dient opgesteld te worden (bv. kinderrolstoel, actiefrolstoel, elektronische rolstoel, elektronische scooter of stasysteem). Het verschil met de adviesverlening in het kader van de VAPH-procedure lag er dan volgens hen in dat er iets minder disciplines betrokken werden bij de adviesverlening rond mobiliteitshulpmiddelen dan binnen de VAPH-procedure. Het zwaartepunt van de adviesverlening komt dan meestal bij de ergotherapeut (of kinesist) en de arts te liggen, in samenspraak met de verstrekker. Beide disciplines zijn dan ook verplicht betrokken bij het opstellen van een multidisciplinair verslag. Het is ook zo dat de nomenclatuur vrij strikte regels oplegt, en dat er dus minder adviseringsvrijheid is wat betreft de mobiliteitshulpmiddelen.

3.3.4 Algemeen besluit betreffende het adviesverleningsproces

Samenvattend kunnen we stellen dat de feitelijke situatie van het hulpmiddelenadviseringsproces in Vlaanderen, waarbij de advisering van mobiliteitshulpmiddelen los wordt gezien van de advisering van

niet-mobiliteitshulpmiddelen en waarbij voor deze laatste er ook nog eens een breuklijn loopt op basis van de leeftijd (65 jaar), leidt tot verschillen in het proces voor de verschillende doelgroepen.

Niet alleen zijn er verschilpunten wat betreft de te onderkennen fasen, maar ook de betrokken disciplines verschillen. De meeste zekerheid op een werkelijk multidisciplinair adviseringsproces hebben personen met een handicap die erkend is voor hun 65^e jaar wanneer men een niet-mobiliteitshulpmiddel wenst aan te schaffen. Ook voor bepaalde mobiliteitshulpmiddelen kan men op een multidisciplinair advies rekenen, waarbij er meestal wel minder disciplines betrokken zijn dan bij de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen aan personen met een erkende handicap. Wat betreft de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen bij ouderen, die niet geprotocolleerd is, is de mate van multidisciplinariteit afhankelijk van waar deze senior terecht komt. Over het algemeen zal deze advisering echter niet multidisciplinair zijn.

Nu, we wensen de multidisciplinariteit van een advies niet in alle situaties als gouden standaard naar voren te schuiven. In meer eenvoudige situaties kan een daartoe opgeleide beroepsgroep (bijvoorbeeld ergotherapeuten, kinesisten of verstrekkers) waarschijnlijk unidisciplinair eveneens het meest gepaste advies geven. Echter, gezien een handicap niet zelden evolueert over de tijd en bijkomende beperkingen in de toekomst vaak mogelijk zijn, zeker bij ouderen, is multidisciplinariteit soms ook dan aangewezen, om deze toekomstevoluties waar mogelijk onmiddellijk mee op te nemen in het advies. Verder zullen heel wat ouderen geconfronteerd worden met een meervoudige problematiek of bijkomende beperkingen omwille van het ouder worden, die elkaar onderling beïnvloeden (bv. motorische beperkingen die nog verergerd worden door een dementieproblematiek). Verder gaven onze gesprekspartners ook aan dat veel senioren moeite hebben met de aanvaarding van de beperkingen, en dat dit gebrek aan aanvaarding eveneens de advisering kan bemoeilijken. Ook in dergelijke gevallen kan een multidisciplinariteit van het adviseringssteam een meerwaarde betekenen. In de literatuur wordt multidisciplinariteit trouwens als één van de belangrijkste principes naar voren geschoven (zie eerder). Vooral wat betreft de advisering bij ouderen voor niet-mobiliteitshulpmiddelen is er hiervoor in Vlaanderen toch nog een behoorlijke weg af te leggen.

Wat betreft het verschil in fasen van het adviseringsproces valt voornamelijk op dat het mogelijk verloop van het adviseringsproces bij senioren (niet-mobiliteitshulpmiddelen) veel verscheidener is dan bij de andere types van adviseringsprocessen. Daar waar er redelijk eenvoudig een veralgemeende weergave van het adviseringsproces in het kader van de VAPH- of RIZIV-procedure valt op te stellen, is dit niet mogelijk voor het adviseringsproces van senioren. Het ontbreken van een uitgewerkt protocol en tegemoetkomingen voor deze doelgroep draagt hier ongetwijfeld aan bij.

Ten slotte wensen we ook nog op te merken dat hoewel de VAPH- en RIZIV-procedure duidelijk omschreven kunnen worden, het voor de individuele persoon toch nog ingewikkeld kan zijn welke instantie nu terugbetaling voorziet voor welk hulpmiddel. De persoon wordt dikwijls met meerdere instanties geconfronteerd vooraleer deze een advies rond hulpmiddelen ontvangt. We halen hierbij enkele voorbeelden aan. Zo moet men zich bijvoorbeeld voor een rolstoel via de arts tot het RIZIV wenden, maar het onderhoud en de herstelling van die rolstoel gebeurt wel via het VAPH, indien men bij het VAPH erkend is, als ook bijvoorbeeld het verkrijgen van een tweede rolstoel wanneer men daarvoor in aanmerking komt. Het is wel zo dat om de procedure te vereenvoudigen, het VAPH afspraken maakte met het RIZIV en de ziekenfondsen. Oordeelt het ziekenfonds dat een persoon in aanmerking kan komen voor een (bijkomende) tegemoetkoming vanwege het VAPH, dan stuurt die automatisch de aanvraag door naar het VAPH, indien de persoon op het aanvraagformulier expliciet voor die mogelijkheid koos. Voor terugbetaling van bepaalde andere hulpmiddelen, zoals een bril of een prothese, dient men dan

weer een andere procedure te volgen via het RIZIV, ook al is men erkend als persoon met een handicap. Voor bijvoorbeeld trapliften kan men verder een tegemoetkoming krijgen via de Vlaamse aanpassingspremie, ook al staat deze ook op de refertelijst van het VAPH. Verder is het mogelijk dat men na de revalidatie pas wordt doorverwezen naar een MDT, bijvoorbeeld als de revalidatie-instelling zelf geen erkenning als MDT heeft, waarna dit MDT dan bepaalde informatie opnieuw dient te verzamelen. Dit zijn maar enkele voorbeelden van hoe een persoon met een nood aan een hulpmiddel of meerdere hulpmiddelen soms bij meerdere instanties, die verschillende procedures hanteren, dient aan te kloppen om zijn nood ingevuld te zien.

3.4 Determinanten van de hulpmiddel nood: vergelijking over doelgroepen heen

3.4.1 Methode

In de vorige paragraaf werd het volledige adviseringsproces en de betrokken disciplines besproken. In wat volgt brengen we de essentiële componenten van de beoordeling van de hulpbehoefte en de daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen – of kortweg de determinanten van de hulpmiddelen nood - in kaart. Hiertoe werden binnen elk interview de verschillende determinanten gedetailleerd bevraagd. Vervolgens codeerde we deze determinanten naar aard en frequentie waarbij de classificatie uit de literatuurstudie als referentiekader werd genomen. Zo brachten we de determinanten in kaart, afzonderlijk voor de drie subgroepen. Het betreft hier uiteraard een standaardscenario, waardoor de effectief gehanteerde determinanten per concrete situatie kunnen verschillen. Wanneer een gesprekspartner zowel advies gaf als MDT-IMB en voor mobiliteitshulpmiddelen, dan werden de determinanten voor beiden afzonderlijk beschreven. Voor het adviseringsproces volgens de RIZIV-procedure vormden de bijhorende formulieren (bijlage 19, 19bis, 19ter, 20) een interessante bijkomende bron van informatie. De meeste gesprekspartners die regelmatig advies verleenden rond mobiliteitshulpmiddelen gaven namelijk aan dat deze formulieren inderdaad de basis vormen ter bepaling van welke aspecten in kaart gebracht worden. Voor de inhoud van het adviseringsproces van de MDT's konden we tevens Griffioen consulteren, de VAPH-applicatie waarmee de multidisciplinaire verslagen dienen opgemaakt te worden.

Door de frequentie in kaart te brengen waarmee een bepaalde determinant aan bod kwam doorheen de gesprekken, kunnen we een rudimentaire inschatting maken van het relatief voorkomen van deze determinant in het globale (over gesprekspartners heen) adviseringsproces zoals tot uiting kwam in dit onderzoek. Hierbij dienen we op te merken dat de precieze invulling van de determinanten van de hulpmiddelen nood binnen elke doelgroep bijkomend kan variëren naargelang de specifieke beperking, de verwachte gebruikersfrequentie en het doel van het hulpmiddel. Ook kan het adviseringsproces beïnvloed worden door het soort hulpmiddel dat waarschijnlijk aangewezen zal zijn en de verwachte kostprijs (voor een zeer goedkoop hulpmiddel zal niet altijd een uitgebreid adviseringsproces opgezet worden). In wat volgt gaan we voor de VAPH-procedure voor niet-mobiliteitshulpmiddelen en de RIZIV-procedure voor mobiliteitshulpmiddelen uit van de situatie waarbij een volledig adviseringsproces plaatsheeft. Wat betreft de VAPH-procedure handelt deze analyse dus niet over de situatie waarin een vereenvoudigde aanvraag kan volstaan. Wat betreft de RIZIV-procedure handelt deze analyse over de situatie waarin naast een voorschrift en motiveringsrapport, tevens een multidisciplinair functioneringsrapport vereist is (bv. voor een kinderrolstoel, actiefrolstoel, elektronische rolstoel, elektronische scooter of stasysteem).

In wat volgt wordt dan de mate van aanwezigheid van elk van de onderscheiden determinanten in het adviseringsproces met een grijschakering aangegeven (zelden of nooit =wit; soms tot regelmatig= grijs, vaak tot altijd=zwart).

We gebruikten de dimensies en subdimensies uit de literatuurstudie als referentiekader voor de codering, waarbij bijkomende categorieën aangevuld konden worden indien nodig. De subdimensies geven, waar relevant, in meer detail weer welke concrete componenten van de dimensie in kaart gebracht werden. Merk op dat er binnen eenzelfde gesprek één of meerdere subdimensies aangehaald konden worden, maar beiden dragen evenwaardig bij aan de relatieve frequentie van de overkoepelende dimensie namelijk vanaf dat er een subdimensie werd aangehaald, werd onmiddellijk ook de aanwezigheid van de overkoepelende dimensie gecodeerd. Overkoepelende dimensies die op deze manier gecodeerd werden, zijn voorzien van een kader in het vetgedrukt.

3.4.2 Resultaten determinanten

- Overkoepelende dimensies

In eerste instantie bekijken we welke *overkoepelende* dimensies van de beoordeling van de hulpbehoefte en de daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen voorkomen (Figuur 19). Merk op dat aangaande de hulpmiddelenadviesing bij 65-plussers voor niet-mobiliteitshulpmiddelen, het hier wederom situaties betreft waarin er werkelijk sprake is van een indicatiestellingsproces, los van aankoop. Situaties waarbij de senior rechtstreeks naar de verstrekker stapt voor meer eenvoudige hulpmiddelen of zaken aanschaft uit bijvoorbeeld algemene warenhuizen, worden hierbij niet in overweging genomen. In die gevallen zullen er waarschijnlijk minder dimensies in rekening gebracht worden.

Uit Figuur 19 blijkt dat voor elk van de drie types van adviseringsproces een brede waaier aan dimensies in kaart gebracht worden. Zo spelen de persoonlijke doelstellingen en prioriteiten in alledrie de adviseringsprocessen een duidelijke rol. Deze worden bijna altijd door middel van een persoonlijk gesprek bevestigd. Dit gesprek handelt dan onder meer over de verwachtingen die een persoon heeft van het hulpmiddel nu maar ook in de toekomst, welke zijn noden en doelen zijn, welke de eigen wensen zijn. De rationale achter is dat een hulpmiddel vaker niet gebruikt zal worden indien het niet tegemoetkomt aan de verwachtingen van een persoon. De meeste gesprekspartners gaven hierbij wel aan te proberen om onrealistische verwachtingen bij te stellen.

Ook de activiteiten en participatie, de persoonlijke factoren en de omgevingsfactoren, worden regelmatig in kaart gebracht bij alle drie de types van adviseringsprocessen. Wanneer een MDT-IMB (VAPH-procedure) handelt binnen een kader van bredere zorgverlening, dan omvat dit gesprek meestal ook een meer uitgebreide vraagverheldering, waarvan de nood aan hulpmiddelen maar één van de meerdere aspecten is.

Wat betreft de medische diagnose of de medische aandoeningen, deze werden minder vaak vermeld door de gesprekspartners die een rol hebben in de adviesing voor niet-mobiliteitshulpmiddelen bij 65-plussers dan door de andere gesprekspartners. Hierbij gaven deze laatste aan dat deze medische diagnose of de medische gegevens vaak gewoon niet voor handen zijn en men zich daar dus niet kan op baseren. Regelmatig wordt er binnen de IMB-MDT's een medische vragenlijst meegegeven die de huisarts van de betrokkene dan dient in te vullen. Binnen een ziekenhuissetting wordt meestal zelf een medisch onderzoek gedaan door een arts of specialist. Specialistische verslagen worden ook regelmatig opgevraagd of zitten reeds in het VAPH-dossier wanneer dat al beschikbaar is. Bij Bijlage 19, het medisch voorschrift ingevuld door de arts met als doel de terugbetaling van bepaalde mobiliteitshulpmiddelen,

wordt ook gevraagd naar de inschatting van de huidige medische situatie of naar de inclusie van een recent geactualiseerd medisch verslag. Het motief van het in kaart brengen van de medische diagnose wordt zelden in vraag gesteld. Eén van de gesprekspartners verduidelijkte dat deze medische informatie hoe dan ook de basis van het advies is.

Ook de prognose wordt bij de 65-plussers voor advisering van een niet-mobiliteitshulpmiddel minder vaak meegenomen dan bij de andere adviseringsprocessen. De inschatting van deze prognose is meestal een medische aangelegenheid die door de arts gebeurt, al wordt ook regelmatig vermeld dat er bijkomende functietesten plaatsvinden om de prognose beter te kunnen inschatten, en deze testen kunnen dan ook gebeuren door andere paramedische disciplines. Het inschatten van de prognose is volgens onze gesprekspartners belangrijk aangezien men een advies wil geven dat langdurig nuttig blijft, zodat er niet voortdurend nieuwe hulpmiddelen aangekocht dient te worden om tegemoet te komen aan veranderende behoeften. Voor de terugbetaling van mobiliteitshulpmiddelen of andere hulpmiddelen via de VAPH-procedure gelden trouwens hernieuwingstermijnen. Indien men dus vrij snel een nieuw hulpmiddel dient te kopen, wordt dit niet terugbetaald. Het in rekening brengen van de evolutie van de beperkingen in de toekomst is dan natuurlijk noodzakelijk. Bij snel evoluerende beperkingen kan hierbij volgens meerdere gesprekspartners wel een spanningsveld opduiken. Men wil namelijk dat het hulpmiddel voldoet aan de huidige noden van de persoon. Indien men volledig inspeelt op de toekomstige noden, dan is het mogelijk dat de persoon ondersteund wordt in zaken die hij/ zij nog perfect zelf kan. Door hier dan toch ondersteuning te bieden, kan het zijn dat de persoon juist functies gaat verliezen die met meer oefening langer behouden zouden blijven.

Verder worden ook de kenmerken van de hulpmiddelen en de huidige functionele mogelijkheden bij de 65-plussers voor advisering van een niet-mobiliteitshulpmiddel minder vaak in kaart gebracht dan bij de andere adviseringsprocessen, maar daar gaan we verder nog dieper op in.

Ten slotte kregen de ouderen niet erkend als persoon met een handicap slechts volgens ongeveer de helft van onze gesprekspartners de mogelijkheid om hulpmiddelen uit te testen in het kader van de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen. Dit uittesten is volgens de gesprekspartners niet enkel belangrijk om na te gaan of het hulpmiddel wel degelijk een antwoord biedt op de geïdentificeerde noden, maar ook om na te gaan of het in de praktijk werkelijk haalbaar is om een hulpmiddel te gebruiken zodat het ook daadwerkelijk gebruikt zal worden in de toekomst. Ook kunnen personen tijdens het uittesten zelf ervaren hoe het is om een hulpmiddel te gebruiken en nagaan of ze er zich goed bij voelen. Verder is het uittesten volgens een bepaalde gesprekspartner een goede manier om na te gaan of een duurder hulpmiddel de extra investering waard is. Ten slotte kan het gebruik van een hulpmiddel situatiespecifiek zijn, en kan men dan het best afwegen welk hulpmiddel aangewezen is door de verschillende hulpmiddelen in verschillende situaties uit te testen.

(Sub)dimensies	65-plussers (niet-mobiliteit)	personen met een handicap (VAPH)	mobiliteitshulpmiddelen RIZIV
(PERSOONLIJKE) DOELSTELLINGEN EN PRIORITEITEN			
MEDISCHE DIAGNOSE (OOK VERLEDEN)			
HUIDIGE FUNCTIONELE MOGELIJKHEDEN			
PROGNOSE			
ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE			
PERSOONLIJKE FACTOREN			
OMGEVINGSFACTOREN			
KENMERKEN HULPMIDDELEN			
MATCH PERSOON - HULPMIDDEL (UITTESTEN)			

Figuur 19 Concordantietabel van de determinanten hulpmiddelen nood zoals geïdentificeerd op basis van de interviews (enkel hoofddimensies, zelden of nooit =wit; soms tot regelmatig= lichtgrijs, vaak tot altijd=donkergrijs) voor elk type van adviseringsproces apart, namelijk bij ouderen zonder erkenning als persoon met een handicap voor niet-mobiliteitshulpmiddelen, individuele materiële bijstand bij personen met een handicap, en mobiliteitshulpmiddelen (zowel personen met een handicap als ouderen)

Vervolgens bekijken we, om een meer gedetailleerd zicht te hebben, voor elk van deze dimensies de subdimensies apart, zoals weergegeven in Figuur 20. Het kan namelijk zijn dat binnen een bepaalde doelgroep voor een bepaalde overkoepelende dimensie een hele waaier aan subdimensies bevroegd worden, terwijl bij een andere doelgroep voor dezelfde overkoepelende dimensie slechts één subdimensie of een beperkte set van subdimensies onder de loep wordt genomen. Bij beiden zal dan aangegeven zijn dat de hoofddimensie in kaart wordt gebracht, terwijl een verdere nuancering hierbij wel noodzakelijk is.

(Sub)dimensies	65-plussers (niet-mobiliteit)	personen met een handicap (VAPH)	mobiliteitshulpmiddelen RIZIV
(PERSOONLIJKE) DOELSTELLINGEN EN PRIORITEITEN			
MEDISCHE DIAGNOSE (OOK VERLEDEN)			
HUIDIGE FUNCTIONELE MOGELIJKHEDEN			
Motorisch			
Sensorisch			
Cognitief			
PROGNOSE			
ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE			
Leren en toepassen van kennis			
Algemene taken en eisen			
Communicatie			
Mobiliteit			
Zelfverzorging			
Huishouden			
Tussenmenselijke interacties en relaties			
Belangrijke levensgebieden			
Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven			
PERSOONLIJKE FACTOREN			
Fysieke kenmerken			
Gewicht			
Lichaamstaal			
Lengte			
Psychosociale kenmerken			
Gepercipieerd voordeel hulpmiddel, verwachtingen			
Bereidheid / motivatie			
Zelfwaarde			
Gepercipieerde competentie			
Zelfbeschikking / autonomie			

(Sub)dimensies	65-plussers (niet-mobiliteit)	personen met een handicap (VAPH)	mobiliteitshulp- middelen RIZIV
Andere (ziekte-inzicht, draagkracht, quality of life)			
Socio-demografische kenmerken			
Leeftijd			
Opleiding			
Tewerkstelling			
Sociaal-economische status			
Geslacht			
Financiële draagkracht			
Ervaring met HM (verleden/heden)			
OMGEVINGSFACTOREN			
Fysieke omgeving			
Producten en technologie			
Natuurlijke omgeving en menselijke aanpassingen			
Sociale ondersteuning			
Support, steun en relaties			
Diensten, systemen, wetgeving en beleid			
Sociale omgeving			
Attitudes nabije omgeving			
Cultuur			
KENMERKEN HULPMIDDELEN			
Functionaliteit: Mobiliteit, Zelfzorg, Sensorisch, Commu- nicatie, Computer/ICT			
Beschikbaarheid/urgentie			
Uitzicht			
Comfort/gebruiksvriendelijkheid			
Performantie/technische specificaties			
Prijs (en terugbetalingsmodaliteiten)			
MATCH PERSOON - HULPMIDDEL (UITTESTEN)			
OVERIG			
Kan men zich vinden in het advies			

Figuur 20 Concordantietabel van de determinanten hulpmiddelen nood zoals geïdentificeerd op basis van de interviews (hoofd- en subdimensies, zelden of nooit = wit; soms tot regelmatig = lichtgrijs, vaak tot altijd = donkergrijs) voor elk type van adviseringsproces apart, namelijk bij ouderen zonder erkenning als persoon met een handicap voor niet-mobiliteitshulpmiddelen, individuele materiële bijstand bij personen met een handicap, en mobiliteitshulpmiddelen (zowel personen met een handicap als ouderen)

- Huidige functionele mogelijkheden

Wat betreft het huidig functioneren worden zowel het motorisch als het sensorisch en het cognitief functioneren in beschouwing genomen. Let wel, de functionele mogelijkheden waar we hier naar verwijzen zijn rechtstreeks gerelateerd aan de fysiologische en mentale functies van het menselijke organisme op zich (o.a. de spiertonus, mobiliteit van gewrichten, de smaak, het geheugen) en worden niet in verband gebracht met het uitvoeren van bepaalde activiteiten. Wanneer het gaat over het al dan niet kunnen uitvoeren van bepaalde activiteiten, dan werd dit aspect onder de noemer 'activiteiten en participatie' gecodeerd.

Enkel bij de 65-plussers wordt het motorisch functioneren meer niet dan wel in kaart gebracht. Over het algemeen worden de huidige functionele mogelijkheden bij de ouderen voor niet-mobiliteitshulpmiddelen minder in kaart gebracht dan bij de personen met een handicap of voor de mobiliteitshulpmiddelen, maar wel nog steeds door een meerderheid van de gesprekspartners. Bij de adviesverlening bij personen met een handicap erkend voor de leeftijd van 65 jaar voor niet-mobiliteitshulpmiddelen wordt het sensorisch functioneren minder in kaart gebracht dan het motorisch functioneren en het cognitief functioneren, maar ook hier nog steeds door een meerderheid van de gesprekspartners. Bij bepaalde

gesprekspartners, gespecialiseerd in beperkingen op sensorisch vlak, zal dit aspect natuurlijk zeer uitgebreid aan bod worden gebracht. Binnen de advisering voor de mobiliteitshulpmiddelen ligt de nadruk sterk op het in kaart brengen van dit motorisch functioneren, niet alleen van de onderste ledenmaten maar van verschillende aspecten van het motorisch functioneren die het gebruik van een rolstoel kunnen beïnvloeden bijvoorbeeld oncontroleerbare bewegingen, spasticiteit.

Wanneer we nu gaan kijken naar de manier waarop deze functionele mogelijkheden concreet in kaart worden gebracht, dan blijkt ook hier veel variëteit te bestaan. Men krijgt vooral zicht op het motorisch functioneren door observatie (vaak door de arts of de ergotherapeut/kinesist) of door het opvragen van beschikbare medische gegevens en testverslagen. Deze observatie kan inhouden dat men de mobiliteit van een persoon observeert tijdens alledaagse bezigheden en verplaatsingen, of dat men hem/haar specifiek aan bijvoorbeeld krachttesten onderwerpt. Deze laatste worden vooral meer gebruikt binnen een klinische en/of revalidatiesetting en zijn meestal de verantwoordelijkheid van de kinesist of de ergotherapeut. Een gesprekspartner merkte nog op dat het evenzeer belangrijk is om de mobiliteit in een onbekende omgeving te evalueren, aangezien zich daar vaak de meeste problemen voordoen bij personen met een visusstoornis, die bijvoorbeeld over het algemeen wel redelijk mobiel zijn in een vertrouwde omgeving.

Aangaande het sensorisch functioneren zijn de verschillen heel groot. Bepaalde gespecialiseerde centra die zich richten op personen met een sensorische beperking doen een uitgebreid onderzoek met specifieke testen, en observeren diverse sensorische functies, ook afhankelijk van welk type van sensorische beperking men heeft (bv. gevoelsstoornis, visuele stoornis, auditieve stoornis, evenwichtsstoornis). Hierbij worden regelmatig logopedisten en orthoptisten betrokken, maar ook soms een neuroloog of een ergotherapeut. Het betreft hier dan vaak, maar niet exclusief een adviseringsproces in het kader van een IMB aanvraag bij het VAPH. Andere MDT's leunen dan weer veel meer op observatie en gespreksgegevens zowel als gegevens van onderzoeken bij specialisten. Hierbij dienen we er nog eens op te wijzen dat het sensorisch functioneren bij de advisering voor niet-mobiliteitshulpmiddelen, onafhankelijk van de leeftijd, minder wordt in kaart gebracht dan het motorisch of het cognitief functioneren. Bij de advisering van mobiliteitshulpmiddelen wordt gevraagd om het zien, horen en de sensibiliteit te beschrijven zonder dat er sprake dient te zijn van een diepgaande bevraging of van een specifieke testing.

Onder de noemer van cognitieve functies kunnen ten slotte een heleboel subdimensies ondergebracht worden. Het betreft hier niet alleen intellectuele functies, maar onder meer ook aandacht, en geheugen, psychomotorische functies, concentratie, oriëntatie, stemming. In de praktijk wordt deze informatie meestal op één van drie verschillende manieren verzameld: Ofwel vraagt men de medische gegevens en testverslagen op van eerder uitgevoerde onderzoeken, ofwel observeert men de cognitieve functies in het dagelijks leven zonder deze expliciet te bevragen, en in derde instantie voeren bepaalde instanties ook zelf testen uit. Dit laatste kan door een grote variëteit van beroepsgroepen gebeuren zoals orthopedagogen, psychologen, neurologen, logopedisten en ergotherapeuten. Bij de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen aan 65-plussers niet erkend bij het VAPH worden de cognitieve functies niet zo vaak expliciet ingeschat, al hangt dit vanzelfsprekend af van waar men terecht komt. Binnen een klinische setting kan dit bijvoorbeeld wel meer gebeuren. Over het algemeen observeert men wel tijdens de contacten of de persoon over voldoende cognitieve mogelijkheden lijkt te beschikken om bepaalde hulpmiddelen te hanteren aangezien men voor het gebruik van sommige complexere hulpmiddelen cognitief voldoende sterk dient te staan. Ook bijvoorbeeld bij personen die zelfstandig gaan wonen maakt het een heel verschil wat betreft ondersteuningsnaden of men cognitief sterk of eerder zwak is volgens

een bepaalde gesprekspartner. Bij de aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel moeten de oriëntatie in tijd, ruimte en persoon en de cognitie (denken, leren en geheugen) beschreven worden. Binnen de IMB-MDT's erkend door het VAPH wordt het algemeen niveau van denken, taal, lezen, schrijven en rekenen in kaart gebracht, zowel als het IQ indien beschikbaar. Soms wordt zelf een IQ-test afgenomen. Men heeft wel steeds de mogelijkheid om aan te geven wanneer bepaalde gegevens niet als relevant beschouwd worden. Verder kunnen ook observaties betreffende onder meer het oriëntatievermogen, de concentratie, het geheugen, het taal- en spraakvermogen genoteerd worden in het Griffioenverslag. Verder gaven redelijk wat gesprekspartners aan dat de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis het functioneren kan beïnvloeden en op die manier dus ook de nood aan hulpmiddelen. Zo kan een depressie leiden tot inactiviteit zowel als een beperkte medewerking aan diagnostisch onderzoek. Dit zal het gevormde beeld dan aanzienlijk vervormen.

- Activiteiten en participatie

Vervolgens nemen we de dimensie van de activiteiten en de participatie onder de loep. Hierbij valt direct op dat tijdens het adviseringsproces voor niet-mobiliteitshulpmiddelen bij personen met een erkende handicap potentieel de breedste waaier aan subdimensies in kaart gebracht wordt. Al dienen hier ook nuances in aangebracht te worden. De communicatie, tussenmenselijke interacties, algemene taken en eisen en het maatschappelijk leven werden opvallend minder vaak door de gesprekspartners met ervaring bij deze doelgroep vernoemd dan de mobiliteit, de zelfverzorging, het huishouden en de belangrijke levensgebieden. Toch gaf nog steeds het merendeel van de gesprekspartners met ervaring bij deze doelgroep aan dat deze aspecten in beschouwing werden genomen. De volgende vragenlijsten worden in dit kader gehanteerd: De Canadian Occupational Performance Measure (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko and Pollock, 1998), de ActivLim (Vandervelde, Van den Bergh, Goemans & Thonnard, 2007) en de Functional Independence Measure (de FIM; Hamilton, Laughlin, Fiedler & Granger., 1994). De Barthel-schaal, de GAF-schaal en de Elidaschaal worden bijna standaard afgenomen, daar er expliciet naar wordt verwezen binnen Griffioen, het verplichte registratieprogramma voor de MDT's.

Bij de mobiliteitshulpmiddelenadvisering staat, niet verassend, het functioneren wat betreft de mobiliteit op de voorgrond en de invloed daarvan op de activiteiten die daarbij kunnen uitgevoerd worden. Maar ook wordt nagegaan of het mobiliteitshulpmiddel gebruikt zal worden voor beroeps- of lesbezigheden, tijdens de vrije tijd en voor deelname aan het maatschappelijk leven/ sociale contacten. Aspecten van zelfverzorging en het huishouden, prominent aanwezig in de analyse in het kader van de niet-mobiliteitshulpmiddelen, staat bij de advisering van mobiliteitshulpmiddelen veel minder op de voorgrond al wordt wel geïnformeerd naar het gebruiksdoel van het mobiliteitshulpmiddel (onder andere gebruik in het huishouden) en naar hoe vaak men de rolstoel gebruikt in de woning, de onmiddellijk omgeving, en bij de boodschappen. Ook hier kan men beschrijvingen en opmerkingen geven, deze laatste zijn facultatief.

Bij de advisering van ouderen betreffende een niet-mobiliteitshulpmiddel hangt er ook hier weer veel af van de concrete situatie waarin men zich bevindt en de instantie betrokken in het adviesverleningsproces. Wanneer men aankomt bij een verstrekker zonder voortraject zal waarschijnlijk, afhankelijk van de verstrekker, voornamelijk het dagelijks leven en de nood aan een (eenvoudig) hulpmiddel kort bevestigd worden tijdens een gesprek. Bevindt men zich in een revalidatiesetting, dan is er ruimte om bijvoorbeeld bepaalde vragenlijsten af te nemen. Indien er vanuit de thuiszorgsector een ergotherapeut aan huis komt dan kan deze de beperkingen tijdens de dagelijkse activiteiten in het huis observeren. De instrumenten die bij deze doelgroep worden afgenomen zijn onder andere de BEL-schaal en de Katz-schaal. Verder, wat betreft het functioneren op vlak van tussenmenselijke interacties dienen we een

verduidelijking te maken. Zo is er enige overlap tussen de categorieën tussenmenselijke interacties en relaties, maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven, communicatie en sociale omgeving en sociale ondersteuning. Afhankelijk van de concrete invulling van wat er gemeten wordt, kan een bepaald aspect van het adviesverleningsproces dan bij de ene of de andere categorie gecodeerd worden, terwijl het toch om vrij gelijkaardige aspecten kan gaan. Zo lijkt het aspect van tussenmenselijke interacties minder in kaart gebracht te worden bij de advisering van een niet-mobiliteitshulpmiddel bij ouderen. Echter, dat betekent niet dat men bij hen niet naar sociale relaties kijkt, maar deze werden geregistreerd bij sociale ondersteuning. Het is namelijk zo dat er bij deze oudere populatie vooral wordt gekeken naar de aanwezigheid van sociale ondersteuning, terwijl bijvoorbeeld bij personen met een handicap erkend voor hun 65 jaar er ook meer apart wordt gekeken naar het sociaal functioneren en minder enkel naar de aanwezigheid van sociale steun.

- Persoonlijke factoren

De persoonlijke factoren werden verder opgedeeld in de onderdelen: fysieke kenmerken, psychosociale kenmerken, socio-demografische kenmerken en ervaring met hulpmiddelen.

Over het algemeen valt op dat fysieke kenmerken zelden expliciet aanbod kwamen tijdens onze gesprekken. De vanuit de literatuur geïdentificeerde psychosociale kenmerken lijken ook sterk ondervertegenwoordigd binnen de adviseringsprocessen die onderwerp uitmaken van dit onderzoek. Enkel het gepercipieerd voordeel en de verwachtingen worden binnen de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen (ongeacht de leeftijd) en bij mobiliteitshulpmiddelen regelmatig aangehaald. Deze aspecten worden bijna uitsluitend mondeling bevraagd, er werden geen vragenlijsten aangehaald om deze aspecten te testen. Andere psychosociale kenmerken zoals de motivatie, de zelfwaarde, de gepercipieerde competentie, en de zelfbeschikking lijken veel minder een rol te spelen bij de adviesverlening in Vlaanderen. Een gesprekspartner wees er verder op dat iemands motivatie, of het gebrek er aan, er voor kan zorgen dat een goed geadviseerd hulpmiddel toch niet gebruikt wordt. Redelijk wat andere gesprekspartners gaven opmerkingen in dezelfde lijn bij het bespreken van de aspecten van persoonlijke doelstellingen en wensen. Waarschijnlijk zit er dus een bepaalde mate van overlap in de interpretatie van beiden. Ook de mate waarin de handicap verwerkt is, kan een invloed hebben op de keuze en het gebruik van een hulpmiddel en zal dus in bepaalde gevallen zeker relevant zijn voor de advisering ervan.

Bij de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen, onafhankelijk van de leeftijd, worden ook met enige regelmaat de aspecten van ziekte-inzicht en draagkracht aangehaald. Hierbij gaf men aan dat personen die nog niet zo ver stonden in de verwerking van hun beperking soms weigeren een hulpmiddel te gebruiken omdat het gebruik van een hulpmiddel niet strookt met het beeld dat ze van zichzelf hebben. De draagkracht van een persoon kan dan weer een invloed hebben op de manier waarop hij/zij omgaat met gesprekken over een toekomstperspectief dat misschien niet zo rooskleurig is.

Een eerste iets dat opvalt bij het bestuderen van de socio-demografische factoren in Figuur 20 is dat de opleiding en tewerkstelling bij het adviseringsproces van 65-plussers voor niet-mobiliteitshulpmiddelen buiten beschouwing gelaten worden. Dit is niet zo logisch aangezien een aanzienlijk deel 65-plussers waarschijnlijk werkzaam is (al dan niet binnen een vrijwilligersstatuut) of een opleiding volgen. Vervolgens, er gaf geen enkele respondent aan dat het geslacht een rol speelde bij de advisering. Leeftijd wordt dan weer zeer regelmatig als beïnvloedende factor aangehaald. Niet alleen omdat de leeftijd bepalend is voor een al dan niet in aanmerking komen voor een tegemoetkoming, maar ook omdat een verschil in leeftijd volgens twee gesprekspartners kan leiden tot verschillende adviezen. Zo leren ouderen men-

sen minder gemakkelijk nieuwe dingen aan en is er bijvoorbeeld ook minder sprake van werkgerelateerde participatie, waarbij men het eerder te verantwoorden vindt om bijvoorbeeld een zeer duur hulpmiddel te adviseren wanneer er professionele aspiraties zijn.

Redelijk wat gesprekspartners voor de niet-mobiliteitshulpmiddelen geven verder aan dat ze (al dan niet impliciet) rekening houden met de financiële situatie van de betrokken persoon, waarbij voor de VAPH-procedure ook de terugbetaalbaarheid in overweging wordt genomen. Aangezien het VAPH vaak niet volledig de benodigde hulpmiddelen vergoedt, blijft toch ook hier de kostprijs en financiële draagkracht een rol spelen. Eén persoon gaf aan soms de inschatting aan te passen zodat een bepaalde persoon in aanmerking zou komen voor een terugbetaling, zelfs al zou men daar strikt genomen niet voor in aanmerking komen. Dit omdat hij/zij zelf de inschatting maakte dat een terugbetaling wel aangewezen is. Bij de advisering van 65-plussers rond niet-mobiliteitshulpmiddelen gaven de meeste gesprekspartners verder aan geen adviezen te verstrekken voor hulpmiddelen waarvan men inschat dat de persoon deze mogelijks niet zal kunnen betalen, of in dat geval toch minstens een alternatieve advisering mee op te nemen. Bij de mobiliteitshulpmiddelen wordt de financiële situatie niet expliciet in overweging genomen, maar maakt men meestal wel enkel een keuze uit die hulpmiddelen die terugbetaald worden. Betaalbaarheid speelt dus ook daar wel degelijk een rol die op een bepaalde manier toch redelijk sturend is.

Besluitend kunnen we stellen dat zowel bij de VAPH als de RIZIV procedure het al dan niet terugbetaald worden van een hulpmiddel en de kost van de eventuele eigen bijdrage een belangrijke invloed heeft op de advisering van een bepaald hulpmiddel. Wat betreft de adviesverlening bij de ouderen gaven verschillende gesprekspartners aan dat men, bij gebrek aan vergoeding van niet-mobiliteits-hulpmiddelen, rekening houdt met de inschatting of de persoon in kwestie het hulpmiddel kon betalen of niet. Hierbij valt wel op dat men vaak aangaf dat de financiële situatie niet letterlijk bevraagd werd, maar vaak eerder indirect werd afgeleid bijvoorbeeld uit bepaalde antwoorden die de betrokkene gaf. Zo zou men aan de reactie op de prijs van een bepaald hulpmiddel kunnen zien of de betrokkene in staat was of bereid was van een bepaalde prijs te betalen. Verder, bepaalde organisaties hebben via hun sociale dienst meer concrete aanwijzingen betreffende de financiële situatie van de betrokkenen. Zo weet men soms of de persoon in kwestie op basis van zijn inkomen in aanmerking komt voor bepaalde vergoedingen die op een lager inkomen wijzen.

- Omgevingsfactoren

De dimensie van omgevingsfactoren wordt onderverdeeld in de subdimensies: fysieke omgeving, sociale ondersteuning en sociale omgeving.

De fysieke omgeving is nog verder onderverdeeld in producten en technologie (bv. voedsel, gebouwen, gebruiksvoorwerpen) en natuurlijke omgeving en menselijke aanpassingen (bv. de omgeving van het huis en aanpassingen hierin). Beide aspecten spelen een prominente rol in elk van de adviseringsprocessen. De MDT's maakten er regelmatig melding van dat er huisbezoeken plaatsvonden, al was dit niet noodzakelijk altijd het geval. Tijdens deze huisbezoeken wordt vaak de omgeving van de thuissituatie in kaart gebracht zowel als obstakels hierin die het functioneren beperken. Hierbij wordt dan bijvoorbeeld gekeken of de omgeving plat of heuvelachtig is, naar de staat van de wegen en de voetpaden in de omgeving, naar de afstand tot bepaalde voorzieningen en bepaalde personen zoals onder andere de naaste familie. In de woning worden dan de dagelijkse activiteiten geobserveerd, de acties die hierbij genomen worden en de invloed die de huidige inkleding van de omgeving op het uitvoeren van deze dagelijkse handelingen heeft (bijvoorbeeld zijn er trappen, staat het bed te hoog of te laag, ...). Vaak kijkt

men ook na of bijvoorbeeld een herindeling van de woonruimtes bepaalde problemen al niet kan verlichten door dat men dan bepaalde hindernissen zoals trappen niet meer dient te nemen.

Voor de advisering van mobiliteitshulpmiddelen wordt er in een minderheid (minstens 10 %) van de gevallen een onderzoek, meestal huisbezoek, uitgevoerd. Vaak betreft dit aanvragen voor terugbetaling van een elektronische rolstoel of scooter. Wel wordt op formulier 19bis gevraagd van de toegankelijkheid van de woning en van de school-/ werkomgeving te beschrijven zowel als van andere vaak bezochte plaatsen. Ook streekgebonden elementen dienen in kaart gebracht te worden. Bij de 65-plussers wordt de fysieke omgeving ook zeer vaak meegenomen. Het afleggen van een huisbezoek wordt echter vooral gedaan in het kader van 'ergo aan huis' of soms bij bijvoorbeeld opname in revalidatiesetting. De ervaring met eerdere hulpmiddelen wordt volgens onze gesprekken zeer regelmatig bij elk soort van adviseeringsproces in overweging genomen. Ten eerste kan men door ervaringen met de andere hulpmiddelen mogelijks voorspellingen afleiden betreffende de gepastheid van het hulpmiddel dat men nu in gedachten heeft. Verder kan het zijn dat het gebruik van het ene hulpmiddel het functioneren met het ander hulpmiddel beïnvloedt. Ten slotte is het onmiddellijk een mooie gelegenheid om te zien of het eerdere advies betreffende voorgaande hulpmiddelen dient herzien te worden op basis van nieuwe informatie en evoluties in bijvoorbeeld het functioneren. Deze informatie wordt bijna altijd via een gesprek bevestigd.

Onder sociale ondersteuning worden zowel steun vanuit persoonlijke relaties en professionele hulpverlening als steun vanuit voorzieningen, systemen en beleid (onder andere de gezondheidszorg). Deze aspecten van sociale ondersteuning werden bijna steeds genoemd in de gesprekken die wij voerden. Bij ouderen die voor adviesverlening gaan rond een niet-mobiliteitshulpmiddel zal de diepgang ook hier weer afhangen van de context waarin men terecht komt. Wanneer men zonder voortraject bij de verstrekker aankomt zal dit aspect waarschijnlijk maar beperkt in kaart gebracht kunnen worden, alhoewel de variatie in de breedte van de in overweging genomen determinanten over verstrekkers heen waarschijnlijk groot is. Binnen een ziekenhuis- of revalidatiesetting of wanneer men binnen een ergo-aanhuistraject zit, zal er meer ruimte zijn om deze aspecten te bevragen. Bij de advisering van mobiliteitshulpmiddelen wordt gevraagd van de aanwezige ondersteuning in de school- en werkomgeving zowel als bij andere vaak bezochte plaatsen te omschrijven. De persoonlijke relaties worden als dusdanig niet op zich in kaart gebracht. Over het algemeen geeft men als rationale voor het bevragen van de sociale ondersteuning verscheidene argumenten aan. Ten eerste kunnen sommige hulpmiddelen (bv. een tandem) maar gebruikt worden met ondersteuning van een andere persoon. Verder kan een eenvoudig hulpmiddel al voldoende zijn om de aanwezige noden in te vullen wanneer er sociale ondersteuning beschikbaar is, terwijl dat bij gebrek aan dergelijke sociale ondersteuning er dan soms nood is aan een meer complex hulpmiddel. Ongeveer dezelfde redenen werden trouwens aangehaald om het in kaart brengen van de professionele zorg, die onder de noemer diensten, systemen, wetgeving en beleid valt, te verantwoorden.

Met de term 'sociale omgeving' worden de attitudes van de familie, vrienden, collega's, en professionele zorgverleners bedoeld zowel als de algemene cultuur, sociale normen en maatschappelijke attitudes. Deze aspecten spelen slechts zelden een expliciete rol in de adviesverlening van hulpmiddelen in Vlaanderen, onafhankelijk van de doelgroep.

- Kenmerken van hulpmiddelen

Wat betreft de kenmerken van de hulpmiddelen zijn een aantal aanvullingen zeker noodzakelijk. Zo werd informatie uit de gesprekken met de verstrekkers niet opgenomen in Figuur 20. Vandaar waarschijnlijk dat er bij de kenmerken van de hulpmiddelen zo weinig wordt aangegeven dat deze in rekening gebracht werden. Het achterwegen laten van de verstrekkers werd door ons niet gedaan met de intentie om hun bijdrage te minimaliseren. Wel omwille van de verschillende expertise die zij vertegenwoordigen en de verschillende positie die ze innemen. De taak van de verstrekkers is namelijk dubbel, enerzijds expertise aanleveren betreffende het hulpmiddel en anderzijds het verkopen van dit hulpmiddel. Veel gesprekspartners gaven ook aan dat ze onder andere beroep deden op de verstrekkers van hulpmiddelen om hun expertise rond deze hulpmiddelen te vergroten. Wanneer we dan nu de invloed van de kenmerken van de hulpmiddelen op het adviseringsproces bespreken, dan leunen we hierbij naast de informatie in de figuur ook sterk op de gesprekken met deze verstrekkers, ook al werd deze informatie niet opgenomen in Figuur 20.

Het merendeel van de gesprekspartners gaven aan dat men voor het matchen van de persoon en een hulpmiddel voornamelijk gebruik maakt van de eigen kennis betreffende hulpmiddelen. Vaak wordt hierbij verwezen naar de jarenlange ervaring die men met hulpmiddelen heeft zowel als de kennis die werd aangereikt tijdens de eigen opleiding bijvoorbeeld als ergotherapeut. Overleg met collega's is ook een regelmatig aangehaalde bron van informatie. Bepaalde MDT's verwezen verder naar VLIBANK (www.vlibank.be), waar men kan zoeken naar een hulpmiddel onder andere aan de hand van de activiteit en de productsoort. VLIBANK stelt van de opgenomen producten de productfiche online beschikbaar. Verder vervullen bepaalde organisaties een expertfunctie op het vlak van bepaalde hulpmiddelen (bv. rond communicatiehulpmiddelen, fietsen, visuele hulpmiddelen) en deze organisaties kunnen dan geconsulteerd worden voor advies. Ten slotte verwerft men expertise door naar REVA- en hulpmiddelenbeurzen te gaan, en bij heel wat hulpmiddelenadviseurs (zowel binnen de sector van personen met een handicap als bij 65-plussers) komen de verstrekkers soms ook zelf toelichting verschaffen op de werkvloer over hun producten.

De verstrekkers zelf konden nog beter dan de andere gesprekspartners verwoorden met welke aspecten men rekening hield bij de advisering van een hulpmiddel. Hieruit kwam naar voren dat, niet onverwacht, de functionaliteit van het hulpmiddel en het comfort en de gebruiksvriendelijkheid voorop staan. Maar ook het uitzicht en de performantie worden in overweging genomen, zij het in mindere mate. Wanneer er geen terugbetaling is, dan komt de prijs en de financiële situatie van de persoon vanzelfsprekend meer op de voorgrond te staan. Soms speelt ook de beschikbaarheid van een hulpmiddel en de urgentie waarmee het verkregen dient te worden mee hoewel in mindere mate. Samengevat worden de meeste aspecten die we door middel van de literatuurstudie identificeerden wel in rekening gebracht.

- Bijkomende informatie uit de gesprekken met de verstrekkers

Wanneer men zich rechtstreeks tot een verstrekker wendt, zal het van verstrekker tot verstrekker afhangen hoe uitgebreid het adviseringsproces is en vooral ook van het soort hulpmiddel dat men wenst te bekomen (bijvoorbeeld eenvoudig tot complex). Bij een behoorlijk aandeel verstrekkers en voor eenvoudige hulpmiddelen is er waarschijnlijk niet echt sprake van een uitgebreide beoordeling waarbij een uitgebreide set van determinanten in kaart gebracht wordt. Wel ondersteunt een verstrekker de aanmelder uiteraard bij de keuze voor een specifiek hulpmiddel als oplossing voor het gemelde probleem. Graag merken we op dat we in het kader van onderzoek met drie verstrekkers spraken, waarvan er twee gespecialiseerd waren in een bepaald soort van hulpmiddel hetgeen de aard van de bekomen informatie

kan beïnvloeden. Zo kan het zijn dat zij meer determinanten en meer specifieke determinanten in kaart brengen en bijvoorbeeld ook meer opvolging voorzien. Daarnaast maakt het tevens een verschil wanneer men op zoek is naar een type van hulpmiddel dat terugbetaald wordt, en men dus maar uit een beperkt aantal mogelijkheden kan kiezen dan wanneer dergelijke terugbetaling niet mogelijk is en men dan weer vaak beperkt wordt door de financiële mogelijkheden van de persoon.

Dit terzijde formuleren we toch een aantal observaties zoals naar voren gekomen uit onze gesprekken met de drie door ons gesproken verstrekkers. Functietesten omvatten een belangrijke bron van informatie voor de verstrekkers, waarbij het soort testen afhangt van het hulpmiddel dat men zoekt (bv. bij rolstoelen werkt men vaak met druk en houdingstesten). Medische informatie wordt meegenomen voor zover deze beschikbaar is. Verder werden de wensen van de persoon (en soms van de omgeving) en de gewenste evolutie, zowel als de betaalbaarheid van een hulpmiddel en de beschikbare tegemoetkomingen consequent aangehaald als bepalende factoren. Ook de prognose werd soms maar niet altijd benoemd als determinant van het adviseringsproces zowel als de situaties waarin het hulpmiddel zal gebruikt worden, het gebruik van andere hulpmiddelen, en af en toe ook de omgeving van de betrokkene. Voor rolstoelen is het ook belangrijk of deze al dan niet vervoerbaar dienen te zijn. Daarnaast voorzien bepaalde verstrekkers ook in een training met het geleverde hulpmiddel, vooral ook bij de levering van meer complexe of technisch uitdagende hulpmiddelen.

3.4.3 Gehanteerde wegingen, criteria en vereenvoudigende of bemoeilijkende aspecten

Na een bespreking van de determinanten, polsten we tijdens het interview ook of er *impliciete of expliciete criteria* werden gehanteerd bij de indicering van een hulpmiddel en of er bepaalde determinanten sterker doorwogen dan anderen. Het aspect dat hier het vaakst werd aangehaald was de financiële situatie (en de eventuele terugbetalingsmogelijkheden indien relevant). Bij de indicering van *niet-mobiliteitshulpmiddelen bij ouderen* speelde het zich al dan niet kunnen vinden in het advies ook een grote rol. Bij de *VAPH procedure* staat de prognose en de toekomstverwachting vaak op de voorgrond. Dit was ook het geval bij ouderen die nood hadden aan een niet-mobiliteitshulpmiddel, maar men vermeldde er dan bij dat men hier vaak geen informatie over heeft. Dit wordt dan wel als een gemis ervaren.

Verder vroegen we ook naar mogelijke *vereenvoudigende en bemoeilijkende aspecten* van het hulpmiddelenadviseringsproces. Hierbij dienen we een onderscheid te maken tussen aspecten eigen aan het proces, en aspecten eigen aan het samenspel tussen de persoon en zijn omgeving, waarbij we vooral zullen focussen op deze laatsten.

Wat betreft de advisering van *niet-mobiliteitshulpmiddelen bij personen met een handicap* blijkt deze volgens onze gesprekspartners eenvoudiger te zijn wanneer het een beperking betreft die duidelijk aan een hulpmiddel gelinkt is, wanneer de persoon reeds vergevorderd is in het verwerkingsproces van zijn of haar handicap (en men dus meer openstaat voor het gebruik van hulpmiddelen), en wanneer men een groot netwerk heeft dat veel ondersteuning kan bieden (en er dus ook hulpmiddelen ingezet kunnen worden die ondersteuning vragen van derden). Wanneer de advisering zich op het vlak van woningaanpassingen bevindt, of ook communicatie, dan zal de adviesverlening volgens bepaalde gesprekspartners complexer zijn. Ook een mogelijke comorbiditeit van de handicap met psychische of sociale problemen of de aanwezigheid van meervoudige handicaps kan de advisering compliceren omdat deze ook een invloed kunnen hebben op het soort en type van hulpmiddel dat is aangewezen.

Bij de advisering van *ouderen rond niet-mobiliteitshulpmiddelen* is vooral de aanwezigheid van een sociaal netwerk een faciliterende factor volgens onze gesprekspartners aangezien het sociaal netwerk niet

alleen informatie kan verschaffen maar ook kan helpen met het gebruik van bepaalde hulpmiddelen waardoor het gamma van te overwegen hulpmiddelen groter wordt. Verder kan een eerdere ervaring met hulpmiddelen tot een grotere openheid ten opzichte van hulpmiddelen leiden en kan men op deze kennis verder bouwen bij het leren omgaan met nieuwe hulpmiddelen. Ook is het adviseringsproces volgens bepaalde gesprekspartners die advies geven aan ouderen rond niet-mobiliteitshulpmiddelen vaak gemakkelijker wanneer de persoon de eigen handicap al in voldoende mate aanvaard heeft en wanneer men thuis verblijft op het moment van de indicatiestelling (en niet bijvoorbeeld tijdelijk residentieel is opgenomen), zodat men de persoon in zijn thuisomgeving kan observeren en niet afhankelijk is van de observaties van zijn omgeving. Verder wordt de aanwezigheid van meervoudige handicaps en van bijkomende problemen zoals reuma, visusproblemen en verwardheid als bemoeilijkende factor aangehaald.

3.4.4 Tevredenheid omtrent de hulpmiddelenadvisering

De meeste gesprekspartners gaven aan globaal genomen tevreden te zijn over het eigen adviseringsproces. Opmerkingen die bij de evaluatie van het eigen adviseringsproces naar voren kwamen en dit onafhankelijk van de doelgroep (personen met een handicap of ouderen) was dat men soms het gevoel had nog te veel op observatie en interpretatie te leunen en dat de beoordeling zo soms als te subjectief werd ervaren, bijvoorbeeld wat betreft cognitie of de draagkracht van de omgeving. Ook wordt bepaalde informatie soms wel gemist, zoals informatie omtrent de reeds aanwezige zorg alsook informatie betreffende het voortraject en de medische voorgeschiedenis die soms niet volledig wordt doorgegeven. Verder gaf men ook aan dat bepaalde personen zich tijdens het proces beter voordoen terwijl het eigenlijk helemaal niet goed gaat, en dat dit het adviseringsproces nadelig kan beïnvloeden. Soms beïnvloedt het gebrek aan tijd het adviseringsproces ook negatief. Zo gaf men aan dat er niet altijd voldoende de tijd of de mogelijkheid was van op huisbezoek te gaan of van bepaalde zaken uit te testen, terwijl dit toch een meerwaarde zou kunnen betekenen. Ten slotte werd nogal vaak de opmerking meegegeven dat men eigenlijk geen zicht had op het 'succes' van de eigen advisering aangezien men zelden te weten kwam of het geadviseerde hulpmiddel ook werkelijk gebruikt werd.

3.4.5 Een korte toelichting over de hulpmiddelenadvisering bij ongevallen, ziekte of medische fout

Het in detail beschrijven van het adviseringsproces voor hulpmiddelen binnen het gemeen- en verzekeringsrecht zowel als het arbeidsongevallenrecht valt buiten het kader van het voorliggend onderzoek. Echter, gezien het VAPH in bepaalde omstandigheden residuair is en financieel kan tussenkomen, lichten we dit kort toe. Om enig inzicht te krijgen op deze materie werd er elektronisch en/of telefonisch contact opgenomen bij drie experts verbonden aan de dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie van het UZ Gent, het Centrum Evaluatie Menselijke Schade van het UZ Antwerpen en ACT Désiron. De bekomen informatie werd door de onderzoekers geïntegreerd. Onderstaand wordt kort beschreven hoe een adviseringsproces van hulpmiddelen in de thuissetting (dus niet ter ondersteuning van betaalde arbeid of een opleiding) binnen het gemeen- en verzekeringsrecht zich verhoudt tot deze beschreven in dit onderzoek.

Wanneer de handicap van een persoon te wijten is aan een ongeval, ziekte of medische fout zal het VAPH maar tussenkomen in zover er geen of geen afdoende tussenkomst verkregen werd via andere kanalen (bv. Fonds voor Arbeidsongevallen, Fonds voor beroepsziekten, Medex, de betrokken verzekeringsmaatschappijen). Wanneer de tegemoetkoming vanuit deze instanties op zich laat wachten, kan

het VAPH wel overgaan tot het vergoeden van de noodzakelijke hulpmiddelen. De bedragen die zij in dat geval voorschiet, worden later teruggevorderd van de voorgaande instanties. Wanneer de tussenkomsten van deze instanties niet voldoen aan de noden van betrokkene kan door het VAPH een bijkomende financiering gegeven worden. In beide gevallen dient de hulpvrager een MDT te contacteren en de adviseringsprocedure te doorlopen zoals eerder beschreven. Ook bij de mobiliteitshulpmiddelen is een voorschieten door de mutualiteit mogelijk, maar met subrogatie (terugvordering) als blijkt dat er sprake is van een ongeval met aansprakelijke derde of een arbeidsongeval.

Binnen de verzekeringsmaatschappijen wordt de advisering rond de terugbetaling van hulpmiddelen (in de thuissituatie) meestal verbonden aan een dossierbeheerder (met heel diverse opleidingsachtergronden) en is er ook een arts gelieerd aan het dossier. Het betreft de arts van de verzekeringsmaatschappij en al dan niet een arts van het slachtoffer. Hierbij wordt zelden een instrument of model als “good practice” benut en meestal is de deskundigheid van deze artsen de belangrijkste bepalende factor voor de kwaliteit van het advies. Soms wordt de bijkomende expertise ingeroepen van ergotherapeuten, architecten (bv. bij woningaanpassingen) of van andere experten, zoals het Centrum Evaluatie Menselijke Schade van het UZ Antwerpen, de dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie van het UZ Gent of de firma ACT Désiron. Het adviseringsproces verschilt natuurlijk tussen deze diensten, maar vertrekt meestal vanuit de expertise van een ergotherapeut, indien nodig aangevuld met de expertise van onder meer artsen, psychologen en maatschappelijk assistenten. Deze experten geven vaak ook advies over hulp aan derden. Af en toe bieden verzekeraars ook slachtofferbegeleiding aan, en deze dienst kan dan ook mee nadenken over de toekenning van hulpmiddelen. De adviezen die door deze instanties worden uitgebracht dienen echter natuurlijk nog steeds goedgekeurd te worden door de betrokken verzekeringsmaatschappijen.

De determinanten van de hulpmiddelen nood die in kaart worden gebracht, verschillen tussen de drie bevraagde diensten. Doch, meestal wordt vertrokken van een inschatting van het huidige functioneren en de beperkingen in het dagelijks leven. Eén dienst gaf hierbij expliciet aan te vertrekken vanuit het ICF-kader. Bij een andere dienst ligt de nadruk voornamelijk op het dagelijks functioneren, de zelfverzorging, het huishouden, de mobiliteit en communicatie. De derde gesprekspartner gaf aan dat de door hen in kaart gebrachte determinanten niet echt verschillen van de determinanten die in kaart gebracht worden bij de VAPH-procedure.

Wanneer de persoon, eventueel zijn behandelende arts en de verzekeringsmaatschappij niet tot een minnelijke overeenstemming komen, kan er een tussenkomst zijn van een derde arts, die vooraf in onderlinge overeenstemming is vastgelegd (minnelijke medische expertise). De beslissing betreffende onder andere welke hulpmiddelen vergoed worden, ligt dan bij deze arts. Deze expertise is normaal gezien bindend. Ten slotte kan men deze minnelijke medische expertise ook aanvechten voor een rechtbank, waarbij de rechtbank een geneesheer-deskundige aanduidt. De rechter, die uiteindelijk beslist, is echter niet verplicht het advies van de gerechtsdeskundige te volgen.

Ten slotte dient nog opgemerkt te worden dat bepaalde hulpmiddelen en aanpassingen volgens bepaalde systemen wel terugbetaald worden en volgens andere systemen niet. Zo wordt een woningaanpassing binnen het gemeenrecht wel vergoed, terwijl dit niet het geval is binnen de arbeidsongevallenwetgeving. Afhankelijk van het kader waarin een advies verstrekt wordt, kan dit natuurlijk een invloed hebben op welke hulpmiddelen in overweging genomen worden voor advisering.

3.4.6 De vergelijking van determinanten van de hulpmiddel nood over doelgroepen heen: Kanttekeningen en conclusies

Bij bovenstaande vaststellingen dienen we vooreerst nog enkele kanttekeningen te formuleren.

Ten eerste, aangezien de mobiliteitshulpmiddelen via een ander systeem terugbetaald worden dan de andere hulpmiddelen (als deze terugbetaald worden), is er in principe al een impliciete beslissing die voorafgaat aan de verschillende processen die we hierboven geschetst hebben. Men heeft dan namelijk al beslist of men een mobiliteitshulpmiddel gaat adviseren of een ander hulpmiddel (of geen hulpmiddel). In vele gevallen zal deze beslissing redelijk rechttoe rechtaan genomen kunnen worden, aangezien het vaak al snel duidelijk is of er een mobiliteitshulpmiddel nodig zal zijn of niet, zeker wanneer de persoon reeds gekend is en er al een meer uitgebreid voortraject doorlopen is. Echter, er zullen mogelijk ook situaties zijn waar dit niet zo direct duidelijk is. Voor die gesprekpartners die zowel advies geven over mobiliteitshulpmiddelen als niet-mobiliteitshulpmiddelen, en dat is een niet onbelangrijk aandeel, zal dit over het algemeen geen probleem zijn aangezien men dan in een latere fase van het adviseringsproces nog kan kiezen voor één van de procedures. In de andere gevallen zal er waarschijnlijk doorverwezen worden. Toch bestaat in dat geval het risico dat de nood aan een bepaald hulpmiddel over het hoofd wordt gezien omdat deze aanvraag zich volgens een proces voltrekt waarvan men niet gewoon is van er in te werken. In Nederland voorziet de Basisrichtlijn Hulpmiddelen zorg (CG-raad, 2010) in het opstellen van een functionaliteitsdiagnose alvorens wordt beslist of een hulpmiddel is aangewezen of niet. Deze beslissing zowel als de beslissing naar welk soort hulpmiddelen men gaat kijken, kan dan gebaseerd worden op een uitgebreid en vrij volledig beeld van de persoon en zijn situatie.

Verder, bepaalde determinanten zullen waarschijnlijk niet expliciet in kaart gebracht worden, terwijl ze toch een invloed kunnen hebben op de beslissing van de gesprekspartner aangezien deze direct observeerbaar of impliciet reeds gekend zijn (zoals lengte, gewicht, cultuur van de samenleving). We konden die aspecten echter dus vaak niet registreren in Figuur 20 omdat ze niet expliciet vermeld werden. Ten slotte, bepaalde categorieën die naar voor kwamen uit de literatuur zijn redelijk vaag zodat deze slechts zelden gebruikt werden (bv. algemene taken en eisen).

Wat betreft de niet-mobiliteitshulpmiddelen kunnen we stellen dat de variëteit van determinanten die in het kader van de VAPH-procedure in kaart wordt gebracht, vaak groter is dan de variëteit van determinanten die bij de adviesverlening aan ouderen die niet erkend werden als persoon met een handicap in kaart worden gebracht, al is dit toch ook casusspecifiek. Deze observatie wat betreft verschillen in reikwijdte van de determinanten tussen beide soorten adviseringsprocessen is des te opvallender als men in het achterhoofd houdt dat binnen de literatuur er geen onderscheid wordt gemaakt tussen de advisering voor- en na 65 jaar, voor beide doelgroepen worden dezelfde modellen geponeerd. In de praktijk lijkt het adviseringsproces dus niet alleen formeel maar ook inhoudelijk te verschillen. Een belangrijke oorzaak van deze observatie is waarschijnlijk dat de meeste gesprekpartners wanneer het advisering aan ouderen betrof voor niet-mobiliteitshulpmiddelen, minder informatie ter beschikking hadden en ook minder tijd ter beschikking hadden om deze informatie te verzamelen. Let wel, bij bepaalde ziekenhuizen en revalidatiecentra zal het een zeer uitgebreid adviseringsproces betreffen. Echter, wanneer men rechtstreeks bij de verstrekker terecht komt zal, afhankelijk van het soort verstrekker, de basis voor advies vaak veel beperkter zijn, wat natuurlijk logisch is gezien de beperkte tijd die dan voorhanden is en de setting waarin men zich bevindt. Ook zijn er hier natuurlijk verschillen tussen verstrekkers. Besluitend kunnen we stellen dat als gevolg van een gebrek aan protocollering het advies voor niet-mobiliteitshulpmiddelen bij ouderen sterk kan variëren naargelang de ingangspoort. Dit in schril

contrast met de geconsulteerde literatuur waar dezelfde elementen en procedures worden voorgesteld voor alle leeftijdscategorieën (weliswaar met accentverschillen afhankelijk van de leeftijd).

Wat betreft de mobiliteitshulpmiddelen valt op dat er hier ook een redelijk uitgebreid gamma van determinanten in kaart gebracht wordt. Wel ligt wat betreft activiteiten en participatie de nadruk redelijk sterk op mobiliteit, wat natuurlijk ergens wel logisch is. Er worden ook wel andere determinanten in kaart gebracht, maar de diepgang is beperkter dan bij bijvoorbeeld de VAPH-procedure. Toch kunnen deze andere determinanten de hulpmiddelen nood beïnvloeden, ook bij mobiliteitshulpmiddelen. Zo gaf een gesprekspartner aan dat bijvoorbeeld het functioneren in een onbekende omgeving kan verschillen van het functioneren in een bekende omgeving, en er dus best een breed gamma van verschillende omgevingen in overweging genomen wordt. Een andere factor die regelmatig als belangrijk werd aangehaald, is bijvoorbeeld de steun die men vanuit de omgeving kan verkrijgen bij de eigen activiteiten en participatie en bij het gebruik van een hulpmiddel. Het kan natuurlijk altijd wel zijn dat individuele adviesverleners deze aspecten wel diepgaander analyseren zonder dit uitgebreid te rapporteren.

3.5 Determinanten van de hulpmiddelen nood: vergelijking met de literatuur

3.5.1 Methode

We kunnen niet alleen de determinanten van de hulpmiddelen nood in de huidige praktijk onderling vergelijken, maar we kunnen deze ook naast de determinanten die uit de literatuurstudie komen leggen, zoals in figuur 21 gebeurt. We kiezen hierbij in eerste instantie voor het ICF-kader omdat dit het kader is waar het meest naar verwezen wordt als referentiepunt binnen de literatuur. Het is ook een internationaal aanvaard kader, dat gebruikt kan worden door verschillende disciplines (Arthanat & Lenker, 2008). Nadeel is, zoals eerder aangehaald, dat het kader niet hulpmiddelenspecifiek is. Echter, bepaalde modellen en instrumenten die wel specifiek gericht zijn op het in kaart brengen van de hulpmiddelen nood, zoals het MPT-model en de daarop gebaseerde instrumenten, verwijzen naar dit kader. We selecteren dan ook het MPT-model om eveneens mee op te nemen in de vergelijkende concordantietabel. Het MPT-model is namelijk het meest wetenschappelijk onderbouwd instrument, is doelgroep- en leeftijdsonafhankelijk en werd uitgewerkt onder de vorm van concrete instrumenten.

3.5.2 Resultaten

De belangrijkste resultaten van deze oefening kunnen dan teruggevonden worden in figuur 21 waarbij Figuur 20 werd aangevuld met de informatie uit de literatuur.

Uit deze figuur blijkt duidelijk dat het MPT-model gelieerd is aan het ICF-kader, aangezien de inhoudelijke invulling ervan sterk overlapt. Echter, daar waar ICF oog heeft voor de demografische kenmerken zowel als de natuurlijke omgeving en aanpassingen, zijn deze aspecten minder uitgewerkt in het MPT-model. De kenmerken van de hulpmiddelen staan dan weer meer op de voorgrond binnen het MPT-model dan dat dit het geval is binnen het ICF-kader.

Wanneer we de advisering van hulpmiddelen in de Vlaamse praktijk dan gaan vergelijken met het ICF-kader, dan valt op dat er in de praktijk soms de nadruk wordt gelegd op aspecten die niet in het ICF-kader tot uiting komen. Vooreerst is er de medische diagnose. Echter, hoewel deze als dusdanig niet rechtstreeks in het ICF-kader zit, wordt dit aspect toch niet verwaarloosd binnen ICF. Ten eerste wordt het ICF als complementair gezien aan de 'International Classification of Diseases' (ICD) dat specifiek ziek-

tes classificeert. Bovendien is er binnen het ICF ook een categorie ‘anatomische eigenschappen’ opgenomen waar een belangrijk deel van wat we klassiek onder medische diagnose kunnen vatten, onder zou kunnen vallen. Dezelfde opmerking geldt voor de dimensie ‘fysieke kenmerken’.

	65-plussers (niet-mobiliteit)	pers. met een handicap (VAPH)	mobiliteits- hulp-middelen (RIZIV)	ICF	MPT
(PERSOONLIJKE) DOELSTELLINGEN EN PRIORITEITEN					
MEDISCHE DIAGNOSE (OOK VERLEDEN)					
HUIDIGE FUNCTIONELE MOGELIJKHEDEN					
Motorisch					
Sensorisch					
Cognitief					
PROGNOSE					
ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE					
PERSOONLIJKE FACTOREN					
Fysieke kenmerken					
Psychosociale kenmerken					
Gepercipieerd voordeel hulpmiddel, verwachtingen					
Bereidheid/motivatie					
Zelfwaarde					
Gepercipieerde competentie					
Zelfbeschikking/autonomie					
Socio-demografische kenmerken					
Leeftijd					
Opleiding					
Tewerkstelling					
Socio-economische status					
Geslacht					
Financiële draagkracht					
Ervaring met hulpmiddel (verleden/heden)					
OMGEVINGSFACTOREN					
Fysieke omgeving					
Producten en technologie					
Natuurlijke omgeving en menselijke aanpassingen					
Sociale ondersteuning					
Support, steun en relaties					
Diensten, systemen, wetgeving en beleid					
Sociale omgeving					
Attitudes nabije omgeving					
Cultuur					
KENMERKEN HULPMIDDELEN					
Functionaliteit: Mobiliteit, Zelfzorg, Sensorisch, Communicatie, Computer/ICT, Computer/ICT					
Beschikbaarheid/urgentie					
Uitzicht					
Comfort/gebruiksvriendelijkheid					
Performantie/technische specificaties					
Prijs (en terugbetalingsmodaliteiten)					
MATCH PERSOON - HULPMIDDEL (UITTESTEN)					

Figuur 21 Concordantietabel van de determinanten hulpmiddelen nood (met subdimensies) zoals geïdentificeerd op basis van de interviews voor elk type van adviseringsproces apart, namelijk bij ouderen zonder erkenning als persoon met een handicap voor niet-mobiliteitshulpmiddelen, individuele materiële bijstand bij personen met een handicap, en mobiliteitshulpmiddelen (zowel personen met een handicap als ouderen). Aangevuld met de determinanten van twee referentiekaders (ICF, MPT) geïdentificeerd in de literatuurstudie.

Verder, het ICF noch het MPT-model verwijst expliciet naar de prognose als een element dat mee opgenomen dient te worden in het adviseringsproces, terwijl de gesprekspartners het belang van deze prognose voor de adviesverlening in de praktijk benadrukten. Ook de financiële draagkracht van de persoon blijkt in de praktijk een belangrijke determinant die niet als dusdanig expliciet is opgenomen binnen het beiden modellen (al zou men kunnen argumenteren dat dit onder het aspect van de socio-economische status valt). Ten slotte is de hulpmiddelenkant niet echt exhaustief uitgewerkt binnen het ICF-kader, maar wel binnen het MPT-model, en wordt er ook veel minder de nadruk gelegd op de match tussen persoon en hulpmiddel en het uitproberen, wat in de praktijk in Vlaanderen toch een zeer belangrijk element van de hulpmiddelenadvisering blijkt te zijn.

Langs de andere kant zijn er dan weer elementen die wel binnen de ICF-literatuur aangehaald worden, maar die in de praktijk zelden in kaart gebracht worden. Zo benadrukt het ICF het belang van persoonlijke factoren, al maakt het hier zelf geen onderverdeling in. De paper van Arthanat en Lenker (2008), betreffende de relevantie van het ICF-kader voor de assessment in het kader van hulpmiddelenadvisering, lijst echter wel mogelijke relevante persoonlijke factoren op (gepercipieerd voordeel van het hulpmiddel, bereidheid en motivatie, zelfwaarde, gepercipieerde competentie), die ook in het MPT-model terugkomen. De opgelijste psychosociale kenmerken worden in de praktijk zelden in kaart gebracht. Verder wordt in de praktijk ook zelden gekeken naar de attitudes van de omgeving terwijl deze wel opgenomen zijn binnen het ICF-kader en mogelijk een invloed kunnen hebben op de geschiktheid van een hulpmiddel om een bepaalde nood bij de gebruiker op te lossen.

Echter, bovenstaande aspecten niet te na gesproken valt vooral op dat de praktijk eigenlijk reeds redelijk goed aansluit bij de aspecten die binnen de literatuur worden geïdentificeerd, en dan zeker wat betreft de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen bij personen met een handicap. De situatie wijkt het meest af wat betreft de ouderen, waar we al eerder over melden dat voor hun de variëteit van determinanten die regelmatig in kaart gebracht worden kleiner is. Deze conclusie gaat nog meer op indien men in het achterhoofd houdt dat de gesprekken die wij voerden reeds handelden over de meest gunstige situatie waarin er werkelijk sprake is van een adviseringsproces. Veel ouderen komen waarschijnlijk gewoon direct bij de verstreker terecht en worden daar, afhankelijk van de verstreker, voortgeholpen op basis van de informatie die zij zelf op korte tijd kunnen aanbrengen zowel als op basis van hun eigen voorkeuren en wensen.

Een bijkomende observatie is dat geen van de instrumenten die we voorheen in de literatuurstudie bespraken, en die zich richten op de globale inschatting van de nood aan hulpmiddelen, in de praktijk gebruikt worden. Er worden wel testen en vragenlijsten gebruikt om bepaalde subdimensies in kaart te brengen, maar de mate waarin dit gebeurt is zeer variabel over de verschillende organisaties heen. Sommige adviesverleners zullen zich bijna volledig op observatie en gesprekken baseren terwijl anderen sterker zullen inzetten op het gebruik van gestandaardiseerde meetinstrumenten. Het betreft hier dan vooral instrumenten om het lichamelijk en neurologisch functioneren te beoordelen, alsook ADL, IADL en intelligentie. De andere aspecten worden zelden op een gestandaardiseerde manier beoordeeld.

3.5.3 Empirisch luik: Algemene conclusie en bedenkingen

Vooraleer een overkoepelend besluit te formuleren, wensen we eerst een bijkomende opmerking te formuleren. Met bovenstaande analyse wensen we niet te suggereren dat steeds alle determinanten in kaart zouden *moeten* gebracht worden. Niet alle determinanten zullen relevant zijn in elke situatie. Wel is het zo dat elk van bovenstaande determinanten een rol kan spelen, en als dusdanig dient er ruimte te zijn om deze in kaart te brengen indien nodig. In dit licht is het interessant van te melden dat binnen het ICF-kader gewerkt wordt aan de uitwerking van 'core sets', dit zijn conditiespecifieke lijsten van relevante subcategorieën (Stucki, Cieza, Ewert et. al., 2003). Op deze manier kan het uitgebreide ICF-kader hanteerbaar gemaakt worden in de praktijk. Ook bijvoorbeeld de Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2010) ijvert voor meer specifieke richtlijnen, al hanteren zij eerder leeftijd dan het soort handicap als criterium.

Wat betreft de inhoud en de determinanten van het hulpmiddelenadviseringsproces, kunnen we globaal besluiten dat voor die adviseringsprocessen die geprotocolleerd zijn (VAPH-procedure en RIZIV-procedure voor mobiliteitshulpmiddelen) de verschillende betrokkenen in Vlaanderen over het algemeen wel oog hebben voor een grote variëteit aan determinanten. De adviseringsprocessen zoals vooropgesteld door het RIZIV en VAPH sluiten over het algemeen mooi aan bij het ICF-kader en de gecodeerde literatuur, een beperkt aantal determinanten niet te na gesproken. Zo worden de opgelijste psychosociale kenmerken in de praktijk zelden onderzocht, al kan het zijn dat deze aspecten impliciet wel een rol spelen zonder dat dit als dusdanig gemeld werd door de gesprekspartners. Toch is het expliciet ontbreken van deze psychosociale kenmerken in de protocols een hiaat.

Verder dient opgemerkt te worden dat voor eenvoudigere hulpmiddelen in beide gevallen een verkorte procedure kan gevolgd worden, waarbij een beperktere variëteit van determinanten in kaart gebracht wordt. Dit impliceert echter een beslissingsproces, voorafgaand aan het adviseringsproces, met als besluit dat een eenvoudig hulpmiddel de aanwezige noden zal kunnen invullen. Deze beslissing zal in de praktijk dan waarschijnlijk vaak gemaakt worden op basis van de reeds aanwezige informatie. De uitgebreidheid van de reeds aanwezige informatie hangt dan af van het gevolgde voortraject. De vraag is dan of er bij een meer uitgebreid adviseringsproces misschien meer noden aan het licht zouden gekomen zijn die een complexer hulpmiddel meer aangewezen zouden maken. Ook wat betreft de verhuring van rolstoelen dient er een medisch voorschrift en een motiveringsrapport opgesteld te worden, maar geen multidisciplinair functioneringsrapport, wat impliceert dat de waaier van determinanten die in kaart worden gebracht kleiner is dan uit Figuur 20 naar voren komt.

Verder viel het de onderzoekers tijdens de gesprekken op dat de uitgebreidheid waarmee bepaalde determinanten in kaart worden gebracht vaak groter is bij de VAPH procedure dan bij de RIZIV-procedure. Dit komt echter niet als dusdanig tot uiting in de figuren aangezien daar enkel de aanwezigheid van een bepaalde determinant in het adviseringsproces wordt geregistreerd en niet de uitgebreidheid waarmee ze in kaart gebracht worden. Zo wordt bijvoorbeeld binnen de VAPH-procedure de schoolloopbaan en werkgeschiedenis met enig detail in kaart gebracht, terwijl voor de mobiliteitshulpmiddelen eerder enkel gefocust wordt op het al dan niet nodig zijn van het mobiliteitshulpmiddel voor het werk of de school. Een ander voorbeeld is het veel breder bevragen van de activiteiten en participatie binnen de VAPH-procedure dan binnen de RIZIV-procedure voor mobiliteitshulpmiddelen. Ook binnen de subdimensie tussenmenselijke interacties en relaties (bij de dimensie activiteiten en participatie) peilt de VAPH-procedure veel dieper naar de familiale en sociale context dan de RIZIV-procedure waar men enkel de ondersteuning in kaart brengt en het functioneren wat betreft familie- en vriendenbezoek.

Wat betreft het adviseringsproces bij ouderen stelden we al eerder dat de inhoud van de advisering sterk zal afhangen van waar men terecht komt. In ziekenhuizen en revalidatiecentra die ervaring hebben met ouderen kan er vaak een redelijke hoeveelheid tijd en ruimte vrijgemaakt worden voor een uitgebreid adviseringsproces waarbij determinanten binnen verscheidene dimensies dit adviseringsproces mee kunnen sturen. Het zal hier dan waarschijnlijk ouderen betreffen met een zwaarder zorgprofiel (gezien hun tijdelijke opname in een ziekenhuiscontext). Ouderen kunnen ook terecht bij de mutualiteiten waar men eventueel ingeschakeld wordt bij een ergo-aan-huis procedure. De advisering is dan wel niet multidisciplinair, en er is ook niet de ruimte om bijvoorbeeld een uitgebreid medisch beeld te vormen. Echter, het functioneren van de ouderen binnen zijn thuisomgeving, de zelfverzorging, het huishouden en de situationele drempels kunnen wel in kaart gebracht worden. Wanneer een senior rechtstreeks naar een verstrekker stapt zal het adviseringsproces voor niet-mobiliteitshulpmiddelen, afhankelijk van de soort verstrekker en bij eenvoudige hulpmiddelen, vaak nog veel beknopter zijn aangezien er binnen een relatief beperkte tijd dan een advies dient geleverd te worden op basis van de mondelinge informatie die de senior of zijn sociale omgeving op dat moment aanbrengt.

Omwille van de onzekerheid die ouderen momenteel hebben om een adequate adviesverlening te verkrijgen die alle relevante dimensies in kaart brengt, zal het waarschijnlijk aangewezen zijn om ook voor hen een protocol te ontwikkelen. Idealiter, en in lijn met de door ons geconsulteerde literatuur wordt er werk gemaakt van een leeftijdsonafhankelijk protocol. Het ontwerpen van dit protocol zal een evenwichtsoefening betekenen tussen een overdreven gedetailleerde protocollering wanneer dit niet nodig is en een te beknopte indicatiestelling waarbij niet alle relevante aspecten in kaart worden gebracht. Vanuit de literatuurstudie kwam het ICF-kader als relevante leidraad aan bod, die dan specifiek werd uitgewerkt voor hulpmiddelen binnen het MPT-model. Dit model is ook gelieerd aan instrumenten, waarvan de Nederlandstalige versie wel nog dient gevalideerd te worden.

Ten slotte, uit de literatuur komt naar voren dat het belangrijk is dat de advisering niet alleen gericht is op hulpmiddelen maar simultaan ook op andere interventies. Arthanat en Lenker (2008) identificeren de volgende interventies.

- a) Versterken van de vaardigheden van de gebruiker
- b) Veranderingen in de techniek van de gebruiker
- c) Aanpassing van de taken
- d) Aanpassen van de omgeving
- e) Gebruik van persoonlijke assistentie

Binnen de Vlaamse context gebeurt dergelijke simultane advisering momenteel niet altijd of niet volledig. De meeste gesprekspartners gaven wel aan dat het advies niet noodzakelijk altijd een hulpmiddel was (maar wel het merendeel van de tijd) en dat soms bijvoorbeeld thuiszorg meer aangewezen bleek. Wat betreft de VAPH-procedure, alvorens een aanvraag voor de vergoeding van een hulpmiddel te kunnen doen, dient men eerst erkend te zijn als persoon met een handicap. Wanneer men erkend is als persoon met een handicap komt men mogelijk ook in aanmerking voor andere vormen van ondersteuning zoals begeleiding door een dienst of opvang. Bij de ouderen die advies vragen betreffende een niet-mobiliteitshulpmiddel zal het simultaan adviseren van andere diensten afhangen van waar men terecht is gekomen. Wanneer men bij een verstrekker komt aankloppen die niet gelieerd is aan bijvoorbeeld een thuiszorgaanbod, dan zal enkel een advies op vlak van hulpmiddelen gegeven worden. Wanneer men bijvoorbeeld bij een mutualiteit aanklopt, kan veel sneller ook een aanbod op vlak van thuiszorg geadviseerd worden. Een aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel zal in principe enkel tot het advies betreffende een mobiliteitshulpmiddel leiden, afhankelijk ook van de kennis van de betrokken arts. Naar

de toekomst toe is het waarschijnlijk een logische stap om na te denken over een globaal adviseringsproces waarbij het advies naar hulpmiddelen (alle soorten voor alle doelgroepen) ingebed wordt in een ruimer advies dat ook bijvoorbeeld ondersteuning door personen en handelingsadviezen omvat. Drie Nederlandse auteurs hebben hierrond reeds bepaalde stappen ondernomen, die resulteerde in het ATES-instrument (Steel, Gelderblom & De Witte, 2011). Over het algemeen is er verder zeker nog ruimte om meer consequent gestandaardiseerde meetinstrumenten te gebruiken, en deze ook te hanteren bij het in kaart brengen van een ruimere waaier aan dimensies.

Een kanttekening bij dit onderzoek is dat de determinanten van de hulpmiddelen nood niet expliciet in kaart gebracht werden voor de personen die jonger zijn dan 65 jaar, een nood ervaren aan een hulpmiddel, maar niet erkend zijn als persoon met een handicap, een doelgroep die volgens verschillende gesprekspartners de laatste jaren lijkt toe te nemen in omvang. Het betreft hier bijvoorbeeld mensen met gehoorproblemen die nog niet voldoende gehoorverlies hebben, mensen die lijden onder het chronisch vermoeidheidssyndroom, mensen met een chronische rugproblematiek,... . Verschillende gesprekspartners gaven echter aan dat het traject dat deze doelgroep aflegt bij de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen over het algemeen eerder gelijkaardig zou zijn aan het traject afgelegd door personen ouder dan 65 jaar, aangezien er voor hen, net als bij de 65-plussers, geen protocol noch tegemoetkoming voor handen is voor het verwerven van niet-mobiliteitshulpmiddelen. Gezien de jongere leeftijd van deze doelgroep is het waarschijnlijk extra aangewezen om de nodige advisering te ontvangen bij het verwerven van bepaalde hulpmiddelen waarbij ook de prognose en de evolutie van de beperkingen mee in rekening worden gebracht. Verder kwam ook het adviseringsproces bij personen met een psychiatrische stoornis niet expliciet aan bod, terwijl deze mensen wel als persoon met een handicap kunnen beschouwd worden binnen de brede VN-definitie. Een tweede kanttekening is dat het in een zeer beperkt aantal gevallen voorkwam dat we maar één persoon spraken, en dat deze aangaf dat hij/zij er eigenlijk niet voldoende zicht op had wat de andere betrokken disciplines eigenlijk in kaart brachten. Dit kan er toe geleid hebben dat voor een beperkt aantal gesprekspartners de variëteit van subdimensies die in kaart worden gebracht onderschat werd. Een laatste kanttekening is dat onze modus operandi, hoewel aangewezen voor de onderzoeksvraag die voorlag, het niet toeliet om bepaalde aspecten gedetailleerd in kaart te brengen. Zo leunden we op het retrospectief in kaart brengen van de stappen van het adviesverleningsproces en de determinanten van de hulpmiddelen nood door experts. Andere onderzoekstechnieken (vb. 'Think-a-loud-protocols' al dan niet in combinatie met gestandaardiseerde casussen) zouden het mogelijk maken om de cognitieve processen die leiden tot het indiceren van een bepaald hulpmiddel gegeven een bepaalde ondersteuningsnood, nog duidelijker in kaart te brengen. Echter deze technieken zijn zeer tijdsintensief, waardoor het niet mogelijk was om ze binnen het huidige onderzoek te integreren. In voorliggend onderzoeksrapport wordt wel duidelijk welke determinanten omtrent de persoon in kaart gebracht worden, en welke aspecten van de hulpmiddelen meegenomen worden in het beslissingsproces. Het is echter minder duidelijk welke cognitieve overwegingen precies meespelen om tot een optimale match te komen. Verder kan het interessant zijn om na te gaan op welke manier bepaalde kenmerken van de indicatiesteller een invloed hebben op (de kwaliteit) van de advisering.

Hoofdstuk 5

Voorspellers en indicatoren van de nood aan hulpmiddelen

Een laatste onderdeel van de huidig voorliggende studie beoogt een antwoord te bieden op de volgende vraag: Welke factoren zijn voorspellers van de hulpbehoevendheid en de daarbij horende nood aan hulpmiddelen in het bijzonder bij de brede doelgroep van personen met een handicap, onafhankelijk van hun leeftijd? Hierbij aansluitend gingen we ook na welke informatie er reeds aanwezig is binnen de Vlaamse zorgsector die als indicatief kan opgevat worden voor een verhoogde hulpbehoevendheid en de daarmee geassocieerde nood aan hulpmiddelen.

Om een antwoord te vinden op de eerste vraag zochten we binnen de artikelen van onze literatuurstudie naar informatie betreffende dergelijke voorspellers. Via een doorgedreven forward en backwardsearch met deze vraag in het achterhoofd, werd dan nog extra informatie gezocht. Het antwoord op de tweede vraag werd gezocht via de gesprekspartners werkzaam binnen de mutualiteiten, aangezien men daar reeds werkt met resultaatsgerichte indicatoren. Veel van de andere gesprekspartners hanteren geen indicatoren van een verhoogde hulpbehoevendheid aangezien men automatisch personen krijgt doorverwezen via bijvoorbeeld zorginstanties, eigen ziekenhuis, etc. In wat volgt worden beide vragen apart besproken.

1 Voorspellers en indicatoren van de nood aan hulpmiddelen in de wetenschappelijke literatuur

Bij het doornemen van de literatuur werd al snel duidelijk dat het antwoord op deze eerste vraag niet zo evident zou zijn. Onze literatuurzoektocht leverde 26 enigszins relevante artikelen op. Van deze 26 artikels handelden er drie niet over de nood aan een hulpmiddel, maar over indicatoren en voorspellers van het bezitten van een hulpmiddel. Zestien hadden als onderwerp het gebruik van een hulpmiddel eerder dan de nood eraan, waarbij verschillende voorspellers aan de orde zijn.

Het al dan niet verwerven van een hulpmiddel zal mede afhangen van bepaalde demografische determinanten zoals inkomen en woonplaats (bv. al dan niet afgelegen), die dan waarschijnlijk ook nog eens cultureel bepaald zijn. In België wordt bijvoorbeeld het benodigde hulpmiddel voor bepaalde doelgroepen onder bepaalde voorwaarden terugbetaald. In andere landen is dit misschien niet het geval, of verloopt de terugbetaling misschien volgens andere criteria waarbij inkomen als determinant minder of juist meer op de voorgrond kan komen te staan. De nood aan een hulpmiddel zal mogelijks veel minder of op een andere manier samenhangen met het inkomen.

Verder speelt ook de kennis van het aanbod van hulpmiddelen een belangrijke rol bij het al dan niet gebruik maken van een bepaald hulpmiddel. Men kan iets niet gebruiken omdat men niet op de hoogte is van het bestaan ervan. Zo vonden Roelands, Van Oost, Buysse en Depoorter (2002) meer dan 12 jaar geleden al dat de kennis over de beschikbare hulpmiddelen bij 117 thuiswonende 75-plussers in Vlaanderen eerder beperkt was. Dit kan dan leiden tot een niet-gebruik dat niet noodzakelijk een ontbrekende nood impliceert.

Er werden in totaal slechts zes artikelen gevonden die wel rechtstreeks handelden over de nood aan hulpmiddelen, al dan niet in combinatie met het gebruik of het bezit ervan (Agree & Freedman, 2004;

Carlson, & Ehrlich, 2005; Gramstad, Storli & Hamran, 2013; Hartke, Prohaska, & Furner, 1998; Lindsay & Tsybina, 2011; Löfqvist, Slaug, Ekström, Kylberg, & Haak, 2014). Vijf van deze zes artikelen handelden over de indicatoren van de nood aan hulpmiddelen, waarmee we kenmerken van personen en/of zijn omgeving bedoelen die indicatief kunnen zijn voor een nood aan hulpmiddelen. Geen enkele van deze zes artikelen gaf informatie over kenmerken waarvan bewezen is dat ze een nood aan hulpmiddelen enigszins kunnen voorspellen, predictoren genaamd. Eén artikel (Gramstad, Storli & Hamran, 2013) handelt over de ervaring van ouderen betreffende eventuele noden waar niet aan tegemoetgekomen wordt, zonder dat de samenhang met andere factoren in kaart wordt gebracht. Verschillende factoren maken echter dat het voor ons moeilijk is om globale conclusies te trekken uit deze zes artikelen.

Ten eerste, van de bovengenoemde zes artikelen over de determinanten van de nood aan één of meerdere hulpmiddelen hebben er twee expliciet ouderen in het vizier als onderzoekspopulatie en twee kinderen of jongeren, waarbij er één zich specifiek toespitst op kinderen met een hersenverlamming en de andere enkel handelt over communicatie- en mobiliteitshulpmiddelen. De twee overige artikelen focussten zich op volwassenen zonder dat noodzakelijk ouderen in het vizier genomen werden. Men kan zich echter inbeelden dat bijvoorbeeld de indicatoren van de nood aan hulpmiddelen bij kinderen verschillend zijn van deze bij ouderen, waardoor dat het dus moeilijk wordt om over deze doelgroepen heen te generaliseren. Zo vinden Lindsay en Tsybina (2011) bij kinderen en jongeren met een beperking dat de jongeren die nog bij hun familie woonden een grotere nood aan hulpmiddelen hadden dan jongeren die zelfstandig leefden. Löfqvist et al (2014) rapporteren dan weer dat alleenstaande ouderen een grotere nood aan hulpmiddelen rapporteren.

Een verder probleem met de studies die we vonden was dat er bijna uitsluitend gebruik wordt gemaakt van zelfrapportage om de nood aan een hulpmiddel te operationaliseren. Gramstad, Storli en Hamran (2013) identificeren verschillende redenen waarom dit niet altijd wenselijk is. Volgens hen zien sommige ouderen zichzelf niet als hulpbehoevend, hoewel ze volgens de inschatting van professionele zorgverleners wel in een 'moeilijke situatie' leven. Dit kan onder andere het gevolg zijn van de eigen interpretatie van de ouderen dat de problemen die men in het dagelijks leven ervaart typisch zijn voor het ouder worden en als dusdanig niet dienen verlicht te worden door een hulpmiddel. Vervolgens kan het stigma dat voor sommige mensen aan een hulpmiddel kleeft, maken dat men dergelijk hulpmiddel niet als een acceptabele oplossing percipieert, en men er dus ook geen nood aan rapporteert. Ook ontwikkelen ouderen soms 'trucjes' om hun beperkingen te omzeilen of vinden ze nieuwe manieren om bepaalde activiteiten uit te voeren. Deze personen zullen dan niet echt een nood aan hulpmiddelen ervaren terwijl ze met een hulpmiddel een bepaalde activiteit wel terug sneller of efficiënter zouden kunnen uitvoeren. Hierbij wensen we zelf nog op te merken dat het krijgen van menselijke hulp er voor kan zorgen dat er geen nood aan hulpmiddelen wordt gerapporteerd, terwijl men toch duidelijk hulpbehoevend is en een hulpmiddel instrumenteel kan zijn bij het verlichten van de druk op de menselijke ondersteuning.

Verder merken Roelands, Van Oost, Buysse en Depoorter (2002) op dat het in kaart brengen van de indicatoren van het hulpmiddeleengebruik best hulpmiddelenspecifiek dient te gebeuren. De aspecten die het gebruik van een eenvoudig en gekend hulpmiddel bepalen, zullen waarschijnlijk verschillen van de aspecten die het gebruik van een weinig gekend of van een complex hulpmiddel bepalen. Volgens ons gaat dit argument ook op voor de indicatoren van de nood aan hulpmiddelen, naast van het gebruik ervan. Ook kunnen de determinanten van een nood aan hulp verschillen naargelang het soort activiteit dat men voor ogen heeft en de context waarin men deze activiteit uitvoert, bijvoorbeeld op school, op het werk of thuis (Carlson, & Ehrlich, 2005). Bovendien includeert elk van de artikelen betreffende de nood aan hulpmiddelen slechts een beperkt aantal indicatoren. Zo focussen Lindsay & Tsybina (2011)

zich enkel op socio-culturele factoren. Het wordt zo dus nog moeilijker om die indicatoren te identificeren die consequent in de literatuur worden teruggevonden.

Ten slotte wensen we op dit moment een algemenere opmerking te formuleren betreffende de definitie van het concept 'nood'. Wanneer spreekt men van een 'nood aan hulp' of meer specifiek een 'nood aan een hulpmiddel'. Heeft men enkel een nood aan hulp wanneer men een bepaalde activiteit helemaal niet meer kan uitvoeren? Of ook wanneer de uitvoering wel lukt maar veel trager of met meer moeite. Wat met de situatie waarin uitvoeren wel lukt gegeven een gedragswijziging of een wijziging van de situatie? Dient men om een nood aan een hulpmiddel te identificeren, al deze aspecten van uitvoering in overweging te nemen? Tot op heden hield geen enkel studie voldoende rekening met bovenstaande opmerking, aangezien men meestal de betrokkene vroeg om zelf de nood te identificeren, zonder de objectieve aspecten van een nood te specificeren.

Omwille van bovenstaande redenen gaven Gramstad, Storli en Hamran (2013) aan dat ouderen niet zozeer meldden een onbeantwoorde nood aan een hulpmiddel te ervaren als wel moeilijkheden te ervaren met het uitvoeren van activiteiten in en participatie aan het dagelijks leven. In bijna alle studies over de nood aan hulpmiddelen hierboven opgesomd kwam aan het licht dat een indicatie van de gezondheid van de persoon, alsook de ernst van de beperking of de aanwezigheid van meerdere beperkingen sterk samenhangen met een nood aan één of meerdere vormen van ondersteuning (meestal hulpmiddelen). Het is dus waarschijnlijk aangewezen om eerder de algemene gezondheidstoestand en de daarmee geassocieerde moeilijkheden op het vlak van activiteiten en participatie te beoordelen, dan rechtstreeks de nood aan hulpmiddelen te bevragen. In antwoord op deze in kaart gebrachte moeilijkheden zou men dan kunnen opteren om een globaal zorgaanbod te formuleren dat niet enkel focust op hulpmiddelen maar ook een ruimer zorgaanbod in overweging neemt, zoals reeds eerder voorgesteld. Naast informatie betreffende de zwaarte en de duur van de handicap, de algemene gezondheid van de persoon, comorbiditeit en de omvang van de beperkingen in activiteiten die men ervaart, konden er geen indicatoren van de nood aan hulpmiddelen consequent teruggevonden worden in de literatuur, onder andere omdat elke studie de nadruk legde op andere indicatoren. Eerder maakten we wel al melding van de tegenstrijdige resultaten wat betreft alleen wonen.

2 Informatie over mogelijke voorspellers van een nood aan hulpmiddelen in de praktijk

We contacteerden een aantal van onze gesprekspartners om te bevragen welke informatie er reeds aanwezig is binnen de Vlaamse zorgsector die als indicatief kan opgevat worden voor een verhoogde hulpbehoefendheid en de daarmee geassocieerde nood aan hulpmiddelen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat veel gesprekspartners niet de nood ervaren om dergelijke indicatoren te hanteren, aangezien personen worden doorverwezen via onder meer zorginstanties, eigen ziekenhuis, etc. Men geeft aan dat men op die manier meer dan voldoende vragen krijgt, waardoor het proactief opsporen van naar personen met een (ongeïdentificeerde) nood aan hulpmiddelen niet op de voorgrond staat.

De situatie is evenwel anders voor de diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen. Zij zijn er namelijk vanuit hun erkenning toe verbonden om te werken met 'resultaatsgerichte indicatoren'. Eén van deze indicatoren is het proactief contact nemen met 5 doelgroepen (*Ministerieel besluit houdende de bepaling van resultaatsgerichte indicatoren voor de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen*): **Art 1, 4^{de} dienst benadert ten minste vijf verschillende doelgroepen door een aantoonbare proactieve actie. Een doelgroep is een groep waarbij een bepaald relevant kenmerk gemeenschappelijk**

is. Dat gemeenschappelijke kenmerk kan van uiteenlopende aard zijn. De verschillende doelgroepen kunnen verschillend van grootte zijn.

Eén van deze vijf doelgroepen is de doelgroep van personen met een handicap, naast personen in kansarmoede, zieke personen, zorgbehoevende bejaarden en anderen. De mutualiteiten kunnen wel zelf bepalen welke concrete criteria men hanteert om deze vijf doelgroepen te bepalen. We bevroegen de mutualiteiten die deelnamen aan de gesprekken expliciet omtrent deze criteria en kwamen hierbij uit op de volgende oplistings:

- B- en C-forfaits in de thuiszorg
- Thuisverplegingsforfaits met verzwarende omstandigheden
- Hulp van derden ZIV
- Palliatieve thuisverpleging
- Score van 35 of meer op de BEL-schaal
- Opname in kortverblijf
- Gebruikers van persoonlijke alarmering
- Personen die recht hebben op een mantel- of thuiszorgpremie (regionaal, provinciaal of gemeentelijk)
- Erkenning locomotorische revalidatie
- E-pathologie bij -65 jarigen
- PAB-aanvragers
- Personen die langdurig hulpmiddelen uitlenen
- Aanvragen mobiliteitshulpmiddel (RIZIV)
- Aankoop van incontinentiemateriaal
- Erkenning bij de FOD Sociale Zekerheid, Dienst Personen met een Handicap
- Chronisch zieken
- Beroep gedaan op reisbijstandsverzekering

Deze indicatoren identificeren een groep van personen met een verhoogde kans op een onbeantwoorde zorgnood, waarop onder meer een hulpmiddel eventueel een antwoord zou kunnen bieden.

Verder gaf een OCMW nog aan dat men ook zelf proactief op zoek ging naar personen met een onbeantwoorde zorgnood. Hiertoe legden vrijwilligers preventieve huisbezoeken af waarbij ze onder andere de aanwezigheid van onbeantwoorde zorgnoden bevroegen. De gesprekspartner binnen Familiehulp gaf verder aan dat zij de BEL-schaal aangevuld met informatie van hun verzorgenden hanteren om mogelijk noden omtrent hulpmiddelen op te sporen. Beide diensten verwijzen echter door wanneer er een nood aan een hulpmiddel aan de oppervlakte komt.

Hoofdstuk 6

Algemene conclusies en beleidsaanbevelingen

De centrale doelstelling van het voorliggend onderzoek was om de *huidige inschalingen van de zorg- en ondersteuningsnood en daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen voor enerzijds personen met een handicap en anderzijds ouderen te vergelijken*, waarbij niet de leeftijd van de zorgbehoevende persoon maar de aard en de context van de aandoening en de daarmee samenhangende ondersteuningsnood als primair criterium wordt gezien. Hiertoe voerden we, na een verkenning van de beleidscontext en de centrale concepten op basis van een documentenanalyse, een systematische literatuurstudie uit van zowel wetenschappelijke als grijze literatuur. Aan de hand van deze internationale literatuur werkten we een referentiekader uit, weergegeven in tabelvorm, omtrent de essentiële componenten van een inschaling of beoordeling van de zorg- en ondersteuningsnood en daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen voor de ruime doelgroep (personen met langdurige fysieke, mentale, verstandelijke of zintuiglijke beperkingen ongeacht hun leeftijd).

Om de Vlaamse praktijkvoering in kaart te brengen werd vervolgens gedetailleerde informatie en documentatie ingewonnen over de hulpmiddelenadviesing die momenteel gehanteerd worden binnen de historische gegroeide sectorspecifieke systemen, enerzijds gericht op personen met een handicap en anderzijds op ouderen. Er werd gewerkt met semigestructureerde interviews afgenomen bij 41 sleutelfiguren uit 26 organisaties. Naast een globaal inzicht omtrent het adviseringsproces, beoogde het onderzoek op deze manier de essentiële componenten van de inschaling of beoordeling van de hulpbehoefte en de daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen – of kortweg de determinanten van de hulpmiddelen nood - te identificeren. Na het in kaart brengen van de Vlaamse praktijkvoering werd een concordantietabel opgesteld die de sectorspecifieke data tegen elkaar afzet om zodoende knelpunten te identificeren en aanbevelingen ter optimalisering of afstemming te formuleren. De informatie aangaande de Vlaamse praktijkvoering werd tevens vergeleken met het eerder ontwikkelde internationale referentiekader. In wat volgt gaan we in op een aantal verschillende aspecten van de hulpmiddelenadviesverlening binnen de literatuur en zoals tijdens de gesprekken met de ervaringsdeskundigen tot uiting kwamen. Vervolgens koppelen we hier conclusies en aanbevelingen aan vast.

1 Wetenschappelijke onderbouwing van de adviesverlening

Uit de literatuurstudie kwam naar voren dat de gebruikte conceptuele kaders niet altijd sterk wetenschappelijk onderbouwd zijn en dat een solide conceptuele en empirische onderbouwing van instrumenten eerder schaars is. Eerder concludeerden ook Bernd, Van Der Pijl en De Witte (2009) al dat er een tekort is aan wetenschappelijk gevalideerde procedures en instrumenten voor de advisering van hulpmiddelen. Enigszins een uitzondering hierop is het “Matching Person and Technology” model. Dit model is specifiek gericht op de hulpmiddelenadviesingen diende als basis voor bepaalde wetenschappelijk gevalideerde instrumenten. De Nederlandstalige uitwerking van een instrument gebaseerd op het MPT-model is echter nog beperkt gevalideerd.

Daarnaast wordt binnen de literatuur het ICF vaak naar voren geschoven als theoretisch kader om de hulpmiddelenadviesing te ondersteunen. Het ICF is een omvattend kader aan de hand waarvan het

menselijk functioneren in kaart kan gebracht worden. Het ICF is niet specifiek ontwikkeld voor de advisering van hulpmiddelen. Er werden wel reeds inspanningen gedaan om het MPT-model (wel specifiek voor hulpmiddelenadviesing) te linken aan het bredere ICF-kader (Scherer & Glueckauf, 2005). Recent wordt verder veel energie gestopt in de ontwikkeling van aandoeningsspecifieke 'core sets'. Deze core sets zijn eigenlijk lijsten van subcategorieën binnen het ICF-kader die relevant zijn voor een bepaalde handicap. Op die manier wordt getracht het zeer uitgebreide ICF-kader hanteerbaar te maken voor praktisch gebruik. Echter, ook deze core sets zijn meestal niet specifiek opgesteld met het oog op de advisering van hulpmiddelen, maar wel met het oog op het in kaart brengen van alle aanwezige belemmeringen in de participatie.

Wanneer we dan naar de praktijk in Vlaanderen gaan kijken, dan kunnen we het volgende besluiten. Zowel het adviseringsproces voor mobiliteitshulpmiddelen als het adviseringsproces voor de overige hulpmiddelen bij personen die erkend zijn als persoon met een handicap bij het VAPH, vertrekken minste deels vanuit het ICF-kader. Gezien het ontbreken van een protocol voor de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen bij personen die niet erkend zijn als persoon met een handicap, is dit voor deze laatste groep niet het geval. Echter, het zich baseren op een gevalideerd kader impliceert niet dat de eigenlijke procedure noodzakelijk ook wetenschappelijk onderbouwd is.

Het werd tijdens onze gesprekken duidelijk dat voor geen enkel van de in kaart gebrachte adviesprocessen de effectiviteit van het adviseringsproces daadwerkelijk onderzocht werd. Er wordt momenteel nog niet nagegaan in welke mate het uitgebrachte advies wordt opgevolgd door de persoon met een ondersteuningsnood en wat dan de redenen zijn voor het al dan niet opvolgen van het advies. Ook is er geen informatie beschikbaar betreffende de tevredenheid van de gebruikers die het geadviseerde hulpmiddel hebben aangekocht noch over de aanwezigheid van residuele (resterende) zorgnoden bij deze gebruiker waar het geadviseerde hulpmiddel niet aan tegemoetkomt. Een dergelijke validering van het gehanteerde adviseringsproces lijkt zeker aangewezen. Wel maken bepaalde adviesverstrekkers gebruik van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten om bepaalde deelaspecten in kaart te brengen. Doch, het gebruik van dergelijke gevalideerde instrumenten is zeer variabel over de verschillende adviesverleners heen en het gebruik is zeker niet overal ingeburgerd. Het gebruik van wetenschappelijk onderbouwde instrumenten kan het adviseringsproces verder objectiveren, en lijkt aldus aangewezen. Wat niet wegneemt dat binnen de literatuur het belang van ervaring, kennis en klinisch redeneren van de professional benadrukt wordt, en als dusdanig ook een plaats verdient in het adviseringsproces.

2 Variëteit van de in kaart gebrachte determinanten van de hulpmiddelen nood

Wat betreft de essentiële componenten van de inschaling of beoordeling van de hulpbehoevendheid en de daarmee samenhangende nood aan hulpmiddelen –of kortweg de determinanten van de hulpmiddelen nood–, kwam uit de gesprekken met de verschillende praktijkexperten naar voren dat men bij de adviseringsprocessen binnen het kader van de VAPH-procedure en RIZIV-procedure voor mobiliteitshulpmiddelen over het algemeen oog heeft voor een brede waaier aan determinanten, zoals deze tevens uit de literatuur naar voren kwamen, doch niet voor alle determinanten. Zo worden de opgelijste psychosociale kenmerken in de praktijk zelden onderzocht, al kan het zijn dat deze aspecten impliciet wel een rol spelen zonder dat dit daadwerkelijk gemeld werd door de gesprekspartners. Toch is het expliciet ontbreken van deze psychosociale kenmerken in de protocollen een hiaat. Verder dient opgemerkt te worden dat voor eenvoudigere hulpmiddelen in beide gevallen een verkorte procedure kan gevolgd worden, waarbij een beperktere variëteit van determinanten in kaart gebracht wordt. Ook wat

betreft de verhuur van rolstoelen dient er een medisch voorschrift en een motiveringsrapport opgesteld te worden, maar geen multidisciplinair functioneringsrapport, wat impliceert dat de waaier van determinanten die in kaart worden gebracht kleiner is dan uit de concordantietabel naar voren komt.

Verder viel het de onderzoekers tijdens de gesprekken op dat de diepgang waarmee bepaalde determinanten in kaart worden gebracht vaak groter is bij de VAPH procedure dan bij de RIZIV-procedure. Dit komt echter niet als dusdanig tot uiting in de concordantietabel aangezien daar enkel de aanwezigheid van een bepaalde determinant wordt geregistreerd en niet de uitgebreidheid waarmee de determinant in kaart gebracht wordt.

Wat betreft het adviseringsproces bij ouderen stellen de onderzoekers dat de inhoud van dit proces sterk zal afhangen van waar men dit advies inwint. In ziekenhuizen en revalidatiecentra wordt over het algemeen een redelijk brede verscheidenheid aan determinanten in kaart gebracht. Ouderen kunnen ook terecht bij de mutualiteiten waar men eventueel ingeschakeld wordt bij een ergo-aan-huis procedure. Tijdens die procedure wordt vooral het functioneren van de ouderen binnen zijn thuisomgeving, de zelfverzorging, het huishouden en de situationele drempels in kaart gebracht. Wanneer een senior rechtstreeks naar een verstrekker stapt, zal het adviseringsproces voor niet-mobiliteits-hulpmiddelen vaak veel beknopter zijn. Er zijn hier wel duidelijke verschillen tussen verstrekkers, ook afhankelijk van het soort en de complexiteit van hulpmiddelen die men aanbiedt.

Het verschil wat betreft de determinanten van het adviseringsproces tussen personen die wel of niet als persoon met een handicap erkend zijn, is des te opvallender omdat uit onze literatuurstudie bleek dat de meeste modellen, instrumenten en richtlijnen generisch zijn en dus dezelfde determinanten van hulpmiddelen nood naar voren worden geschoven, onafhankelijk van de leeftijd, de stoornis of het soort hulpmiddel. Omwille van de onzekerheid die ouderen momenteel hebben om een adequate adviesverlening te verkrijgen die alle relevante dimensies in kaart brengt, zal het waarschijnlijk aangewezen zijn om ook voor hen een protocol te ontwikkelen. Idealiter, en in lijn met de door ons geconsulteerde literatuur, wordt er zelfs werk gemaakt van een leeftijdsafhankelijk protocol.

Met bovenstaande analyse wensen we niet te suggereren dat steeds alle determinanten in kaart zouden moeten gebracht worden. Niet alle determinanten zullen relevant zijn in elke situatie. Wel is het zo dat elk van bovenstaande determinanten een rol kán spelen, en als dusdanig dient er ruimte te zijn om deze in kaart te brengen indien nodig. We verwezen al eerder naar de trend tot het ontwikkelen van 'core sets' binnen het ICF-kader. Dit zijn conditiespecifieke lijsten van relevante subcategorieën (Stucki, Cieza, Ewert et. al., 2003). Op deze manier kan het uitgebreide ICF-kader hanteerbaar gemaakt worden in de praktijk. Echter, zelfs wanneer men gebruik maakt van een conditiespecifieke subset zullen verschillende redenen maken dat er voldoende vrijheid en middelen dienen te zijn om bijkomende aspecten te onderzoeken indien men dit nodig acht. Het kan niet de bedoeling zijn om het brede ICF-kader in de praktijk terug te verarmen. Ten eerste, zoals bleek uit de door ons gevoerde gesprekken, kunnen bepaalde persoonlijke factoren zoals motivatie, ziekte-inzicht, draagkracht, een belangrijke invloed hebben op de ondersteuningsnood die door bepaalde personen ervaren wordt. De ondersteuningsnood zal zich dan op andere vlakken uiten, die niet typisch geassocieerd zijn met bepaalde beperkingen. Er zal dus bij elke advisering oog dienen te zijn voor deze factoren. Ten tweede worden veel personen geconfronteerd met multiple beperkingen, waarbij hun ondersteuningsnood niet simpelweg kan opgevat worden als resulterend uit de optelsom van elk van deze beperkingen apart. Bovendien heeft ook de ondersteuning door personen, al dan niet professioneel, een belangrijke invloed op de ervaren nood aan hulpmiddelen. Iemand die al veel ondersteuning heeft, zal mogelijks minder de nood aan hulpmiddelen uitdrukken, zelfs al zouden deze hulpmiddelen ontlastend kunnen werken voor deze ondersteuners. Men dient dus

steeds in kaart te brengen hoe de menselijke ondersteuning op bepaalde gebieden interageert met de nood aan ondersteuning in dezelfde of andere gebieden. De core sets werden trouwens meestal niet specifiek ontwerpen met het oog op hulpmiddelenadvisering, maar wel om de globaliteit van participatiebeperkingen in kaart te brengen. Hulpmiddelen zijn dan maar één van de mogelijke ondersteuningsvormen die kunnen aangewend worden om de geïdentificeerde beperkingen of participatieproblemen op te heffen. Verder zullen we dan ook adviseren om te komen tot een globaal adviseringsproces voor alle soorten van ondersteuning.

Verder werd uit onze literatuurstudie betreffende predictoren van de nood aan hulpmiddelen duidelijk dat de invulling van het begrip nood misschien nog duidelijker kan gespecificeerd worden. Men kan niet enkel een nood aan ondersteuning ervaren om een activiteit uit te voeren zonder meer, maar ook om deze binnen een redelijk tijdsbestek uit te voeren, of op een voor de persoon voldoende kwalitatieve manier. Dit onderscheid dient men in het achterhoofd te houden bij het in kaart brengen van de determinanten van een ondersteuningsnood. We hebben er niet echt zicht op in hoeverre dit nu in de praktijk gebeurt.

Binnen het empirische onderzoek was de expliciete vraag om de inschalingen zoals ze momenteel gebruikt worden voor personen met een handicap en ouderen te vergelijken. Daardoor werden de determinanten van de hulpmiddelennood niet expliciet in kaart gebracht voor de personen die jonger zijn dan 65 jaar, een nood ervaren aan een hulpmiddel, maar niet erkend zijn als persoon met een handicap. Verschillende gesprekspartners gaven echter aan dat het traject dat deze doelgroep aflegt bij de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen over het algemeen eerder gelijkaardig zou zijn aan het traject afgelegd door personen ouder dan 65 jaar, aangezien er voor hen, net als bij de 65-plussers, geen protocol noch tegemoetkoming voor handen is voor het verwerven van niet-mobiliteitshulpmiddelen. Verder kwam ook het adviseringsproces bij personen met een psychiatrische stoornis niet expliciet aan bod. Het is echter niet duidelijk in hoeverre deze doelgroep algemeen genomen nood heeft aan een hulpmiddel ter ondersteuning van hun participatie.

3 Andere geïdentificeerde aspecten van een goed adviesverleningsproces

Binnen de door ons besproken literatuur is er redelijke eensgezindheid over de nood aan een interdisciplinaire aanpak van de hulpmiddelenadvisering, met een duidelijke rolverdeling tussen de verschillende disciplines en regelmatige training. Hierbij is evaluatie en registratie van het adviseringsproces essentieel om de kwaliteit ervan te bewaken. In de praktijk in Vlaanderen zijn er duidelijke verschillen wat betreft de betrokken disciplines bij de verschillende hulpmiddelenadviseringsprocessen. De meeste zekerheid op een werkelijk multidisciplinair adviseringsproces hebben personen met een handicap die erkend zijn voor hun 65^e jaar wanneer men een niet-mobiliteitshulpmiddel wenst aan te schaffen. Ook voor bepaalde mobiliteitshulpmiddelen kan men op een multidisciplinair advies rekenen, waarbij er meestal wel minder disciplines betrokken zijn dan bij de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen aan personen met een erkende handicap. Wat betreft de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen bij ouderen, die niet geprotocolleerd is, is de mate van multidisciplinariteit afhankelijk van waar deze senior terechtkomt. Over het algemeen zal deze advisering echter niet multidisciplinair zijn.

Nu, we wensen de multidisciplinariteit van een advies niet in alle situaties als gouden standaard naar voren te schuiven. In meer eenvoudige situaties kan een daartoe opgeleide beroepsgroep (bijvoorbeeld ergotherapeuten, kinesisten of verstrekkers) waarschijnlijk unidisciplinair eveneens het meest gepaste advies geven. Echter, gezien een handicap niet zelden evolueert over de tijd en bijkomende beperkingen

in de toekomst vaak mogelijk zijn, zeker bij ouderen, is multidisciplinariteit soms ook dan aangewezen. Dit om deze toekomstevoluties waar mogelijk onmiddellijk mee op te nemen in het advies en om voldoende flexibel te kunnen inspelen op de uitdagingen die personen met een meervoudige beperking of met andere comorbide aandoeningen ervaren. Verder gaven onze gesprekspartners ook aan dat veel senioren moeite hebben met het aanvaarden van de beperkingen waarmee ze geconfronteerd worden, en dit gebrek aan aanvaarding kan het adviseringsproces bemoeilijken. Ook in dergelijke gevallen kan een multidisciplinariteit van het adviseringsproces een meerwaarde betekenen wanneer men iemand in het team heeft die geschoold is in het omgaan met verwerkingsprocessen.

Verder wordt in de literatuur vaak een cliëntgecentreerde aanpak naar voren geschoven, waarbij de persoon met een handicap actief wordt betrokken in het selectieproces, omdat deze manier van werken kan leiden tot betere uitkomsten en minder niet-gebruik. De meeste gesprekspartners gaven aan dat de persoonlijke wensen en doelstellingen van de persoon met een handicap een essentieel deel uitmaken van hun advisering. Het zal ook in de toekomst aangewezen blijven om hier oog voor te hebben.

Om tot een optimaal zorgaanbod (hulpmiddelen) te komen, is het bovendien aangewezen om niet alleen de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de persoon te beoordelen, maar om ook de kenmerken van de hulpmiddelen in rekening te brengen, ondanks de vaststelling dit aspect niet steeds in de literatuur wordt opgenomen. Een aanzienlijk aandeel richtlijnen en modellen verwijzen verder ook naar een testen en trainingsfase voor de uiteindelijke gebruiker, in aanvulling op het ICF-kader. In de praktijk gebeurt dit uittesten niet voor alle doelgroepen even systematisch. Vooral ouderen niet erkend als een persoon met een handicap lopen het risico om bij de aankoop van bepaalde hulpmiddelen niet de mogelijkheid te hebben van dit hulpmiddel eerst uit te testen.

4 Het verloop van het adviesverleningsproces

Samenvattend kunnen we stellen dat de feitelijke situatie van het hulpmiddelenadvieseringsproces in Vlaanderen, waarbij de advisering van mobiliteitshulpmiddelen los wordt gezien van de advisering van niet-mobiliteitshulpmiddelen en waarbij voor deze laatste er ook nog eens een breuklijn loopt op basis van de leeftijd (65 jaar), leidt tot verschillen in het proces van de adviesverlening voor de verschillende doelgroepen.

Wat betreft het adviseringsproces valt in eerste instantie op dat het verloop ervan veel verscheidener kan zijn bij senioren dan bij de andere types van adviseringsprocessen. Daar waar er redelijk eenvoudig een veralgemeende weergave van het adviseringsproces in het kader van de VAPH- of RIZIV-procedure valt op te stellen, is dit niet mogelijk voor het adviseringsproces van senioren. Dit maakt dat het voor senioren waarschijnlijk niet altijd gemakkelijk is om te weten waar men precies met zijn vraag naar hulpmiddelen terecht kan. In dit onderzoeksrapport argumenteerden we bovendien dat, hoewel de VAPH- en RIZIV-procedure duidelijk omschreven kunnen worden, het voor de individuele persoon toch nog ingewikkeld kan zijn om te weten te komen welke instantie nu terugbetaling voorziet voor welk hulpmiddel.

Verder valt op dat de adviesverlening rond hulpmiddelen (RIZIV en VAPH) in Vlaanderen formeel gezien afgescheiden is van de adviesverlening rond andere vormen van zorg. In de ons omringende landen (Nederland en Duitsland) en binnen de literatuur (Arthanat & Lenker, 2008, zie verder) wordt aandacht gevraagd voor de situering van het hulpmiddelenadvieseringsproces binnen een breder kader van gedrags- en zorgadviesing, waarbij ook bijvoorbeeld advies wordt uitgebracht rond gedragsverandering

en persoonlijke zorg. Binnen de Vlaamse context gebeurt dergelijke simultane advisering momenteel dus niet altijd of niet volledig. Ook de scheiding van de adviesverlening rond 1) mobiliteitshulpmiddelen, 2) bepaalde medische hulpmiddelen zoals brillen, prothesen, gehoorapparaten en 3) de overige hulpmiddelen is wanneer gekeken wordt naar de aanbevelingen in de literatuur, niet echt wenselijk te noemen. Wel hielden bijna alle gesprekspartners naar eigen zeggen vanaf het begin van het adviesverleningsproces rekening met de mogelijkheid dat een hulpmiddel niet altijd de meest aangewezen vorm van ondersteuning is. Sommige van de adviesverleners bieden trouwens ook zelf andere vormen van ondersteuning aan, bijvoorbeeld de thuiszorgwinkels van de mutualiteiten.

Naar de toekomst toe is het waarschijnlijk een logische stap om na te denken over een globaal adviseringsproces waarbij de hulpmiddelenadvisering (voor alle soorten hulpmiddelen en voor alle doelgroepen) ingebed wordt in een ruimere adviesverlening, die bijvoorbeeld ook ondersteuning door personen en handelingsadviezen omvat. Ook bijvoorbeeld het lenen van bepaalde hulpmiddelen kan dan in dit adviseringsproces opgenomen worden. Wat betreft de mobiliteitshulpmiddelen bestaat er reeds een uitgewerkt verhuursysteem van rolstoelen voor de inwoners van woonzorgcentra. Maar ook veel andere hulpmiddelen worden in de praktijk verhuurd, bijvoorbeeld via de thuiszorgwinkels van de mutualiteiten. Het lijkt logisch dat ook de ondersteuning die op deze manier wordt gegeven mee zou worden genomen bij het opstellen van een protocol voor een globaal adviseringsproces.

5 Samenvatting aanbevelingen

Als afronding van dit rapport worden de verschillende aanbevelingen puntsgewijs samengevat in onderstaande tabel.

Tabel 3 Samenvatting aanbevelingen

<p>Ontwikkelen van een geüniformiseerd leeftijdsonafhankelijk adviseringsprotocol voor de adviesverlening van hulpmiddelen. Het ICF-kader, zoals specifiek uitgewerkt voor hulpmiddelen binnen het MPT-model, kan hierbij richtinggevend zijn. Iedere persoon met een handicap, onafhankelijk de leeftijd, zou aanspraak moeten kunnen maken op een multidisciplinair adviseringsproces indien aangewezen.</p>
<p>Wetenschappelijk valideren van dit adviseringsproces. Hierbij dienen de effectiviteit van het adviseringsproces; de redenen van niet-gebruik; de aanwezigheid van residuele (resterende) hulpmiddelen-noden; en de gebruikerstevredenheid aan bod te komen. Hulpmiddelen die de snelheid en de kwaliteit van uitvoering van bepaalde activiteiten kunnen verhogen, dienen tevens meegenomen te worden in de advisering.</p>
<p>Eén aanspreekpunt voor een globaal advies kan de versnippering van de advisering tegengaan. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de verschillende verhuursystemen van hulpmiddelen die beschikbaar zijn.</p>
<p>Integreren van het adviseringsproces van hulpmiddelen binnen een breder zorgadviseringsproces. Hiertoe dient afgestemd te worden met huidige en toekomstige screenings- en indicatiestellingsinstrumenten binnen andere zorgsectoren (bv. BelRAI).</p>
<p>Aanmoedigen van het gebruik van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten als informatiebron, complementair aan het klinisch redeneren en de ervaring van de professional.</p>
<p>Bij de advisering dient men de psychosociale kenmerken van de persoon met een handicap, zoals zijn/haar verwachtingen, motivatie, zelfwaarde, gepercipieerde competentie, zelfbeschikking, draagkracht, ziekte-inzicht en verwerking van de handicap mee te nemen. Het vertrekken vanuit een cliënt-gecentreerde advisering, waarbij de persoon met een beperking actief betrokken wordt en waarbij oog is voor de persoonlijke wensen, is aangewezen.</p>
<p>Ten slotte is verder wetenschappelijk onderzoek ten zeerste aangewezen wat betreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de cognitieve processen die leiden tot het indiceren van een bepaald hulpmiddel gegeven een bepaalde ondersteuningsnood; • de invloed van de kenmerken van indicatiesteller op (de kwaliteit) van het adviseringsproces; • de predictoren van een hulpmiddelen nood binnen de Vlaamse context.

Literatuur

* Referenties met een sterretje verwijzen naar de artikels weerhouden in de literatuurstudie

AAATE (Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe), 2012. *Service Delivery Systems for Assistive Technology in Europe – Position Paper*. Opgehaald op 15/08/2014 van <http://www.aaate.net/PublicDocuments> .

Agree, E. M., & Freedman, V. A. (2004). Alleviating Disability and Unmet Need: Differential dimensions addressed by assistive technology and personal care. *Hopkins Population Center Papers on Population WP01-04*—<https://jscholarship.library.jhu.edu/handle/1774.2/912>.

Andrich R. (2011a). Assessing AT solutions within occupational therapy programs. *Assistive Technology Research Series*, 29, 1141-1148. DOI 10.3233/978-1-60750-814-4-1141

Andrich R. (2011b). Client assessment for recommending assistive solutions: protocol and tools. *Assistive Technology Research Series*, 29, 1124- 1131.

Arthanat S. & Lenker J.A. (2008)*. Evaluating the ICF as a Framework for Clinical Assessment of Persons for Assistive Technology Device Recommendation. In Kroll T.K., *Focus on Disability. Trends in Research and Application Volume II*. Nova Science Publishers: New York.

Bailey, R.W. (1996). *Human performance engineering (3rd ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Bartelink, C., Berge, I. T., & Yperen, T. V. (2010). Beslissen over effectieve hulp: Wat werkt in indicatiestelling. *Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut*.

Bernd, T., Van Der Pijl, B. & De Witte, L.P. (2009)*. Existing models and instruments for the selection of assistive technology in rehabilitation practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2009, 16, 146-158

Blackhurst, A.E. (2001). *A functional approach to the delivery of assistive technology services*. Lexington: University of Kentucky, National Assistive Technology Research Institute. Afgehaald op 12/08/2014 van <http://natri.uky.edu/resources/fundamentals/function.html> .

Bryant, B. R., Seok, S., Ok, M., & Pedrotty Bryant, D. (2012)*. Individuals with intellectual and/or developmental disabilities use of assistive technology devices in support provision. *Journal of Special Education Technology*, 27(2), 41.

Carlson, D., & Ehrlich, N. (2005). *Assistive Technology and information technology use and need by persons with disabilities in the United States, 2001*. US Department of Education, National Institute on Disability and Rehabilitation Research.

CG-Raad (2010)*. *Verslag van het Project Opstellen Richtlijnen voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen. RiFA. Fase 1 opstellen van een basisrichtlijn*. Heerkens Y., Claus E., Hagedoren E., Jonker H., Muylkens J., Bougie Th, Ravensberg D. van, Vreeswijk P. Utrecht: Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad; 2010

Chiu, W. T., Yen, C. F., Teng, S. W., Liao, H. F., Chang, K. H., Chi, W. C., ... & Liou, T. H. (2013)*. Implementing disability evaluation and welfare services based on the framework of the international classification of functioning, disability and health: experiences in Taiwan. *BMC health services research*, 13(1), 416.

Cook A.M. & Hussey, S.M. (2002). *Assistive technology: Principles and Practices (2nd ed.)*. St Louis, MO: Mosby

Cowan, D., & Turner-smith, A. (1999). The role of assistive technology in alternative models of care for older people, in [26. In *Research, HMSO*.

Departement Werk en Sociale Economie en de VDAB (2014). *Wat doet de VDAB i.h.k.v. de decreten voor collectief maatwerk en lokale diensteneconomie? Trefdag arbeidsbemiddelaars, 9 en 14 oktober 2014*. Afgehaald op 18.12.2014 van <http://www.vivosocialprofit.org> .

Desch, L. W., & Gaebler-Spira, D. (2008)*. Prescribing assistive-technology systems: Focus on children with impaired communication. *Pediatrics*, 121(6), 1271-1280.

Desideri, L., Roentgen, U., Hoogerwerf, E. J., & de Witte, L. (2013)*. Recommending assistive technology (AT) for children with multiple disabilities: A systematic review and qualitative synthesis of models and instruments for AT professionals. *Technology and Disability*, 25(1), 3-13.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR). (2007)*. Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln. Eine Expertise der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation zu aktuellen Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln [Optimizing provision of assistive technology. Expert opinion of the German Society for Rehabilitation, DVfR, on current issues in the provision of technical aids and assistive devices]. *Rehabil (Stuttg)*, 46, 175-86.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2010)*. Overcoming problems in the provision of technical aids: options for their solution submitted by the German Association for Rehabilitation, DVfR. *Rehabilitation*, 49 (1).

Duffin, D., Sax, C. & Scherer, M. (2007)*. Flexible Responses within Rigid Systems: AT Assessment & Acquisition in Ireland & US. *Assistive Technology Research Series*, 20, 573-578.

Elsaesser, L.-J., & Bauer, S.M. (2011)*. Provision of assistive technology services method (ATSM) according to evidence-based information and knowledge management. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 6(5), 386-401

Emiliani, P. L. (2009)*. Selecting AAC Devices for Persons with ALS Taking into Consideration the Disease Progression. *Assistive Technology from Adapted Equipment to Inclusive Environments: AAATE 2009*, 25, 12.

EnableNSW and Lifetime Care & Support Authority (2011). *Guidelines for the prescription of a seated wheelchair or mobility scooter for people with a traumatic brain injury or spinal cord injury*. EnableNSW and LTCSA Editor: Sydney.

Federici, S., Corradi, F., Presti & F.L., Scherer, M.J. (2009)*. *The Adaptation and Use of the Italian Version of the Matching Assistive Technology and CHild (MATCH) Measure*. Paper presented at 10th European Conference for the Advancement of Assistive Technology.

Friederich, A., Bernd, T., & De Witte, L. (2010)*. Methods for the selection of assistive technology in neurological rehabilitation practice. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 17(4), 308-318.

- Fuhrer, M.J., Jutai, J.W., Scherer, M.J. & De Ruyter, F. (2003). A framework for the conceptual modelling of assistive technology device outcomes. *Disability and Rehabilitation*, 25 (22), 1243-1251. doi: 10.1080/09638280310001596207.
- Gelderblom G.J., Driessen M., Evers H. & Claus, E. (2009)*. Design of a MPT Based Instrument Supporting the Quality of Procurement of Assistive Technology. Assistive Technology Research Series, *Volume 25: Assistive Technology from Adapted Equipment to Inclusive Environments*, 557 – 561, DOI 10.3233/978-1-60750-042-1-557.
- George, J., & Cockton, G. (2009)*. *Towards Comprehensive ICF Compatible Sociodigital Approaches to Choice and Use of Assistive Technology for Young Children* (pp. 87-94). In: Dias, M.S., Hadjileontiadis, L., Barroso, J. (eds.) Proc. DSAI 2009. ISBN 978-972- 669-913-2
- Gramstad, A., Storli, S. L., & Hamran, T. (2013). “Do I need it? Do I really need it?” Elderly peoples experiences of unmet assistive technology device needs. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(4), 287-293.
- Guay, M., Dubois, M. F., & Desrosiers, J. (2014)*. Can home health aids using the clinical algorithm Algo choose the right bath seat for clients having a straightforward problem?. *Clinical rehabilitation*, 28(2), 172-182.
- Gutenbrunner, C., Liebl, M. E., Reißhauer, A., Schwarzkopf, S. R., Korallus, C., Ziegenthaler, H., ... & Glaesener, J. J. (2014)*. Rehabilitationsmedizin neu denken—Das Profil des Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM). *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 24(02), 62-74.
- Hamilton, B. B., Laughlin, J. A., Fiedler, R. C., & Granger, C. V. (1994). Interrater reliability of the 7-level functional independence measure (FIM). *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 26(3), 115-119.
- Hartke, R. J., Prohaska, T. R., & Furner, S. E. (1998). Older Adults and Assistive Devices Use, Multiple-Device Use, and Need. *Journal of Aging and Health*, 10(1), 99-116.
- Heerkens, Y., Bougie, T., & Claus, E. (2011)*. The use of the ICF in the process of supplying assistive products: discussion paper based on the experience using a general Dutch prescription guideline. *Prosthetics and orthotics international*, 35(3), 310-317.
- Hoppestad, B. S. (2006)*. Essential elements for assessment of persons with severe neurological impairments for computer access utilizing assistive technology devices: A Delphi study. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(1-2), 3-16.
- Horowitz, B.P., Nochajski, S.M., Schweitzer, J.A. (2013)*. Occupational therapy community practice and home assessments: use of the home safety self-assessment tool (HSSAT) to support aging in place. *Occupational Therapy in Health Care*, 27(3), 216-227.
- Iwarsson, S., & Isacsson, Å. (1996). Development of a novel instrument for occupational therapy assessment of the physical environment in the home – A methodologic study on “The Enabler”. *Occupational Therapy Journal of Research*, 16, 227-244.
- Johnston, P., Currie, L. M., Drynan, D., Stainton, T., & Jongbloed, L. (2014)*. Getting it “right”: how collaborative relationships between people with disabilities and professionals can lead to the acquisition of needed assistive technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 9(5), 421-431.

Karmarkar, A. M., Dicianno, B. E., Graham, J. E., Cooper, R., Kelleher, A., & Cooper, R. A. (2012)*. Factors associated with provision of wheelchairs in older adults. *Assistive Technology*, 24(3), 155-167.

KC (2014). *Opleiding methode voor persoonlijke adviesverlening en Vlibank*. Afgehaald op 16/12/2014 2014 van <http://www.hulpmiddeleninfo.be/presentaties.html>.

Kim, Y., Eun, S. J., Kim, W. H., Lee, B.-S., Leigh, J.-H., Kim, J.-E., & Lee, J. Y. (2013)*. A New Disability-related Health Care Needs Assessment Tool for Persons With Brain Disorders. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46(5), 282–290. doi:10.3961/jpmph.2013.46.5.282

Küçükdeveci, A. A., Oral, A., Ilieva, E. M., Varela, E., Valero, R., Berteau, M., & Christodoulou, N. (2013)*. Inflammatory arthritis. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 49(4), 551-564.

Lahm, E.A. & Case, D. (2003). *UKAT toolkit*. Lexington: University of Kentucky, Assistive Technology Project. Opgehaald op 15/08/2014 van <http://edsrc.coe.uky.edu/www/ukatii/> .

Lham, E.A. & Mendonca; R. (2008)*. Assistive Technology Assessment Tools. *Technology in Action*, 3, 4, 1-12.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H. and Pollock, N. (1998). *Canadian occupational performance measure*. Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists.

Laxe, S., Zasler, N., Selb, M., Tate, R., Tormos, J. M. & Bernabeu, M. (2013). Development of the International Classification of Functioning, Disability and Health core sets for traumatic brain injury: an International consensus process. *Brain Injury*, 27,4,379-84

Lenker, J. A., & Paquet, V. L. (2003)*. A review of conceptual models for assistive technology outcomes research and practice. *Assistive Technology*, 15(1), 1-15.

Lindsay, S., & Tsybina, I. (2011). Predictors of unmet needs for communication and mobility assistive devices among youth with a disability: the role of socio-cultural factors. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 6(1), 10-21.

Löfqvist, C., Slaug, B., Ekström, H., Kylberg, M., & Haak, M. (2014). Use, non-use and perceived unmet needs of assistive technology among Swedish people in the third age. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, (0), 1-7.

Hoenig, H., Landerman, L. R., Shipp, K. M., Pieper, C., Richardson, M., Pahel, N., & George, L. (2005)*. A clinical trial of a rehabilitation expert clinician versus usual care for providing manual wheelchairs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(10), 1712-1720.

Horowitz, B. P., Nochajski, S. M., & Schweitzer, J. A. (2013)*. Occupational therapy community practice and home assessments: Use of the Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) to support aging in place. *Occupational therapy in health care*, 27(3), 216-227.

Maes, B. & Hermans, K. (2010). *Vraagverduidelijking in het kader van het PGB-experiment*. KU Leuven-Leuven.

Matsumoto, Y., Nishida, Y., Motomura, Y., & Okawa, Y. (2011)*. A concept of needs-oriented design and evaluation of assistive robots based on ICF. In *Rehabilitation Robotics (ICORR), 2011 IEEE International Conference on* (pp. 1-6). IEEE.

- McColl, M.A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L. & Law, M. (2000). Validity and community utility of the Canadian occupational performance measure. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 22-30.
- Melichar, J.F., & Blackhurst, A.E. (1993). *Introduction to a functional approach to assistive technology [Training Module]*. Department of Special Education and Rehabilitation Counseling, University of Kentucky: Lexington.
- Mincer, A. B. (2007)*. Assistive Devices for the Adult Patient With Orthopaedic Dysfunction: Why Physical Therapists Choose What They Do. *Orthopaedic Nursing*, 26(4), 226-231.
- Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (1999). *Standaard WVG adviserend door ergotherapeuten*. Lemma.
- Pouplin S. & Bouteille J. (2009)*. Évaluation et aides techniques nouvelles technologies: nécessité d'un outil spécifique pour évaluer la compensation d'une situation de handicap moteur. *IRBM*, 30, 240-243.
- Raggi, A., Albanesi, F., Gatti V., Andrich R. & Leonardi M. (2010)*. Detecting changes following the provision of assistive devices: utility of the WHO-DAS II. *International Journal of Rehabilitation Research*, 33(4), 306-310.
- Raskind, M. H., & Bryant, B. R. (2002). *FEAT—Functional evaluation for assistive technology*. Austin, TX: Psycho-Educational Services.
- Reed P. & Lahm, E.A. (2004). *Assessing Students' Needs for Assistive Technology: A Resource Manual for School District Teachers*. WATI: Winsconsin-Milton
- Roach, A.T & S.N. Elliot (2005). Goal Attainment Scaling: An efficient and effective approach to monitoring student progress. *Teaching Exceptional Children*, 37 (4), 8-17.
- Roelands, M., Van Oost, P., Buysse, A., & Depoorter, A. (2002). Awareness among community-dwelling elderly of assistive devices for mobility and self-care and attitudes towards their use. *Social Science & Medicine*, 54(9), 1441-1451.
- Sanford, J.A., Jones, M., Grogg, K. & Butterfield, T. (2004)*. Using Telerehabilitation to Identify Home Modification Needs. *Assistive Technology: The Official Journal of RESNA*, 16(1), 43-53. DOI: 10.1080/10400435.2004.10132073.
- Scherer MJ (2004) *. Enhancing assistive technology selection and use: Connecting the ICF and ISO9999. (Newsletter entry.) *RIVM Newsletter on the WHO-FIC* (Bilthoven, The Netherlands: National Institute of Public Health and the Environment [RIVM]) 2004 (September); 2(1):10-11.
- Scherer, M. J. (2005)*. Assessing the benefits of using assistive technologies and other supports for thinking, remembering and learning. *Disability & Rehabilitation*, 27(13), 731-739.
- Scherer, M. J., Craddock, G., & Mackeogh, T. (2011)*. The relationship of personal factors and subjective well-being to the use of assistive technology devices. *Disability and rehabilitation*, 33(10), 811-817.
- Scherer, M.J., Glueckauf, R. (2005)*. Assessing the Benefits of Assistive Technologies for Activities and Participation. *Rehabilitation Psychology*, Vol 50(2), 132-141.
- Scherer, M., Jutai, J., Fuhrer, M., Demers, L., & Deruyter, F. (2007)*. A framework for modelling the selection of assistive technology devices (ATDs). *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 2(1), 1-8.

- Scherer, M. J., Sax, C., Vanbiervliet, A., Cushman, L. A., & Scherer, J. V. (2005)*. Predictors of assistive technology use: The importance of personal and psychosocial factors. *Disability & Rehabilitation*, 27(21), 1321-1331.
- Sheffield, C., Smith, C. A., & Becker, M. (2013)*. Evaluation of an agency-based occupational therapy intervention to facilitate aging in place. *The Gerontologist*, 53(6), 907-918.
- Steel, E., Gelderblom, G. J., & de Witte, L. (2010)*. Linking instruments and documenting decisions in service delivery guided by an ICF-based tool for assistive technology selection. In *Computers helping people with special needs* (pp. 537-543). Springer Berlin Heidelberg.
- Steel E., Gelderblom G.J. & de Witte L.C. (2011)*. Development of an AT selection tool using the ICF model. *Technology and Disability*, 23, 1-6.
- Steel, E. J., Gelderblom, G. J., & de Witte, L. P. (2012)*. The role of the International Classification of Functioning, Disability, and Health and quality criteria for improving assistive technology service delivery in Europe. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(13), S55-S61.
- Steiner, W.A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A. and Stucki, G. (2002). Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Physical Therapy*, 82, 1098-1107
- Stijn (2007). De schaal Vanden Boer: Handleiding voor het bepalen van ondersteuningsbehoefte op het vlak van elementaire zelfredzaamheid bij personen met een verstandelijke handicap. Afgehaald op 12/08/2014 van http://www.stijn.be/index.php?LOC=STI&PAG=ond_vroeger&actie=print.
- Stineman, M. G., Jette, A., Fiedler, R., & Granger, C. (1997). Impairment-specific dimensions within the Functional Independence Measure. *Arch Phys Med Rehabil*, 78(6), 636-643.
- Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Ustun, T.B. (2003). Clinical commentary: Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation*, 24 (5), 281-282
- Thompson, J.R., Bryant, B.R., Campbell, E.M., Craig, E.M., Hughes, C.M., Rotholz, D.A., Schalock, R.L., Silverman, W.P., Tassé, M.J. & Wehmeyer, M.L. (2004). *Supports Intensity Scale. Users Manual*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- TNO Preventie en Gezondheid (2003). *Richtlijn voor het gebruik van vernevelapparaten in de thuissituatie: Indicatiestelling, zorgproces, hulpmiddelen en organisatie*. Van Zuiden Communications: Alphen aan de Rijn
- Vandervelde, L., Van den Bergh, P. Y., Goemans, N., & Thonnard, J. L. (2007). ACTIVLIM: a Rasch-built measure of activity limitations in children and adults with neuromuscular disorders. *Neuromuscular Disorders*, 17(6), 459-469.
- Vereniging voor Ergotherapie, 2001. *Ergotherapie en advisering hulpmiddelen en voorzieningen*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie.
- WHO (2004). Ageing and Health Technical Report Volume 5: A Glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development: Japan.
- Watts, Emily H.; O'Brian, Mary; Wojcik & Brian W. (2004)*. Four Models of Assistive Technology Consideration: How Do They Compare to Recommended Educational Practices? *Journal of Special Education Technology*, 19, 1, 43-56

Wessels R., Persson J. et al. (2011). IPPA: Individualised Prioritised Problem Assessment. *Technology and disability* 14(3), 141-145

Wissick, C. A., & Gardner, J. E. (2008)*. Conducting Assessments in Technology Needs From Assessment to Implementation. *Assessment for Effective Intervention*, 33(2), 78-93.

BIJLAGEN

Bijlage 1

- **Samenstelling van de stuurgroep**

Samenstelling van de stuurgroep

Carlotte Kiekens	Kliniekhoofd	Dienst fysische geneeskunde en revalidatie UZ Leuven
Frank Kuylen	Senior adviseur	Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Sandra Derieeuw	Raadgever vernieuwd sociaal beleid, incl. zorgverzekering	Kabinet van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Evert Wuyts	Afdelingshoofd	Afdeling Inschrijvingen en Doelgroepenbeheer - VAPH
Anne-Marie Deleyn	Liaisonambtenaar met het Departement WVG	Kennis- en Ondersteuningscentrum - VAPH
Christel Van Langenhove	Adjunct van de directeur	Team Eerstelijns en Thuiszorg, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
Catherine Molleman	Directeur Studiecel	VAPH
Johan Van Hoof	Voor het Vlaams Welzijnsverbond vzw Diensthoofd Facilitair Beheer & Economaat Preventie-adviseur MFC Ten Dries	MFC Ten Dries
Luc Hostyn	Managing Director	mo-Vis BVBA
Katrien de Koeckelaere	Adviserend geneesheer Medische directie, Landsbond Christelijke mutualiteiten	Nationaal Intermutualistisch College (NIC) p/a CM
Ingrid Van Ruyskensveld	Stafmedewerker Maatschappelijk Werk & Zorg	Vlaams Platform van Verwijzende Instanties voor personen met een handicap
Sofie Kuppens	Opdrachthouder	HIVA - KUL Parkstraat 47 - PO box 5300, 3000 Leuven
Eva Vande Gaer		
Valérie Carrette	Coördinator	Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Luc Moens	Afdelingshoofd	Afdeling Beheersmonitoring, Kenniscentrum WVG - Departement WVG

Sofie De Smet	Beleidscoördinator	Afdeling Beleidsontwikkeling
---------------	--------------------	------------------------------

Bijlage 2

- **Informed consent interviews**

INFORMED CONSENT

In het kader van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en in samenwerking met het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, voert HIVA KU Leuven - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving - een **onderzoek** uit naar de verschillen én overeenkomsten in de **indicatiestelling die momenteel gehanteerd worden voor ouderen, chronisch zieken en personen met een handicap, ongeacht hun leeftijd**. Het onderzoek legt de nadruk op de indicatiestellingen zoals die worden ingezet om voor deze ruime doelgroep de aard en intensiteit van de zorg- en ondersteuningsbehoeften vast te stellen en om na te gaan in welke mate hulpmiddelen daarbij een oplossing kunnen bieden. Daarmee beoogt het onderzoek een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid.

Via dit interview willen we zo gedetailleerd mogelijk inzicht krijgen in het proces van aanmelding tot advies voor casussen waarbij hulpmiddelen geadviseerd werden. We zijn hierbij geïnteresseerd in de aard van de informatie ('wat') alsook op welke manier ('hoe') deze verzameld wordt en met welk motief ('waarom').

Het volledige interview zal op band opgenomen worden. Deze opnames zijn enkel bestemd voor het realiseren van de doelstellingen van dit onderzoek en zullen niet aan derden doorgegeven worden. In beperkte mate kunnen bepaalde zinnen zoals geuit door de deelnemers letterlijk in de tekst worden weergegeven. Hierbij zullen echter nooit gegevens opgenomen zijn die mogelijk tot identificatie kunnen leiden. Alle bekomen informatie zal strikt **vertrouwelijk** behandeld worden. Deelname aan het onderzoek is **vrijwillig**. U kan steeds weigeren van bepaalde vragen te beantwoorden en u kunt op ieder moment het interview stop zetten en uw toestemming alsnog intrekken.

Indien u na het interview nog vragen zou hebben, kunt u steeds contact opnemen via email of telefoon.

Ik heb dit formulier gelezen en stem er mee in:

Datum

Naam en handtekening

Bijlage 3

- **Interviewleidraad**

Interviewleidraad

Korte toelichting en situering onderzoek (cf. informatie in de begeleidende brief)

In het kader van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en in samenwerking met het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, voert HIVA KU Leuven - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving - een *onderzoek uit naar de verschillen én overeenkomsten in de indicatiestellingen die momenteel gehanteerd worden voor ouderen, chronisch zieken en personen met een handicap, ongeacht hun leeftijd*. Het onderzoek legt de nadruk op de indicatiestellingen zoals die worden ingezet om voor deze ruime doelgroep de aard en intensiteit van de zorg- en ondersteuningsbehoeften vast te stellen en om na te gaan in welke mate *hulpmiddelen* daarbij een oplossing kunnen bieden.

Doel: Via dit interview willen we zo gedetailleerd mogelijk inzicht krijgen in het proces van aanmelding tot advies voor casussen waarbij hulpmiddelen geadviseerd werden. We zijn hierbij geïnteresseerd in de aard van de informatie ('wat') alsook op welke manier ('hoe') deze verzameld wordt en met welk motief ('waarom').

We starten eerst met enkele algemene over het proces van hulpmiddelenadvies en uw rol in dit proces.

1. Algemene informatie over het proces en de rol van de sleutelfiguur

- a. Wordt een specifiek conceptueel of diagnostisch kader gebruikt als achtergrond voor het geschetste proces (vb. ICF, handelingsgerichte diagnostiek)?
 - i. Pols naar eventuele documentatie omtrent dit conceptueel kader.
- b. Hoe komen mensen met een zorgvraag bij jullie terecht? Op verwijzing of op eigen initiatief?
- c. Met welk soort van hulpvraag komen mensen bij jullie terecht?
 - i. Prompt: algemeen vs. specifiek; functioneringsprobleem, wens, hulpmiddelen, ...
 - ii. Noot: Indien de eigenlijke aanmelding geen onderdeel is van het besproken proces, aftoetsen of informatie verzameld tijdens de aanmelding wordt doorgestuurd, meegegeven of opgevraagd.
- d. Welke informatie is er meestal al aanwezig wanneer personen bij hen komen aankloppen? Hoe vaak is die informatie al aanwezig?
- e. Indien de hulpvraag reeds verwijst naar een specifiek hulpmiddel, gebeurt het dat het advies toch geen hulpmiddel is.
 - i. Prompt: Zoja, in hoeveel percent van de gevallen komt dit voor?
- f. Wordt er door de subsidiërende overheid een specifiek verloop van de indicatiestelling vooropgesteld?
 - i. Pols naar eventuele documentatie omtrent de regelgeving hierrond.
- g. Wordt er door de regelgeving opgelegd dat specifieke instrument(en) afgenomen moeten worden?
 - i. Prompt: Wat is volgens de regelgeving de achterliggende motivering om precies dit instrument te gebruiken?
- h. Wie is betrokken bij de indicatiestelling?
 - i. Prompt: Moeten bepaalde specialisten betrokken worden subsidiërende overheid?
 - ii. Wat is volgens de regelgeving de achterliggende motivering om precies deze specialisten te betrekken?

- i. Welke rol heeft u in dit proces?
- j. Hoeveel ervaring heeft u in deze rol?

We zullen nu starten met de bespreking van een 'standaardcasus'.

Open vraag: "Zou je het verloop van deze standaardcasus van aanmelding tot advies in detail kunnen toelichten?"

2. Volgende informatie moet zeker bekomen worden over de standaardcasus.

- Gebruik eventueel een figuur om het proces te schetsen.
- Pols naar eventuele documentatie omtrent dit proces.

Beoordelen van de zorgbehoefte

- a. Wordt er instrument(en) gebruikt om de zorgbehoefte te beoordelen? (→ **zo nee, ga naar vraag 2c**).

 - i. Zo ja, vraag een kopie van dit instrument en bespreek de informatie die er mee verzameld wordt in detail.
 - ii. Prompt: Wordt dit instrument enkel lokaal gebruikt?
 - iii. Prompt: Wat is de achterliggende motivering om precies dit instrument te gebruiken om de zorgbehoefte in kaart te brengen?
 - iv. Pols naar bijkomende relevante documentatie over deze instrumenten

- b. Wordt er bijkomende informatie verzameld (dus niet vervat in bovenstaande instrumenten) om de zorgbehoefte te beoordelen?
 - i. Zo ja, maak zo concreet mogelijk
 - ii. Prompt: Zo nee, geef enkele voorbeelden van bijkomende informatie als prompt (vb. persoonlijke, sociale en omgevingsaspecten, ...)
 - iii. Prompt: Wordt dezelfde bijkomende informatie binnen gelijkaardige diensten verzameld?
 - iv. Prompt: Wat is de achterliggende motivering om precies deze bijkomende informatie te verzamelen om de zorgbehoefte te beoordelen?
 - v. Pols naar documentatie over deze bijkomende informatie (→ **ga naar vraag 2d**).
- c. Welke informatie wordt in kaart gebracht om de zorgbehoefte te beoordelen? Hoe wordt deze informatie verzameld?
 - i. Pols naar documentatie over deze informatie
 - ii. Bespreek de informatie die verzameld wordt in detail
 - iii. Prompt: Wordt dezelfde informatie binnen gelijkaardige diensten verzameld?
 - iv. Prompt: Wat is de achterliggende motivering om precies deze informatie te verzamelen om de zorgbehoefte in kaart te brengen?
- d. Op welke manier wordt deze informatie geregistreerd? Hoe gedetailleerd is deze registratie?
 - i. Prompt: Elektronische, papier, ...
 - ii. Indien elektronisch geregistreerd wordt, vraag screenshots of documentatie. Indien op een standaardformulier geregistreerd wordt, vraag een kopie.
- e. Wie is verantwoordelijk voor het in kaart brengen van de zorgbehoefte?
 - i. Prompt: individu vs. team?
 - ii. Prompt: welke functie(s)?

Besluitvorming (noot: indien de indicatiestelling gericht is op een toelage, opletten dat de billijkheid van de tegemoetkoming niet onderwerp van het gesprek wordt)

- f. Welke informatie wordt geëvalueerd om te bepalen welk hulpaanbod het meest aangewezen is?

Indien aangegeven wordt dat dit enkel bovenstaande informatie betreft pols expliciet of er op geen enkel moment rekening gehouden wordt met andere factoren tijdens de besluitvorming via onderstaande prompts.

 - i. Prompt: Wordt andere informatie omtrent de zorgvrager geëvalueerd bij de besluitvorming (bv. persoonlijke, sociale of omgevingsfactoren, wensen m.b.t. specifieke oplossing, verwachtingen, eerdere ervaringen met hulpmiddelen, mantelzorg, aanwezigheid andere hulpmiddelen)? (**zo nee, ga naar volgende prompt**)
 - a. Prompt: Wat is de achterliggende motivering voor het gebruik van deze aspecten m.b.t. zorgvrager?
 - b. Prompt: Wordt deze informatie systematisch verzameld voor alle cases?
 - c. Prompt: Hoe wordt deze informatie verzameld?
 - ii. Prompt: Wordt andere informatie omtrent de mogelijke oplossingen geëvalueerd bij de besluitvorming (bv. productkenmerken, niet-hulpmiddel gerelateerde oplossingen)? (**zo nee, ga naar volgende prompt**)
 - a. Prompt: Wat is de achterliggende motivering voor het gebruik van deze aspecten m.b.t. de oplossingen?
 - b. Prompt: Wordt deze informatie systematisch verzameld voor alle cases?
 - c. Prompt: Hoe wordt deze informatie verzameld?

Indien aangegeven wordt geen bijkomende informatie geëvalueerd wordt:

 - iii. Wat is de achterliggende motivering om enkel de eerste vermelde informatie uit te gebruiken bij de besluitvorming?
- g. Worden er expliciete criteria gehanteerd om tot het meest aangewezen hulpaanbod te komen?
 - i. Prompt: Wat is de achterliggende motivering voor deze specifieke criteria?
- h. Wordt er een bepaalde weging gehanteerd om tot het meest aangewezen hulpaanbod te komen?
 - i. Prompt: Zo ja, hoe wordt die weging gemaakt? Spelen bepaalde informatiegegevens meer door in de richting van een beslissing hulpmiddelen, dan andere?
 - ii. Prompt: Wat is de achterliggende motivering voor deze weging?
- i. Worden er soms impliciete criteria gehanteerd om tot een beslissing te komen over welke hulpmiddelen aangewezen zijn? Wat is de achterliggende motivering voor deze impliciete criteria?
- j. Is de besluitvorming oplossingsgericht of niet-oplossingsgericht?
 - i. Prompt: Wordt er een specifiek soort of type hulpmiddel geadviseerd?
- k. Op welke manier wordt deze informatie geregistreerd? Hoe gedetailleerd is deze registratie?

- i. Prompt: Elektronische, papier, ...
 - ii. Indien elektronisch geregistreerd wordt, vraag screenshots of documentatie
- I. Wie is verantwoordelijk voor de besluitvorming?
 - i. Prompt: individu vs. team?
 - ii. Prompt: welke functie(s)?

3. Volgende bijkomende informatie moet verzameld worden over de casussen

- a. Hoeveel percentage van de casussen volgen het algemene verloop zoals geschetst voor de standaardcasus?
 - i. Prompt: Geef voorbeelden van andere standaardcasussen
- b. Welke verschillen zijn te onderkennen voor de meer eenvoudige casus?
 - i. Prompt: Op welke manier verloopt het proces anders dan bij de standaard casussen? Wordt er informatie/stappen achterwege gelaten?
 - ii. Prompt: Hoeveel percentage van de casussen zijn eenvoudige casussen?
 - iii. Prompt: Geef voorbeelden van dergelijk eenvoudige casussen
 - iv. (Prompt voor MDT VAPH: zijn dit ook casussen waarvoor geen adviesrapport opgesteld dient te worden?)
- c. Welke verschillen zijn te onderkennen voor de meer complexe casus?
 - i. Prompt: Op welke manier verloopt het proces anders dan bij de standaard casussen? Wordt er bijkomende informatie ingewonnen of extra stappen genomen?
 - ii. Prompt: Hoeveel percentage van de casussen zijn complexe casussen?
 - iii. Prompt: Geef voorbeelden van dergelijk complexe casussen
- d. Varieert het proces naargelang het type hulpmiddel?

4. Persoonlijke evaluatie

- a. Hoe tevreden bent u persoonlijk over het huidige proces van aanmelding tot advies. Graag een beoordeling op een 10-puntenschaal (zeer ontevreden tot zeer tevreden).
- b. Dekken alle aspecten die in kaart gebracht worden via de huidige werkwijze volgens u voldoende de lading?
 - i. Prompt: Meet je wat je wilt meten?
- c. Worden volgens u alle noodzakelijke aspecten in kaart gebracht om een accurate inschatting te maken van de aard en de ernst van zorgbehoefte?
 - i. Prompt: Dit betreft de diagnostiekfase
 - ii. Indien nee: Welke verbeteringen zijn wenselijk om tot een accurater beeld te komen?
- d. Wordt volgens u alle noodzakelijke informatie gebruikt om het meest geschikte hulp-aanbod te adviseren?
 - i. Prompt: dit betreft de besluitvormingsfase
 - ii. Indien nee: Welke verbeteringen zijn wenselijk om tot een accurater besluitvorming te komen?

5. Achtergrondinformatie

- a. Concrete dienst/voorziening: _____

b. Functie:

c. Aantal jaren werkervaring in deze (of gelijkaardige) functie? _____

d. Opleiding: _____

e. Doelgroep (personen met handicap, chronisch zieken, ouderen): _____

o Indien meerdere, welke doelgroep is het meest voorkomende?

f. Welke hulpvragen, waarbij hulpmiddelen geïndiceerd kunnen worden, behandelt jullie dienst? (vb. mobiliteit, communicatie, leefomgeving, huishouding en persoonlijke verzorging)

o Indien meerdere, welke hulpvraag is het meest voorkomende?

g. Welke hulpvragen, waarbij hulpmiddelen geïndiceerd kunnen worden, behandelt u vooral? (vb. mobiliteit, communicatie, leefomgeving, huishouding en persoonlijke verzorging)

o Indien meerdere, welke hulpvraag is het meest voorkomende?

h. Heeft u een opleiding gekregen omtrent hulpmiddelenadvies?

o Zoja, specificeer:

