



PATIËNTENBROCHURE

Ergotherapie.
Ook in AZ Vesalius!

1. Wat is ergotherapie?.....	3
2. Therapievormen.....	5
2.1 Individuele therapieën.....	5
a) ADL: activities of daily living.....	5
b) Functionele revalidatie.....	8
2.2 Groepstherapieën.....	10
a) Realiteitsoriëntatietraining (R.O.T.).....	10
b) Reminiscentie.....	11
c) Kooktherapie.....	13
3. Taken van de ergotherapeut.....	14
3.1 Interdisciplinaire samenwerking.....	14
3.2 Testen van patiënten afnemen.....	15
3.3 Advies geven aan mantelzorgers.....	15
3.4 Advies geven i.v.m. hulpmiddelen en aanpassingen.....	16
3.5 Adviezen geven i.v.m. woningaanpassing / Thuisbegeleiding.....	18
4. Vragen?.....	20



1. WAT IS ERGOTHERAPIE?

Ergotherapie klinkt veel mensen nog onbekend in de oren. Vandaar dat we op het idee gekomen zijn om met deze folder meer uitleg te geven. Ergo komt uit het Grieks en betekent activiteit in de ruimste zin van het woord.

Voor de goede orde lijkt het nuttig om bij de aanvang van deze uiteenzetting toch even stil te staan bij de definitie van ergotherapie.

“De ergotherapeut is een paramedicus die mensen met fysieke, psychische en/of sociale disfuncties begeleidt, met het oog op het bevorderen, terugwinnen en/of in stand houden van het zo zelfstandig mogelijk functioneren in hun persoonlijke leef-, werk-, en ontspanningssituatie en dit via concrete activiteiten en rekening houdend met hun draagkracht en draaglast van hun omgeving.”

Dit wil zeggen dat het handelen van de mens een centrale plaats heeft in de ergotherapie. Het doel van de ergotherapie is mensen in staat te stellen optimaal - zo zelfstandig mogelijk - te functioneren in leef-, woon-, en werkomstandigheden. Hierbij wordt niet alleen uitgegaan van de wensen en/of eisen die iemand zelf aan zijn functioneren stelt, maar ook van de wensen en/of eisen die zijn omgeving aan hem stelt.



1. WAT IS ERGOTHERAPIE?

Om de gewenste zelfstandigheid in het functioneren in leef-, woon- en werkomstandigheden (weer) mogelijk te maken, biedt de ergotherapeut de volgende mogelijkheden:

- (opnieuw) leren handelen;
- Anders leren handelen, alternatieven aanleren;
- Instructie en informatie geven aan personen die bij de hulpvrager en zijn problemen betrokken zijn.



De ergotherapeut gebruikt verschillende therapievormen. Enerzijds zijn er therapieën die bij de individuele patiënt worden toegepast. Anderzijds worden er groepstherapieën gegeven.

2.1 INDIVIDUELE THERAPIEËN

a) ADL: activities of daily living

ADL is de afkorting van activiteiten van het dagelijkse leven. Dit omvat alle activiteiten die een mens dagelijks moet verrichten. Ze worden dagelijks uitgevoerd omdat ze elementair en levensnoodzakelijk zijn. De activiteiten van het dagelijkse leven kunnen in verschillende domeinen ingedeeld worden:

1. persoonlijke hygiëne
2. activiteiten rond maaltijden
3. activiteiten rond beperkt en ruim leefmilieu

△ Ochtendoilet

De ADL-training begint reeds bij de verplaatsing van de patiënt van de kamer naar de badkamer. Daarna moet de patiënt, indien dit mogelijk is, zelf de nodige materialen klaarleggen. Bij het starten met de activiteit motiveert de ergotherapeut de patiënt om zoveel mogelijk zelf te doen (zich zelf uitkleden, wassen, aankleden, haren kammen en tanden poetsen).



2. THERAPIEVORMEN

Indien de patiënt motorisch moeilijkheden ondervindt, leert de ergotherapeut de patiënt alternatieve handelingsmethoden aan of adviseert het gebruik van bepaalde hulpmiddelen (vb een lange borstel om de rug te wassen, steel van tandenborstel verdikken,...).

Indien de patiënt moeite heeft met het handelingsplan, structureert de ergotherapeut de handelingen. Meerbepaald houdt dit in het bepalen van de volgorde van de handelingen en/of het juiste gebruik van de materialen.

Doel van het ochtendtoilet:

Het vergroten van de zelfzorg en het bevorderen of het in stand houden van de zelfstandigheid van de patiënt. Daarnaast wordt de patiënt gemotiveerd om actief te blijven en wordt het gevoel van eigenwaarde vergroot.

△ Eetsituatie

Als de patiënt niet in staat is om zelfstandig te eten, kan men aan de ergotherapeut vragen om de eetsituatie te analyseren en eventuele problemen en moeilijkheden op te sporen. Als de patiënt niet zelfstandig kan eten omwille van bijvoorbeeld problemen met de slikactiviteit of omwille van een mondletsel, dan zal de logopediste de behandeling overnemen.



2. THERAPIEVORMEN

De ergotherapeut zal veeleer de patiënt behandelen indien de patiënt niet zelfstandig kan eten omwille van een gestoorde motoriek (vb amputatie van de hand, verminderde kracht, ...) of omwille van gestoorde mentale functies. De ergotherapeut kan bepaalde hulpmiddelen adviseren.

Δ Keuken check-up

Tijdens de keuken check-up laat de ergotherapeut de patiënt een broodmaaltijd klaarmaken in de keuken. Tijdens deze activiteit moet de patiënt zelf alle materialen uit de kasten nemen, de boterhammen smeren, koffie zetten en uitschenken en eventueel een ei bakken.

De ergotherapeut observeert onder andere volgende activiteiten:

- organisatie van de activiteit
- uitvoering van deeltaken
- Volgorde van de handelingen
- oordeelvermogen en veiligheid (correct gebruik van materialen en uitrusting)

Daarnaast kijkt de ergotherapeut naar de grove en fijne motorische vaardigheden, naar het uithoudingsvermogen en naar de krachtsontwikkeling bij de bediening van de uitrusting van het materiaal.

Doel van keuken check-up:

Nagaan van het zelfstandig functioneren in de keuken met het oog op een terugkeer naar huis. Daarnaast wil men met deze activiteit trachten om de valangst te reduceren.

b) Functionele revalidatie

Δ Functietraining

De groep patiënten die voor deze therapievorm in aanmerking komt, is zeer uitgebreid. Er wordt individuele functietraining gegeven aan patiënten met uiteenlopende pathologieën zoals Cerebraal Vasculair Accident (beter bekend als beroerte), longlijden, hartfalen, breuken,... Of de patiënt nog thuis woont of in een rusthuis verblijft, is van geen belang.

Doel van functietraining:

Het verbeteren of onderhouden van mobiliteit, spierkracht, coördinatie, uithoudingsvermogen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de training van bovenste en onderste ledematen.

Bovenste ledematen:

- positionering en correcte uitgangshouding
- actieve mobilisatie van schouder, elleboog, pols en hand
- spierversterkende oefeningen voor bovenste lidmaat
- handfunctietraining (grijptraining, krachttraining, hand-hand en oog-hand coördinatie)

Onderste ledematen:

- positionering en correcte uitgangshouding
- transfers (bed-stoel, stoel-bed, toilettransfer, verplaatsen)
- voorbereidende oefeningen op lopen (vanuit zit tot stand komen, standbalans, stappen al dan niet met behulp van hulpmiddelen)

△ Trainen van neuropsychologische dysfuncties

Op de afdelingen waar de ergotherapeuten werkzaam zijn, liggen onder andere patiënten die een beroerte gehad hebben. De neurologische symptomen van deze patiënten verschillen in aard, plaats en intensiteit. De patiënten kunnen te maken krijgen met een verlamming van een bepaalde lichaamshelft, het niet herkennen of benoemen van voorwerpen, een stoornis in het lichaamsschema, een ruimtelijke desoriëntatie,... De ergotherapeut zal deze neuropsychologische dysfuncties in kaart brengen (samen met de andere teamleden) en stelt nadien een behandelingsplan op.

a) Realiteitsoriëntatietraining (R.O.T.)

Realiteitsoriëntatietraining is een antwoord op het gemis aan externe prikkels die patiënten beleven. Om effectief te zijn, moet R.O.T. de cognitieve functies aanspreken. Bij R.O.T. zijn de realiteitsbeleving binnen en buiten het ziekenhuis en de oriëntatiepunten in de realiteit (zoals tijd, plaats en persoon) kenmerkend. Men traint het waarnemen, het herkennen en het oriëntatievermogen van de patiënten, de aandacht of de concentratie en het begripsvermogen. De aangeboden activiteiten worden aangepast aan het niveau van de patiënten.

De bijeenkomsten duren maximum 1 uur. Bij aanvang van elke sessie wordt er even tijd genomen om elkaar te leren kennen. Wanneer de deelnemers elkaar niet (meer) bij naam kennen, wordt er begonnen met het in herinnering roepen van de namen. Daarna volgt een korte oriëntatieoefening. De datum en eventuele bijzonderheden van de laatste dagen worden besproken. Daarna begint de training. Mogelijke onderwerpen die aan bod komen zijn het bespreken van de krant, quiz met algemene vragen, ...

Algemeen doel:

Doel van deze training is proberen verdere achteruitgang te voorkomen of af te remmen, waardoor mensen met verwardheidsproblemen beter kunnen (blijven) functioneren.

Specifieke doelen:

- het bewust maken van de eigen identiteit en van de realiteit om hen heen
- het stimuleren van de initiatiefname
- het verbeteren van het zelfbeeld
- het verhogen van de interesse voor de omgeving en medepatiënten
- het vergroten van de leefwereld
- het stimuleren van cognitieve functies (zoals concentratie, aandacht en geheugen)

b) Reminiscentie

Reminiscentie is het terugdenken, het op een min of meer levendige en gevoelsgeladen manier ophalen van herinneringen uit het verleden. Deze herinneringen kunnen emotie opwekken, gesprekken animeren en een gevoel geven van samenhang. Reminiscentie is een aangename activiteit voor licht dementerende bejaarden. Zij krijgen het gevoel dat ze nog iets te vertellen hebben.



2. THERAPIEVORMEN

Het komt tegemoet aan hun emotionele noden en het is meteen ook een bevestiging van hun identiteit. Dementerenden in een meer gevorderd stadium kunnen de herinneringen niet meer zelf ophalen. Zij kunnen wel ondersteund worden om via stimuli gelijkaardige emoties te beleven.

Algemeen doel:

De patiënt blijft betrokken op wat er rondom hem/haar gebeurt en de omgeving blijft op de hoogte van de individuele belevingswereld.

Specifieke doelen:

- Het stimuleren van plezierervaringen door het oproepen en opnieuw beleven van positieve ervaringen uit het verleden.
- Het bevorderen van het zelfbeeld door het oproepen van slaagmomenten uit verleden.
- Het doorbreken van het isolement.
- Het ontwikkelen van samenhangigheid tussen de deelnemers.
- Het verhoogt de betrokkenheid en stimuleert het socialiseringsproces.

Tijdens de reminiscentie-activiteit stelt de ergotherapeut vragen over bepaalde thema's uit het heden. Dit kan gaan van de lagere schooltijd, de trouwdag of de geboorte van de kinderen.

c) Kooktherapie

Tijdens de kooktherapie worden er allerlei gerechten klaargemaakt (chocomousse, wafels, taart en koekjes, ...).

Specifieke doelen:

- zintuigprikkeling (visueel, auditief, tactiel, reuk)
- beroep doen op de ervaringen en de kennis van de patiënt wat het gevoel van eigenwaarde vergroot
- bevorderen van samenwerken
- leggen van sociale contacten
- de aanwezige mogelijkheden/vaardigheden stimuleren en/of in stand houden
- herkenning van vroeger wat gespreksstof kan bieden
- het nemen van verantwoordelijkheid





3. TAKEN VAN DE ERGOTHERAPEUT

3.1 INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

De ergotherapeut evalueert het ergotherapeutische handelen binnen een interdisciplinair team. Hij/zij neemt deel aan een interdisciplinair overleg ter bepaling en evaluatie van de behandeldoelen, van een behandelstrategie en aanpak voor elke patiënt. Hij/zij pleegt overleg met andere teamleden, geeft relevante informatie door en ontvangt relevante informatie en advies.





3. TAKEN VAN DE ERGOTHERAPEUT

3.2 TESTEN VAN PATIËNTEN AFNEMEN

Op vraag van de behandelende arts van een patiënt, kan de ergotherapeut een bepaalde test moeten afnemen. Een test die regelmatig afgenomen wordt, is de Mini Mental State Examination (MMSE). Deze test is een neuropsychologisch instrument dat ontworpen is om het cognitief functioneren te meten. De MMSE test hierbij 6 gebieden (oriëntatie in tijd en ruimte, inprentingvermogen, aandacht, geheugen, taal en constructieve vaardigheden). Daarnaast kan de ergotherapeut ook zelf beslissen om een bepaalde test af te nemen om neurologische disfuncties beter in kaart te brengen.

3.3 ADVIEZEN GEVEN AAN MANTELZORGERS

Heel wat zorgenlast kan voor de mantelzorgers draaglijk gemaakt worden door inzicht en bekwaamheid. De ergotherapeut adviseert de mantelzorgers in functie van een zo groot mogelijke zelfstandigheid en veiligheid. Het advies kan betrekking hebben op positionering, gewrichtsbeschermingstechnieken, hulpmiddelen en het aanleren van bepaalde therapeutische handelingen.



3. TAKEN VAN DE ERGOTHERAPEUT

3.4 ADVIEZEN GEVEN I.V.M. HULPMIDDELEN EN AANPASSINGEN

De ergotherapeut gaat na of er voor bepaalde patiënten hulpmiddelen of aanpassingen nodig zijn. Indien hij/zij hier een positief antwoord op geeft, zal de ergotherapeut bepalen aan welke eisen dit hulpmiddel of aanpassing moet voldoen. De ergotherapeut neemt de nodige stappen om een hulpmiddel te bestellen. Vooraleer ze dit doet, is het belangrijk dat de patiënt het hulpmiddel in de thuissituatie kan gebruiken.

De patiënt moet het hulpmiddel kunnen uitproberen en ermee leren omgaan voordat hij/zij het hulpmiddel aankoopt. De ergotherapeut informeert en instrueert de leden van het behandelde team van deze patiënt over dit hulpmiddel of over deze aanpassing. Indien nodig past hij/zij het hulpmiddel aan.



3. TAKEN VAN DE ERGOTHERAPEUT





3. TAKEN VAN DE ERGOTHERAPEUT

3.5 ADVIEZEN GEVEN I.V.M. WONINGAANPASSING/ THUISBEGELEIDING

In heel wat woonsituaties zijn er omstandigheden die de oudere in zijn zelfstandig functioneren belemmeren. Heel wat toestanden verplichten de oudere tot ongezond en onveilig gedrag.

De thuissituatie wordt reeds in het ziekenhuis voorbereid door de ADL-trainingen. De stap van het beschermende ziekenhuismilieu naar het alleen wonen thuis, is voor veel patiënten moeilijk. Als een patiënt in de nabije toekomst ontslagen wordt uit het ziekenhuis, kan er op de teamvergadering beslist worden om de thuissituatie van de patiënt te analyseren. Tijdens een thuisinterventie schenkt de ergotherapeut aandacht aan o.a. ergonomische en veiligheidsmaatregelen. De ergotherapeut verstrekt advies over de mogelijke aanpassingen die de onafhankelijkheid van de patiënt in de hand kunnen werken. Door het thuisbezoek krijgt de patiënt meer zelfvertrouwen en kan de familie ervan overtuigd worden dat de patiënt de thuissituatie wel aankan.



5. VRAGEN?

Indien u nog vragen hebt, kan u zich steeds wenden tot de dienst ergotherapie.

Dienst ergotherapie

Tel: 012/396088

Jens Houbrix
Martine Museyck
Sarah Stassen
Liesbeth Vanderlinden

A.Z. Vesalius

Hazelereik 51
3700 Tongeren
012/39 61 11
www.azvesalius.be