



VERKENNEND ONDERZOEK MET BETREKKING TOT HET GEBRUIK EN DE IMPLEMENTATIE VAN DE ICF IN DE SECTOR VAN DE AMBULANTE REVALIDATIE IN VLAANDEREN

Projectcoördinator: Greetje Desnerck
Projectmedewerker: Jolien Veys
2017

Dit onderzoeksrapport is uitgeschreven in het kader van een onderzoek van Howest, opleiding Sociaal werk, door het ICF-Lab. Het ICF-Lab is een expertise-, advies- en vormingscentrum dat het werkveld op maat ondersteunt bij de implementatie en het gebruik van de ICF. Zo organiseert het ICF-Lab vormingen en coachingsprocessen op maat voor diverse sectoren, organisaties, onderwijsinstellingen en disciplines.

Meer informatie over de realisaties, de visie en het aanbod het ICF-Lab is terug te vinden op de site www.ICF-Lab.be.



Bij vragen of opmerkingen kan u contact opnemen via:

Info@ICF-Lab.be

Hogeschool West-Vlaanderen – opleiding Sociaal werk

Sint-Jorisstraat 71

8000 BRUGGE

+32 (0)50 33 32 68

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	9
1 THEORETISCH KADER	11
1.1 De ICF als conceptueel kader	11
1.2 De ICF als classificatiesysteem	11
1.3 Doel van de ICF	13
1.4 De ICF als opkomend kader	13
1.5 Het gebruik van de ICF	14
1.5.1 Het gebruik van activiteiten en participatie	15
1.5.2 Het gebruik van de typering	16
1.5.3 Invulling van persoonlijke factoren	17
1.5.4 Voorwaarden om de ICF te gebruiken	17
1.5.5 Vragen voorafgaand aan het gebruik van de ICF	18
1.5.6 Het vertalen van de informatie naar het ICF-classificatiesysteem	19
2 METHODOLOGIE	20
2.1 Doelstelling	20
2.2 Onderzoeksvragen	20
2.3 Afbakening van de onderzoeksgroep	21
2.3.1 Afbakening van de onderzoeksgroep voor het kwantitatieve luik	21
2.3.2 Afbakening van de onderzoeksgroep voor het kwalitatieve luik	21
2.4 Het onderzoeksproces	22
2.4.1 Vooronderzoek	22
2.4.2 Kwantitatief luik	22
2.4.3 Kwalitatief luik	22
3 HET GEBRUIK EN DE IMPLEMENTATIE VAN DE ICF IN DE AMBULANTE REVALIDATIECENTRA	24
3.1 Een foto van de implementatie van de ICF in de CAR	24
3.2 Aanleiding voor het implementeren van de ICF	25
3.3 Voorwaarden bij de implementatie	25
3.4 Verloop van het implementatieproces	26

3.4.1	Vormingen met betrekking tot het biopsychosociaal denkkader en de ICF	26
3.4.2	ICF-coördinatoren	27
3.4.3	Werkgroepen rond de implementatie van de ICF	28
3.5	Operationaliseren van de ICF	29
3.5.1	Selecteren van categorieën	29
3.5.2	Ontwikkelen van instrumenten	30
3.6	Betrekken van de medewerkers	30
3.7	Rol van de directie	31
3.8	Plaats van de ICF doorheen het ambulante revalidatieproces	31
3.8.1	Aanmelding	31
3.8.2	Intake	31
3.8.3	Bepalen van de onderzoeken	32
3.8.4	Onderzoeksoverleg	32
3.8.5	Adviesgesprek	34
3.8.6	Behandelfase	34
3.9	Gebruik van het conceptueel kader van de ICF	35
3.9.1	Contact met de cliënt en de context	35
3.9.2	Expliciet gebruik van de ICF naar de cliënten en/of ouders toe	36
3.10	Gebruik van het classificatiesysteem van de ICF	36
3.10.1	Gebruik van de componenten activiteiten en participatie	36
3.10.2	Gebruik van de component persoonlijke factoren	37
3.10.3	Gebruik van de component functies en anatomische eigenschappen	38
3.10.4	Gebruik van de ondersteunende en belemmerende factoren	38
3.11	Gebruik en bevindingen van de hulpmiddelen bij de implementatie en het gebruik van de ICF38	
3.11.1	ICF-browser	38
3.11.2	ICF-boek	38
3.11.3	ICF-handleiding	38
3.11.4	Andere hulpmiddelen	39
3.12	Gebruik en bevindingen van het ICF-schema	39
3.13	Verslaggeving	41
3.13.1	Ervaringen van de medewerkers van de verslaggeving volgens het classificatiesysteem van de ICF	42
3.13.2	Ervaringen van de externen van de verslaggeving volgens het classificatiesysteem van de ICF	43
3.14	Gebruik en bevindingen van diverse elementen van de ICF	43
3.14.1	Gebruik en bevindingen van de terminologie	43
3.14.2	Gebruik en bevindingen van de codes	44

3.14.3	Gebruik en bevindingen van de typeringen	44
3.15	Visies rond het invoeren van aanpassingen van de ICF	45
3.16	Aandachtspunten met betrekking tot de implementatie en het gebruik van de ICF	47
3.16.1	Aandachtspunten met betrekking tot veranderingsprocessen	47
3.16.2	Aandachtspunten met betrekking tot de implementatie van de ICF in de ambulante revalidatiesector	48
3.16.3	Aandachtspunten met betrekking tot het betrekken van medewerkers	49
3.17	Invloed op het denken en het handelen door het gebruik van de ICF	49
3.18	Bedenkingen met betrekking tot de ICF	51
3.19	Toekomstige plannen en verbeterpunten	52
3.19.1	Op vlak van het implementatieproces	52
3.19.2	Op vlak van het meer evolueren naar een ICF-gericht denken en handelen	53
3.20	Ondervonden hindernissen bij het gebruik van de ICF gedurende het implementatieproces	54
3.20.1	Inhoudelijke hindernissen	54
3.20.2	Praktische of organisatorische hindernissen	55
3.20.3	Hindernissen op vlak van regelgeving, het beleidsmatige aspect	56
3.21	De implementatie van de ICF: tijdinvestering of tijdbesparing?	56
3.22	Ervaringen van de medewerkers	57
3.22.1	Verklaringen voor de verschillende ervaringen	58
3.22.2	Ervaren moeilijkheden door de medewerkers op inhoudelijk en praktisch vlak	59
3.23	Gebruik van andere modellen en kaders	59
3.24	Nood aan ondersteuning en expertise	60
3.24.1	Nood aan informatie	60
3.24.2	Nood aan begeleiding	60
3.24.3	Nood aan instrumenten	61
3.24.4	Nood aan vorming	61
3.24.5	Nood aan feedback en coaching	61
3.25	De ICF in de opleidingen van het hoger onderwijs	61
	DISCUSSIE EN BESLUIT	63
4	AANBEVELINGEN	70
4.1	Middelen en tijd VOOR begeleiding en coaching van de medewerkers gedurende het implementatieproces	70
4.2	Operationaliseren van de ICF naar de eigen werking en het uitwerken van een implementatieproces	71

4.3	Een overkoepelende ondersteuning van de centra bij het operationaliseren en implementeren van de ICF	71
4.4	Delen van de aanwezige kennis en expertise met betrekking tot het gebruik, de operationalisering en de implementering	72
4.5	Nood aan een handleiding en een gedigitaliseerd instrument om een functioneringsprofiel aan de hand van de ICF op te stellen	73
4.6	Voldoende (niet-) financiële middelen VOOR het implementatieproces	74
4.7	Toekomstige professionals: VERWERVEN VAN de nodige kennis van de ICF	74
4.8	Op termijn een duidelijke beslissing om de ICF te implementeren in diverse sectoren door de bevoegde overheden	75
	BIBLIOGRAFIE	76

INLEIDING

Tegenwoordig gaat er in de ruime welzijns- en gezondheidssector steeds meer aandacht naar het actief betrekken van de cliënt in het hulpverleningsproces en naar vraag gestuurd werken. De rechten van de cliënten staan voorop. Het is niet zomaar de taak van de hulpverleners om de cliënt te 'verbeteren', maar om de kwaliteit van leven van de persoon te maximaliseren, om de persoon te ondersteunen bij het deelnemen aan de samenleving. Bij dit denken wordt er afstand genomen van het medische model. Meer en meer wordt er aangesloten bij het biopsychosociale (BPS) model. Dit model benadert de persoon in zijn volledige complexiteit, bekijkt het functioneren van de persoon op een holistische wijze. Er is aandacht voor de verschillende elementen die van belang zijn bij het functioneren van de persoon, zoals de sterktes en wat voor de persoon van belang is. Dit houdt ook de overgang in van een functiegerichte naar een handelingsgerichte benadering.

Om dit denken te vertalen naar het handelen, hebben professionals nood aan specifieke handvaten. Daarom ontwikkelde de World Health Organization (WHO) de ICF. De ICF, of de International Classification of Functioning, Disability and Health, is een sterk opkomend kader en classificatiesysteem dat een taal en een structuur aanbiedt om het functioneren van mensen op een holistische wijze te beschrijven.

Internationaal is er veel aandacht voor de ICF. Wetenschappers en professionals uit het werkveld voorspellen dat het wereldwijd het universele systeem zal worden om het functioneren en de gezondheidstoestand te beschrijven (Holloway, 2004; Stucki, et al., 2002). Ook in Vlaanderen verkennen diverse sectoren en disciplines de toepassingsmogelijkheden van de ICF. Diverse sectoren gebruiken de ICF reeds, het rapport zal deze beknopt aanhalen.

Met zijn meer dan 1400 categorieën is het classificatiesysteem van de ICF vrij omvangrijk. Deze omvangrijkheid biedt enerzijds heel wat mogelijkheden om het te doen aansluiten bij de unieke werking en de unieke situatie van de persoon wiens functioneren in kaart gebracht wordt, anderzijds zorgt dit voor een grote uitdaging om het te implementeren (Reed, et al., 2005). De ICF is geen instrument dat rechtsreeks gehanteerd kan worden in de praktijk. Operationalisering van het conceptuele kader en het classificatiesysteem is noodzakelijk om het te kunnen hanteren in de praktijk (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007). Om de professionals tegemoet te treden en meer richting te geven aan een mogelijk gebruik van de ICF in de praktijk ontwikkelden de WHO en andere instanties een handleiding met richtlijnen (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; WHO, 2013). Om de ICF in de praktijk te kunnen hanteren, is er nood aan instrumenten.

De WHO erkent dat er nog heel wat stappen gezet moeten worden voor een verdere toepassing van de ICF. Eén van deze stappen is het wereldwijd ontwikkelen van training- en adviescentra (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007). Vanuit deze internationaal aangegeven nood en de toenemende interesse in de ICF in Vlaanderen ontwikkelde Howest, vanuit de opleiding Sociaal werk, het ICF-Lab. Het ICF-Lab wil het werkveld en toekomstige professionals ondersteunen om de ICF te gebruiken. Organisaties hebben niet steeds de nodige know how en/of middelen om de ICF in de eigen werking te implementeren. Dit project speelt in op deze nood en biedt ondersteuning bij het implementatieproces en het gebruik van de ICF.

Het ICF-Lab wil expertise en kennis verzamelen met betrekking tot het gebruik van de ICF op nationaal en internationaal niveau en deze op Vlaams niveau verspreiden. Om deze doelstellingen te realiseren zet het ICF-Lab meerdere (onderzoeks)activiteiten op. Gedurende het eerste jaar van het project werd er gekozen om te focussen op de ambulante revalidatiesector. Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering (RIZIV), dat instaat voor de financiering van deze sector, raadt de sector aan om

gebruik te maken van de ICF bij het opstellen van de functionele diagnose (Oostra, Liessens, Van Bost, Van Hove, & Van Weyenbergh, 2012). De sector voor de centra van ambulante revalidatie is een sector die volop in beweging is. Nadat de *NOK en PSY*¹ samensmolten in één werking, is ook de visie binnen de centra voor ambulante revalidatie (CAR) sterk in verandering. De biopsychosociale visie krijgt meer en meer aandacht. De sector is volop op zoek naar manieren om de ICF te implementeren in de werking om het biopsychosociale denken te vertalen naar het handelen.

Er is geen zicht op de mate waarin en de wijze waarop de sector gebruik maakt van de ICF, hoe ze het gebruik en de implementatie ervaart, welke invloed dit heeft e.d. Om hier zicht op te krijgen, deed het ICF-Lab een verkennend onderzoek naar de implementatie en het gebruik van de ICF binnen de ambulante revalidatiesector in Vlaanderen. Aangezien enige operationalisering noodzakelijk is, wil dit onderzoek in kaart brengen hoe de ICF vertaald wordt naar de eigen werking, welke instrumenten hiertoe ontwikkeld worden. Naast het gebruik van de ICF op zich wil dit onderzoek ook in kaart brengen hoe het implementatieproces verlopen is en hoe men stap voor stap gebruik maakt van de ICF doorheen de verschillende fases van het ondersteuningsproces. Hiernaast was er ook aandacht voor de gevolgen van de ICF voor het denken en het handelen en voor de beleving van de medewerkers. Ook de noden aan ondersteuning en expertise werden bij dit onderzoek in kaart gebracht.

Dit onderzoeksrapport gaat diepgaand in op deze onderzoeksvragen. Het eerste deel belicht de verkennende literatuurstudie. Naast een beknopte toelichting van de ICF, ligt de nadruk op het gebruik van de ICF. Aangezien de focus van dit onderzoek op het praktijkgerichte aspect ligt, worden de resultaten in het volgende deel van dit rapport uitvoerig weergegeven. Zoals de WHO motiveert, is het van belang dat de kennis en expertise van de implementatie en het gebruik van de ICF uitvoerig gedeeld worden (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007). Dit rapport kadert bepaalde resultaten vanuit de literatuur en vanuit de visie van het ICF-Lab en de WHO. Zo gaat het ICF-Lab in op bedenkingen en misopvattingen over de ICF die in het onderzoek aan bod kwamen. Na de discussie en het besluit formuleert het ICF-Lab enkele aanbevelingen om het gebruik en de implementatie van de ICF te optimaliseren in Vlaanderen.

¹ Dit was een vroegere opdeling van revalidatiecentra die gebaseerd was op de doelgroepen waartoe ze zich richtten. De NOK-centra richtten zich tot spraak- en gehoorstoornissen en de PSY-centra richtten zich tot psychiatrische en mentale functioneringsproblemen. In de praktijk echter waren er reeds heel wat gemeenschappelijke doelgroepen.

1 THEORETISCH KADER

De ICF werd in 2001 gepubliceerd door de WHO. De Nederlandse vertaling ervan verscheen in 2002. De ICF verving zijn voorganger de ICIDH, wat staat voor de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps en beoogde op een holistische, circulaire wijze het functioneren van mensen te beschrijven. De ICF bevat zowel een conceptueel kader als een classificatiesysteem (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007). Het rapport gaat verder in op deze twee aspecten.

In 2008 publiceerde de WHO de ICF-CY, de Children and Youth version. Het classificatiesysteem van de ICF-CY vormt een uitbreiding op de ICF. De kenmerken die eigen zijn aan het kind en aan de omgeving van het kind, waaronder het ontwikkelingsaspect, worden er meer in opgenomen (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2008).

1.1 DE ICF ALS CONCEPTUEEL KADER

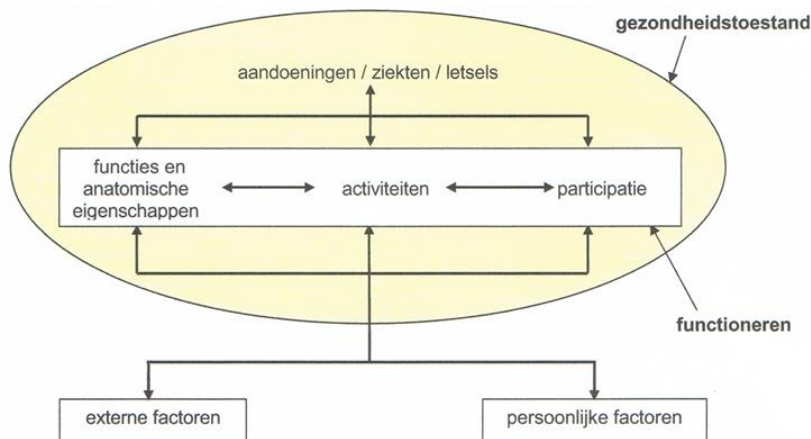
Het conceptuele kader van de ICF staat voor de visie, de gedachtegang die onlosmakelijk verbonden is met het gebruik van de ICF. In de ICF gaat men uit van de gedachte dat verschillende aspecten een invloed kunnen hebben op het functioneren, vandaar wordt het functioneren op een holistische wijze in kaart gebracht. Dat betekent dat er zowel aandacht is voor het niveau van het biologische, het vervullen van activiteiten en het participeren in de ruimere samenleving. Daarnaast worden ook de beïnvloedende factoren uit de omgeving en kenmerken van de persoon die belemmerend of bevorderend kunnen zijn, in kaart gebracht. De ICF ziet het functioneren als een circulair gebeuren waarbij de verschillende elementen elkaar beïnvloeden. Het is dan ook geen statisch gegeven: het functioneren dat aan de hand van de ICF in kaart wordt gebracht, is steeds een momentopname (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007).

De ICF spreekt zich niet uit over de etiologie, het richt zich enkel op een beschrijving van het functioneren. Het functioneren wordt onafhankelijk van de oorzaak in kaart gebracht. Zo kan het functioneren van alle personen in kaart gebracht worden, niet enkel van personen met ernstige en langdurige functioneringsproblemen. Bovendien kan het functioneren van mensen met verschillende aandoeningen vergeleken worden (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007).

De ICF formuleert ethische richtlijnen (in bijlage 6) waarbij de rechten van individuen centraal staan. In deze ethische richtlijnen, die de gedachtegang van de ICF weergeven, staat beschreven dat de persoon alsook zijn/haar autonomie gerespecteerd moeten worden. Indien mogelijk moet men de betrokkene zelf op de hoogte brengen van het gebruik van de ICF. Het conceptuele kader van de ICF beschouwt de persoon en de centrale personen uit de context van de persoon als centrale informatiebronnen. Zij moeten inspraak krijgen in het in kaart brengen van het functioneren (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007).

1.2 DE ICF ALS CLASSIFICATIESYSTEEM

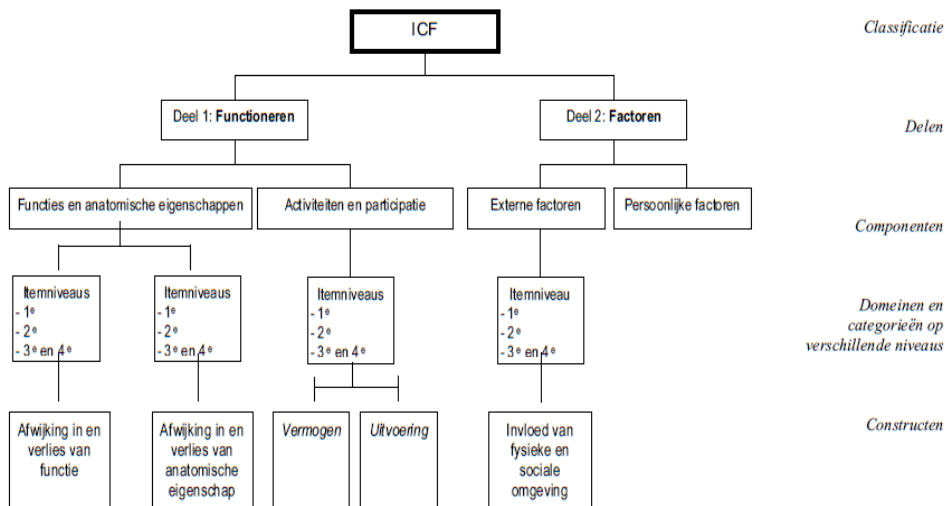
De ICF bestaat uit twee grote delen: het menselijk functioneren en de beïnvloedende factoren. In schema 1 is te merken dat hierbinnen nog onderverdelingen zijn gemaakt die componenten worden genoemd. Centraal in het schema staan de componenten functies en anatomische eigenschappen enerzijds en activiteiten en participatie anderzijds (deze laatste twee vormen samen één component). Onderaan in het schema staan de beïnvloedende factoren, die de componenten externe factoren en persoonlijke factoren bevatten.



1 ICF-schema (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007, p. 19)

Deze componenten worden vervolgens nogmaals opgedeeld in domeinen. Zo bevat de component activiteiten en participatie bijvoorbeeld volgende domeinen (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2008, p. 30):

1. Leren en toepassen van kennis
2. Algemene taken en eisen
3. Communicatie
4. Mobiliteit
5. Zelfverzorging
6. Huishouden
7. Tussenmenselijke interacties en relaties
8. Belangrijke levensgebieden
9. Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven



2 Structuur van de ICF (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007, p. 217)

In schema 2 is te zien dat elk domein onderverdeeld is in categorieën en subcategorieën. Het is een praktische en betekenisvolle reeks van elementen die met elkaar verband houden. Deze zijn in neutrale termen geformuleerd, ze kunnen zowel in positieve als in negatieve betekenis gebruikt worden. De domeinen worden opgedeeld volgens verschillende niveaus. Zo bevat de classificatie op het eerste niveau enkel de domeinen, in de classificatie op het tweede niveau zijn deze domeinen opgedeeld in

algemene categorieën en in de gedetailleerde classificatie zijn de algemene categorieën nogmaals onderverdeeld in subcategorieën (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2008)

Het classificatiesysteem bevat meer dan 1400 categorieën die geordend worden aan de hand van numerieke codes en verder worden gedefinieerd aan de hand van een korte definitie (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007; Threats, 2008). Voor een concreet overzicht van de classificatie, het gebruik van de codes en typering, wordt verwezen naar de ICF (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007).

De ICF hanteert een specifieke terminologie bij het beschrijven van het functioneren en de problemen die hierbij opduiken. Wanneer mensen een probleem ondervinden in het functioneren algemeen, vanuit meerdere dimensies, dan heeft de ICF het over een *functioneringsprobleem of 'disability'*, een Engelse term die ook in het Nederlands gebruikt wordt. Er wordt afstand genomen van de term 'handicap' omwille van de negatieve connotatie die hiermee verbonden is. Wanneer de persoon een probleem ondervindt op vlak van functies of anatomische eigenschappen omschrijft de ICF dit als een stoornis. Een probleem op het niveau van activiteiten is een *beperking* en een probleem dat iemand heeft op vlak van participatie is een *participatieprobleem* (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007).

1.3 DOEL VAN DE ICF

De ICF heeft erg brede doelstellingen. Het kan voor erg diverse doeleinden gehanteerd worden. De WHO schuift volgende doelstellingen naar voor (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007, p. 6):

- *“De ICF voorziet in een wetenschappelijke grondslag voor het begrijpen en bestuderen van het menselijk functioneren, uitkomsten en determinanten*
- *De ICF schept een gemeenschappelijke taal voor het beschrijven van iemands functioneren met als doel de communicatie tussen beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en in andere sectoren, als ook met mensen met functioneringsproblemen te verbeteren.*
- *De ICF maakt gegevens in tijd en uit verschillende landen, vakgebieden en sectoren, met elkaar vergelijkbaar.*
- *De ICF voorziet in een systematisch codestelsel voor informatiesystemen in de gezondheidszorg.”*

De ICF wil betekenisvol zijn voor zowel personen met een beperking, diverse dienstverleners en professionals in de gezondheidszorg en personen die betrokken zijn bij het sociaal beleid (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007).

1.4 DE ICF ALS OPKOMEND KADER

De ICF wordt aanzien als het toekomstige wereldwijde universele systeem om het functioneren en de factoren die erop een invloed hebben, te beschrijven (Holloway, 2004; Stucki, et al., 2002). In bepaalde landen, zoals in Italië, gebruikt de overheid de ICF als toetsings- of criterium gevend instrument ten dienste van beleid en uitvoering op het gebied van de gezondheidszorg (Buitenhek & Isarin, 2012). In landen zoals Canada en Australië staat de ICF-terminologie centraal in een belangrijk deel van de gezondheidszorg (Heerkens & van Ravensberg, 2007). Ook in België maken diverse instanties binnen welzijn, gezondheid, onderwijs en tewerkstelling reeds gebruik van de ICF of zijn ze volop op zoek naar hoe ze de ICF in hun werking kunnen implementeren.

Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) baseert zich reeds van bij de overgang van het Vlaams Fonds op de ICF bij de formulering van de definitie voor de term 'handicap'. Het VAPH stelt de ICF voorop als een geschikt classificatiesysteem dat als basis kan dienen voor een goede kwalitatieve diagnostiek (VAPH, 2011). Op beleidsmatig niveau vindt men het belangrijk dat de welzijns- en gezondheidssector samenwerken en gebruikmaken van een gemeenschappelijk classificatiesysteem.

De ICF is in die visie een potentieel kader om samenwerking tussen beide sectoren mogelijk te maken. Er werd reeds onderzoek gedaan naar de plaats van de ICF hierin (Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012). De ICF-CY is van belang binnen het M-decreet en wordt van daaruit meegenomen in het vormingsaanbod van CLB-medewerkers (Permanente ondersteuningscel CLB GO!, 2014). Hiernaast wordt de ICF-CY opgenomen als kader dat de handelingsgerichte diagnostiek mee richting geeft in de visie op de diagnostiek binnen het CLB (VCLB Werkgroep Diagnostiek, 2014). De VDAB ontwikkelde op basis van de ICF een indiceringsinstrument dat dienst doet bij personen met een arbeidsbeperking (WSE & VDAB, 2013). Het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) beveelt in de overeenkomst met de CAR het gebruik van de ICF aan. Voor de diagnosestelling van stotteren dient men de ICF te gebruiken om aan te tonen dat er nood is aan een interdisciplinaire diagnostiek en behandeling (Oostra, Liessens, Van Bost, Van Hove, & Van Weyenbergh, 2012). Vanuit deze aanbevelingen van verschillende instanties zijn diverse sectoren en disciplines volop op zoek naar hoe de ICF geïmplementeerd kan worden.

1.5 HET GEBRUIK VAN DE ICF

Om het conceptuele kader en het classificatiesysteem toe te passen in de praktijk, is er nood aan operationalisering. Zo kunnen aan de hand van de ICF instrumenten ontwikkeld worden voor gebruik in de praktijk, zoals een sjabloon voor verslaggeving volgens het classificatiesysteem van de ICF. Om de ICF te kunnen gebruiken voor de doeleinden waarvoor het bestemd is, moet het afgestemd en aangepast worden volgens de specifieke doeleinden (Stucki, et al., 2002). De ICF biedt geen criteria aan waarop de professional zich moet focussen bij het hanteren van het omvangrijke classificatiesysteem en op welke manier deze aspecten beoordeeld moeten worden. Het is geen instrument dat rechtsreeks gebruikt kan worden (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007). Het feit dat de ICF geen normatief kader is dat het handelen van de professional stuurt, kan in de praktijk een beperking lijken, het kan voor heel wat vragen en onduidelijkheden zorgen. Anderzijds kan men het ook als een sterkte zien aangezien dit de professional heel wat vrijheid biedt om het gebruik ervan aan te passen aan de persoon en de specifieke doeleinden waarvoor het gehanteerd wordt. De persoon en de professional moeten niet in een keurslijf gedwongen worden. De ICF dwingt de professional niet om specifieke methodes te gebruiken, de professional kan de huidige methodes linken aan de ICF (Reed, et al., 2005; Threats, 2008).

Door de omvangrijkheid van de classificatie is het een uitdaging voor professionals uit het werkveld om de ICF toe te passen (Buitenhek & Isarin, 2012; Holloway, 2004; Threats, 2008). Om die reden is ondersteuning rond het gebruik van de ICF in de praktijk essentieel. Volgens Bickenbach (geciteerd in Holloway, 2004) is er het risico dat het gebruik van de ICF in de praktijk kan vastlopen als professionals geen concrete handleiding hebben die een verbinding maakt tussen de ICF en de instrumenten die ze anders gebruiken.

Om tegemoet te komen aan de vele vragen en onduidelijkheden zocht de WHO naar hoe de ICF verder geoperationaliseerd kan worden en hoe men de gebruikers kan bijstaan om de ICF in de praktijk te gebruiken. In eerste instantie focuste men zich op het formuleren van regels om de informatie volgens de ICF-termen te coderen. Men concludeerde echter dat dit ruimer moest bekeken worden, dat er nood was aan een handleiding die gericht advies gaf over het gebruik van de ICF (van Gool, Hirs, de Kleijn-de Vrankrijker, Ten Napel, & Slobbe, 2012). Na jaren van internationale samenwerking kwam er in 2013 een eerste voorontwerp van een handleiding voor het gebruik van de ICF (WHO, 2013). Deze handleiding verving de voorgaande versie van de WHO en APA (2003, geciteerd in Threats, 2008).

De handleidingen vertrokken van de aanwezige vragen en onduidelijkheden (APA, 2003, geciteerd in Threats, 2008; WHO, 2013). De handleidingen concretiseren de vrijheid die de ICF laat om bepaalde

aspecten ervan te hanteren. Er wordt aangehaald hoe bepaalde aspecten ingevuld kunnen worden. Zo gaat er aandacht uit naar het gebruik van de componenten activiteiten, participatie en persoonlijke factoren, het gebruik van de typering voor de verschillende componenten, de niveaus van classificatie, hoe de ICF gebruikt kan worden in de praktijk e.d. De handleidingen bevatten ook enkele noodzakelijke voorwaarden om de ICF te kunnen hanteren en enkele vragen die helpen om de ICF te kunnen implementeren in de eigen werking (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; Threats, 2008; WHO, 2013). De handleidingen verzamelen de wereldwijde expertise met betrekking tot de ICF. Ze zijn ontworpen om naast de ICF zelf te gebruiken en bieden ondersteuning bij het toepassen van het conceptueel kader en classificatiesysteem van de ICF in de praktijk (WHO, 2013).

1.5.1 HET GEBRUIK VAN ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE

Veel gebruikers vinden het erg complex om een onderscheid aan te geven tussen de elementen activiteiten en participatie. Daarom koos de WHO voor een gemeenschappelijke lijst van domeinen en categorieën. Er is een sterk verband tussen beide concepten: elk actie kan aanzien worden als participatie wanneer ze zich afspeelt in een sociale omgeving. Participatie zal steeds concrete handelingen omvatten. Het verschil tussen beide componenten is echter belangrijk: bij het gebruik in de praktijk moet er een concreet onderscheid gemaakt worden (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; WHO, 2013).

De component activiteiten verwijst puur naar het handelen op zich. Activiteiten hebben betrekking op het individuele functioneren van de persoon, het zijn de onderdelen van iemands handelen (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007, p. 11). Bij participatie wordt dit handelen in de context bekeken, de deelname aan het maatschappelijke leven staat hierbij centraal. Om dit verschil aan te kunnen tonen en een antwoord te bieden hierop, besloot de WHO vier mogelijkheden weer te geven waarop de ICF-gebruiker de componenten activiteiten en participatie kan weergeven (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007; WHO, 2013).

- a) Zowel bij activiteiten als bij participatie worden er afzonderlijke domeinen weergegeven. Er is geen overlapping. Zo worden de eerste vier domeinen doorgaans onder de component activiteiten geordend en de laatste vijf domeinen onder de component participatie.
- b) De domeinen worden deels onderverdeeld onder activiteiten en/of participatie. Er is sprake van een gedeeltelijke overlapping.
- c) De gedetailleerde categorieën worden gezien als activiteiten, de hoofdcategorieën worden gezien als participatie. Hierbij kan er al dan niet sprake zijn van overlap.
- d) Alle domeinen kunnen zowel bij activiteiten als bij participatie gebruikt worden. Er is sprake van een volledige overlap van de domeinen.

Men veronderstelde dat verschillende opties voor het gebruik van de componenten activiteiten en participatie op termijn, nadat ze getest waren, duidelijkheid zou brengen over de meest geschikte methode (Reed, et al., 2005; Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007). In de praktijk is er echter geen eensgezindheid over het gebruik ervan. Threats (2008) wijst erop dat er nood is aan een consistente aanpak om het kader betrouwbaar en valide te maken.

Er zijn nog geen wetenschappelijke onderzoeken die uitwijzen welke van de vier opties het meest geschikt is. Volgens de Australian Institute of Health and Welfare (2003) zijn, volgens ervaringen in Australië, opties b en d het meeste geschikt voor het gebruik in de praktijk. De eerste aanpak, waarbij er geen overlapping is tussen de domeinen, bleek niet mogelijk in de praktijk. Voor bepaalde settings en individuele gebruikers was dit mogelijk, maar voor andere niet. Heerkens en van Ravensberg (2007) raden aan om voor de laatste optie te kiezen en per item te bepalen of het tot activiteiten, participatie of tot beide behoort.

1.5.2 HET GEBRUIK VAN DE TYPERINGEN

Typeringen of 'qualifiers' zijn cijfermatige gegevens die na een code worden geschreven. Ze geven aan in welke mate er een functioneringsprobleem ondervonden wordt. De ICF maakt hierbij gebruik van een 4-punten-schaal. Het getal 0 geeft aan dat er geen probleem is op vlak van deze categorie, 1 is een licht probleem, 2 een matig, 3 een ernstig en het getal 4 geeft aan dat het een volledig probleem is (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2008).

Voorbeeld: b2300 Detectie van geluid

b2300.0: De persoon ondervindt geen probleem om geluiden waar te nemen. De hoorfunctie is goed.

b2300.3: De persoon heeft een ernstig probleem bij het waarnemen van geluid

b2300.4: De persoon kan geen geluiden waarnemen.

De WHO (2013) raadt sterk aan om de typeringen of de 'qualifiers' te gebruiken, ze maken integraal deel uit van de categorieën. Een typering bestaat uit minimum één cijfer dat de ernst van het probleem aangeeft. Afhankelijk van de component kunnen andere cijfers de locatie en/of de aard van het probleem aangeven. De WHO motiveert dat een categorie pas een betekenis heeft als ze gevolgd wordt door een typering aangezien ze neutraal geformuleerd is.

Veel gebruikers vinden het gebruik van typeringen niet zo vanzelfsprekend. De literatuur beargumenteert veelvuldig dat bestaande meetinstrumenten moeten aangepast worden om op een betrouwbare manier gebruik te kunnen maken van de typeringen. Professionals vinden de grens tussen de typeringen, de wijze waarop ze op een consequente wijze gescoord moeten worden zodat ze vergeleken kunnen worden over de settings heen, onduidelijk (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; Threats, 2008; Reed, et al., 2005; Heerkens & van Ravensberg, 2007). Zolang er geen algemeen geaccepteerde richtlijnen beschikbaar zijn om de ernst te bepalen, zullen de professionals gebruik maken van hun eigen subjectief referentiekader (Heerkens & van Ravensberg, 2007). De literatuur stelt dat er nood is aan specifieke instrumenten en richtlijnen om dit mogelijk te maken.

1.5.2.1 VERSCHIL TUSSEN VERMOGEN EN UITVOERING

Bij de componenten activiteiten en participatie wordt er gebruik gemaakt van de constructen vermogen en uitvoering. *'De typering van het vermogen beschrijft of iemand een taak of een handeling kan uitvoeren. De typering van de uitvoering beschrijft wat iemand in zijn/haar bestaande omgeving doet'* (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007, p. 16). Het in kaart brengen van de verschillen tussen uitvoering en vermogen is erg waardevol om een zicht te krijgen op de invloed van de omgeving op de persoon. Het geeft informatie over mogelijke aanpassingen in de omgeving (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007). Er klinkt kritiek op de onduidelijkheid om het verschil tussen vermogen en uitvoering weer te geven. Hierbij meent men dat het onduidelijk is wat er concreet bedoeld wordt met een gestandaardiseerde omgeving. De handleiding van WHO en APA (2003, geciteerd in Threats, 2008) geeft aan dat het niet van belang is wat nu precies een gestandaardiseerde omgeving is. Wat wel van belang is, is dat er een vergelijking is tussen een gestandaardiseerde omgeving en de natuurlijke omgeving van de cliënt. Dit verschil is erg belangrijk om in kaart te brengen.

Verder wordt in vraag gesteld in welke omgeving de activiteit gesteld moet worden om een zicht te krijgen op de uitvoering. Het individu zal de handeling namelijk stellen in verschillende contexten. De omgeving zal dus telkens een invloed hebben op de handeling. Hierbij wordt gesteld dat er gekozen dient te worden voor de omgeving die voor de persoon het meest relevant is en die het meest invloed heeft op de kwaliteit van leven van de persoon (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; WHO, 2013). Bij een schoolgaand kind kan dit bijvoorbeeld de schoolcontext zijn, afhankelijk van de specifieke activiteit. Bij omgevingsfactoren moet duidelijk omschreven worden over welke omgeving het gaat: de

huidige, de optimale omgeving of de standaardomgeving. De omgeving dient steeds beschreven te worden (Australian Institute of Health and Welfare, 2003).

1.5.2.2 BELEMMERDE OF BEVORDERENDE FACTOREN

De typeringen bij de beïnvloedende factoren, bij de component externe factoren, geven de mate aan waarin de factoren ondersteunend of belemmerend zijn voor het functioneren. Het biedt een meerwaarde als de gebruiker bij de beïnvloedende factoren in kaart brengt in welke mate het een belemmerende of een ondersteunende factor is. Deze informatie is waardevol voor het functioneringsprofiel (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007).

De WHO (2013) geeft concrete richtlijnen om de typeringen te gebruiken bij de externe factoren. Zo kunnen de externe factoren in een afzonderlijke lijst worden weergegeven en in een lijst parallel aan de categorie waarmee ze verbonden zijn. In een afzonderlijke lijst brengen de externe factoren in kaart of ze bevorderend of belemmerend zijn ten opzichte van het algemeen functioneren van de persoon. Een lijst waarin de typeringen parallel met de categorie staan waarop ze een invloed uitoefenen, brengt de invloed in kaart van de externe factor enkel bekeken ten opzichte van de specifieke categorie en niet ten opzichte van het functioneren in zijn geheel. Zo kan eenzelfde factor zowel een bevorderende als een belemmerende factor zijn. In dat geval kan de factor met de typering zowel verbonden worden met de categorie die bevorderend is en met de categorie waarvoor de factor belemmerend is. Zo kan een chemokuur bijvoorbeeld een bevorderende factor zijn op lichamelijk vlak (functies en anatomische eigenschappen), maar kan het een belemmerende factor zijn voor bepaalde anatomische eigenschappen zoals haarverlies, wat belemmerend kan zijn voor het zelfvertrouwen van de persoon (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; WHO, 2013).

1.5.3 INVULLING VAN PERSOONLIJKE FACTOREN

Persoonlijke factoren worden niet geclassificeerd in de ICF omwille van de maatschappelijke en culturele verschillen die hierop van toepassing zijn. Van daaruit is het een bewuste keuze van de WHO om geen classificatie te ontwikkelen voor de component persoonlijke factoren. Vanuit de literatuur is hier heel wat kritiek op: het zou een tekortkoming zijn van de ICF, het zou het gebruik van de componenten persoonlijke factoren bemoeilijken. De WHO geeft voorbeelden van elementen die onder persoonlijke factoren gerekend kunnen worden: leeftijd, etnische afkomst, geslacht, opleiding, sociale en educatieve achtergrond, karaktereigenschappen, gedragspatronen, psychologische mogelijkheden, levensstijl, zelfredzaamheid, opvoeding, beroep, gebeurtenissen uit het heden en het verleden die een invloed hebben op het functioneren e.d. (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007; WHO, 2013).

De WHO (2013) benadrukt het belang van persoonlijke factoren, ze hebben een belangrijke meerwaarde bij de beschrijving van het functioneringsprofiel. Om bepaalde elementen van het functioneren te beschrijven en te verklaren kunnen ze erg belangrijk en relevant zijn. Ze geven aspecten weer die los staan van het functioneren op zich maar er een invloed op uitoefenen, het zijn aspecten die nergens anders in de ICF vermeld worden (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007; WHO, 2013).

De WHO (2013) raadt aan om de persoonlijke factoren in tekstvorm te omschrijven. Er kan ook gebruik gemaakt worden van andere bestaande classificaties die bepaalde persoonlijke factoren classificeren.

1.5.4 VOORWAARDEN OM DE ICF TE GEBRUIKEN

Door de omvangrijkheid van de ICF is het niet vanzelfsprekend om het te hanteren in de praktijk. In de literatuur is men het erover eens dat het gebruiken van de ICF in de praktijk een uitdaging vormt (Adolfsson, 2013; Threats, 2008).

De literatuur plaatst verschillende voorwaarden voorop om de ICF te kunnen hanteren in de praktijk. Zo is een brede kennis van de ICF een essentiële voorwaarde (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; Cieza, et al., 2005; Threats, 2008; WHO, 2013). Er moet voldoende inzicht zijn in de indeling van het classificatiesysteem, de componenten, de domeinen en de categorieën. Om een succesvolle implementatie van de ICF in de praktijk mogelijk te maken, is het essentieel dat alle betrokken professionals op een geschikte wijze opgeleid worden in het gebruik en de betekenis van de terminologie en de indeling van het classificatiesysteem (WHO, 2013). Het is ook essentieel dat de visie van de ICF gevolgd wordt, dat de ethische regels die de ICF voorop stelt, gehanteerd worden in de praktijk (Heerkens & van Ravensberg, 2007; Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007; Threats, 2008). Door het classificatiesysteem te gebruiken, kan er niet gegarandeerd worden dat het biopsychosociale denken gehanteerd wordt (Threats, 2008). Het dient steeds bewaakt te worden dat deze visie centraal staat bij het hanteren van het classificatiesysteem.

1.5.5 VRAGEN VOORAFGAAND AAN HET GEBRUIK VAN DE ICF

Wanneer men achter de visie staat en voldoende kennis heeft over de ICF, dient men enkele vragen te beantwoorden. Als eerste moet men het doel van het gebruik van de ICF bepalen (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; Cieza, et al., 2005; WHO, 2013). Waarom zal men de ICF gebruiken? Dit doel zal een essentiële invloed hebben op de intrinsieke motivatie bij het hanteren van de ICF in de praktijk.

Een volgende vraag peilt naar de informatie die men in kaart moet brengen om dit doel te bereiken. Ook de omvang van het in kaart brengen van het functioneringsprofiel moet bepaald worden (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; WHO, 2013). Aan de hand van het doel en de omvang kan de gebruiker concrete keuzes maken over de categorieën die hij in kaart zal brengen, tot welk niveau van de classificatie, hoe precies de informatie moet zijn die hij zal verzamelen e.d. (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; WHO, 2013).

Het aantal gebruikte categorieën is strek afhankelijk van de setting en van het doel. Hierbij kan er gebruik gemaakt worden van een core set. Core sets bevatten een ruime selectie van categorieën die relevant zijn bij een bepaalde doelgroep. Er bestaan core sets voor diverse diagnostische categorieën, o.a. voor depressie, obesitas, ADHD en sinds 2017 ook voor ASS (Bickenbach, Cieza, Rauch, & Stucki, 2012; Heerkens & van Ravensberg, 2007; ICF Research Branch, n.d.). Ze kwamen tot stand door internationaal onderzoek (Bickenbach, Cieza, Rauch, & Stucki, 2012; Cieza, et al., 2005). Wanneer de officiële procedure van de WHO niet gevolgd is, mag de selectie van categorieën niet de term 'core set' krijgen (Bickenbach, Cieza, Rauch, & Stucki, 2012; Buitenhok & Isarin, 2012). In dit geval kan men het omschrijven als een selectie van categorieën. De selectie van categorieën kan gemaakt worden voor een bepaalde diagnostische categorie of voor een bepaalde setting (WHO, 2013).

De keuze tot welk niveau de ICF wordt gebruikt, hangt voornamelijk af van het doel en in welke mate de informatie gedetailleerd moet weergegeven worden om dit doel te bereiken. Het hangt ook af van het functioneren, de gezondheidstoestand van de persoon en van de context (Buitenhok & Isarin, 2012; WHO, 2013). Indien de persoon een specifiek probleem ondervindt, kan dit een reden zijn om bij dit aspect een hoger niveau voor classificatie te hanteren. De beschikbare informatie moet zo concreet mogelijk geordend worden volgens de classificatie van de ICF (WHO, 2013).

Deze selectie van categorieën geeft weer wat men kan meten of in kaart brengen. Vervolgens dient men de vraag te stellen hoe men dit zal meten (Cieza, et al., 2005; WHO, 2013). Hoe deze elementen gemeten kunnen worden, schrijft de ICF niet voor (Threats, 2008; WHO, 2013). De handleiding van de WHO (2013) schrijft voor dat de professional dit zelf moet bepalen vanuit de eigen professionele expertise. De WHO beklemtoont het gebruik van een breed spectrum aan methoden: gestandaardiseerde testen, observaties door de professional, observaties door personen uit de context

die bevestigd worden door de professional, interviews van de persoon en van personen uit de context, al dan niet gestandaardiseerde vragenlijsten voor de persoon of personen uit de context e.d.

Een volgende vraag peilt naar de setting, de timing en de betrokkenen (WHO, 2013).

Antwoorden op deze vragen, kunnen inzichten verschaffen in de operationalisering van de ICF in de eigen werking. Het is een kader dat op verschillende manieren gebruikt kan worden: als een kader om de informatie met betrekking tot het functioneren te ordenen, om er zeker van te zijn dat alle nodige informatie met betrekking tot het functioneren is weergegeven of als een vorm van een menu om de meest relevante domeinen te selecteren (Australian Institute of Health and Welfare, 2003).

1.5.6 HET VERTALEN VAN DE INFORMATIE NAAR HET ICF-CLASSIFICATIESYSTEEM

Om het functioneren in de praktijk te beschrijven, starten de professionals met het opstellen van een functioneringsprofiel dat gebaseerd is op de ICF. Hiervoor zullen de professionals moeten bepalen hoe ze de verzamelde informatie vertalen naar de bijhorende ICF-categorieën (Reed, et al., 2005).

De gebruiker kan de gegevens op de gebruikelijke manier verzamelen en pas nadien de gegevens ordenen volgens de ICF (Heerkens & van Ravensberg, 2007). De mate waarin de informatie vlot geordend kan worden volgens de ICF-categorieën zal afhankelijk zijn van de gebruikte meetinstrumenten: in welke mate deze overeenkomen met de indeling van de ICF (Heerkens & van Ravensberg, 2007; WHO, 2013). Naast de tests en meetinstrumenten kan er ook gebruik gemaakt worden van andere methoden zoals observaties en interviews (Reed, et al., 2005).

De gebruiker kan er ook voor kiezen om voorafgaand aan het verzamelen van gegevens categorieën te selecteren waarover gegevens zullen verzameld worden. Heerkens & van Ravensberg (2007) bevelen in dit geval een handleiding aan waarbij de items nauwkeurig gedefinieerd worden. Deze handleiding beschrijft ook hoe deze items gemeten zullen worden, aan de hand van welke specifieke meetinstrumenten, observaties of interviews. Heerkens & van Ravensberg (2007) motiveren dat deze laatste methode de meest betrouwbare gegevens zal opleveren. Bij deze methode neemt de professional bewust een ruime blik aan. Uiteraard moet er nog voldoende aandacht zijn voor elementen die niet in de vooraf bepaalde selectie zijn opgenomen.

Maar om de ICF in de praktijk te kunnen gebruiken, om bepaalde metingen op enige consequente wijze met de ICF te linken, is er nood aan richtlijnen. Daarom stelden Cieza et al. (2005) regels op om bestaande instrumenten te linken met de ICF. Zo is het bijvoorbeeld een regel om steeds gebruik te maken van de meest precieze ICF-categorie en geen gebruik te maken van de categorieën waarbij 'niet gedefinieerd' vermeld staat.

2 METHODOLOGIE

Dit verkennend onderzoek naar de implementatie en het gebruik van de ICF in de ambulante revalidatiesector focust op enkele concrete onderzoeksvragen. Dit onderzoek is hoofdzakelijk kwalitatief van aard en bevat een beperkt kwantitatief luik.

2.1 DOELSTELLING

Zoals de WHO aankaart, dienen diverse centra en organisaties hun expertise met betrekking tot het gebruik van de ICF te delen zodat deze expertise productief kan worden ingezet (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007; WHO, 2013). Het ICF-Lab wil hier actief toe bijdragen. Door een zicht te geven op de mate en wijze van het gebruik van de ICF in de ambulante revalidatiesector wil het ICF-Lab professionals van deze en andere sectoren informeren en inspireren. Aangezien de ICF een invloed heeft op heel wat elementen van het hulpverleningsproces, wil het rapport inzage geven op het verloop en de bevindingen met betrekking tot deze verschillende elementen. Op die manier is de informatie van het onderzoeksrapport vertaalbaar naar andere sectoren.

Via dit verkennend onderzoek wil het ICF-Lab ook zicht krijgen op de aanwezige vragen en noden aan expertise en ondersteuning. Het ICF-Lab wil zijn aanbod hieraan aanpassen. Zo wil het ICF-Lab blijvend expertise verzamelen door onderzoek en contacten met diverse professionals en dit doorgeven aan de huidige en toekomstige professionals.

2.2 ONDERZOEKSVRAGEN

Het **kwantitatief luik** brengt in kaart in welke mate de CAR gebruik maken van de ICF of hier intenties toe hebben om dit in de toekomst te doen.

In het **kwalitatieve luik** staan volgende onderzoeksvragen voorop:

- Op welke manier wordt de ICF toegepast in de CAR?
- Welke gevolgen heeft het gebruik van de ICF voor de verschillende onderdelen van het revalidatieproces?
- Hoe wordt het gebruik van de ICF en het implementatieproces ervaren door de medewerkers?
- Op welke manier krijgt het implementatieproces vorm?
- Op welke manier wordt het conceptuele kader van de ICF vertaald naar het handelen?
- Welke invloed heeft het gebruik van de ICF op het denken en het handelen van de medewerkers van de CAR?
- Welke noden aan ondersteuning en expertise worden er ervaren door de sector van de CAR met betrekking tot het gebruik en het implementeren van de ICF?

2.3 AFBAKENING VAN DE ONDERZOEKSGROEP

In het onderzoek zijn er twee onderzoeksgroepen: één voor het kwantitatieve luik en één voor het kwalitatieve luik.

2.3.1 AFBAKENING VAN DE ONDERZOEKSGROEP VOOR HET KWANTITATIEVE LUIK

In het kwantitatieve luik werden alle CAR bevestigd die voldeden aan volgende inclusiecriteria: het hebben van een reguliere ambulante werking en gelegen zijn in het Vlaamse gewest.

Via de Federatie van Centra voor Ambulante Revalidatie werd een lijst opgesteld van alle CAR die verbonden waren aan de Federatie. Het Sig bezorgde gegevens van de personen die deelnamen aan verdiepingsworkshops en supervisie werkgroepen van de ICF. Bij de verschillende centra werden deze personen gecontacteerd. Bij de centra van wie deze gegevens niet voorradig waren, verwees de directie doorgaans door naar de betrokken persoon of nam dit zelf op. Hiernaast werden ook gegevens verzameld van CAR die niet tot de federatie behoorden. Ook deze centra waren deel van de onderzoeksgroep.

Het onderzoek selecteerde initieel in totaal 54 centra, 2 centra daarvan werden niet meegenomen in het onderzoek aangezien ze verschilden van de reguliere werking van de CAR. Hun werking was eerder therapeutisch en psychiatrisch van aard.

2.3.2 AFBAKENING VAN DE ONDERZOEKSGROEP VOOR HET KWALITATIEVE LUIK

De onderzoeksgroep binnen het kwalitatieve luik van het onderzoek bestaat uit de CAR die de ICF op een expliciete wijze implementeren. Naast de inclusiecriteria van het kwantitatieve luik, dienden de centra van deze onderzoeksgroep te voldoen aan volgende voorwaarden:

- de ICF hanteren binnen minstens één onderdeel van het hulpverleningsproces (intake, onderzoeksfase en/of behandelfase);
- gebruik maken van het conceptuele kader van de ICF (de visie en gedachtegang);
- gebruik maken van het classificatiesysteem van de ICF, tenminste van de componenten;
- van mening zijn dat er sprake is van een implementatieproces.

Bij centra die erg startend waren in het gebruik van de ICF, die het kader en/of classificatiesysteem van de ICF beperkt gebruikten, werd de afweging gemaakt of er sprake was van een implementatieproces. Indien bleek dat er in een dergelijke beperkte mate gebruik van gemaakt werd, werd dit benoemd als een verkennend gebruik. Deze centra werden niet verder meegenomen in het onderzoek. De centra gaven hier zelf de voorkeur aan.

Van de 52 centra uit het kwantitatieve luik waren er 26 centra die voldeden aan de voorwaarden voor het kwalitatieve luik, die dus de ICF op expliciete wijze gebruikten. Deze centra werden uitgenodigd voor verdere deelname aan het onderzoek. Om de werking van de 26 centra in kaart te brengen, gingen er 22 gesprekken door. Bij één gesprek namen er twee ICF-coördinatoren deel van twee centra die in grote mate samenwerken. In twee gesprekken gaf de ICF-coördinator een toelichting van de werking van respectievelijk twee en drie centra. Er was een sterke samenwerking op vlak van de ICF tussen deze centra, de ICF-coördinator was namelijk op de hoogte van het gebruik en van het implementatieproces en was van oordeel dat deze erg gelijkend waren.

De centra bepaalde zelf wie er deelnam aan de bevestiging. De voorwaarde was dat de persoon of personen een duidelijk zicht hadden op de implementatie en het gebruik van de ICF in het centrum. In de meeste centra waren dit de ICF-coördinator(en), een bijkomende functie die men gaf aan één of

meerdere personen die verantwoordelijke waren voor de implementatie van de ICF. Bij 17 gesprekken was de geïnterviewde één ICF-coördinator. Bij 5 gesprekken ging het gesprek door met de verschillende personen die verantwoordelijk waren voor het implementatieproces. Bij 5 gesprekken was een student of een nieuwe medewerker aanwezig ter observatie en bij 2 gesprekken was de directie bijkomend aanwezig.

2.4 HET ONDERZOEKSPROCES

2.4.1 VOORONDERZOEK

Een literatuurstudie, met als focus het gebruik van ICF in de gezondheids- en welzijnssector, gebeurde parallel aan een eerste verkenning van de CAR in het werkveld zelf. In twee centra die reeds actief aan de slag waren met ICF vonden observaties (van o.a. aanvangsteams, ondertoekestams en adviesgesprekken) en gesprekken (met medewerkers met diverse functies en disciplines) plaats. In combinatie met de literatuurstudie, vormde deze informatie de basis voor het samenstellen van de topiclijst voor het verdere onderzoek.

2.4.2 KWANTITATIEF LUIK

In een telefonische bevraging van alle CAR werd nagegaan in welke mate er reeds gebruik gemaakt werd van de ICF binnen de werking en wat de toekomstinterventies waren. Deze bevraging vond plaats in augustus tot september 2014, op enkele uitzonderingen na die in december werden gecontacteerd. Op basis van deze bevraging werden de centra onderverdeeld in verschillende categorieën en subcategorieën.

Het kwalitatief luik van het onderzoek, dat verder wordt beschreven, brengt ook enkele kwantitatieve gegevens in kaart.

2.4.3 KWALITATIEF LUIK

Indien de centra expliciet gebruik maakten van de ICF, als ze aan de gestelde criteria voldeden, werden ze uitgenodigd om te participeren in het kwalitatieve luik van het onderzoek. De verschillende CAR bevonden zich in verschillende fasen van de implementatie.

2.4.3.1 SEMI-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS

Omwille van het verkennende kader van het onderzoek werd er gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews. Aan de hand van de literatuurstudie en het vooronderzoek werd een topiclijst opgesteld die de rode draad vormde bij de bevraging van de ICF-coördinatoren. Aan de hand van het vooronderzoek was het duidelijk dat het gebruik van de ICF met heel wat factoren verbonden was, deze verschillende factoren werden in de topiclijst opgenomen.

Na enige kadering van het gesprek binnen het onderzoek werd er de nodige vrijheid aan de geïnterviewde personen gegeven om zelf zaken aan te halen die als belangrijk bevonden werden. Aan de hand van de topiclijst werd er concreet doorgevraagd op diverse aspecten zodat vergelijkbare informatie in kaart gebracht werd.

Aan de centra die expliciet gebruik maakten van ICF werd gevraagd om de instrumenten die ontwikkeld waren aan de hand van de ICF te bezorgen. Deze instrumenten werden verzameld en werden binnen het onderzoek verder geanalyseerd. Aan de hand van deze instrumenten werd er in kaart gebracht op welke manier de ICF geoperationaliseerd wordt, op welke manier men hierbij gebruik maakt van de ICF. Zowel bij de gesprekken als bij de instrumenten werd de anonimiteit gedurende dit onderzoek

verzekerd. Aangezien de instrumenten nog in ontwikkeling waren, werd dit als belangrijk bevonden. Enkele centra kozen ervoor om bepaalde instrumenten niet te bezorgen aangezien deze nog te veel in ontwikkeling waren.

Tijdens het gesprek werden er nota's genomen en werd het gesprek digitaal opgenomen. Aan de hand van de opname werden de nota's vervolledigd. Deze nota's werden aan de respondenten bezorgd ter goedkeuring. De respondenten hadden de mogelijkheid om verder aanvullingen/aanpassingen te doen, waar sommigen ook gebruik van maakten. Op die manier werd de betrouwbaarheid verhoogd.

2.4.3.2 OBSERVATIE VAN DE SUPERVISIEWERKGROEP ICF

Bij dit verkennend onderzoek werd ook de supervisiewerkgroep ICF van het Sig ter observatie bijgewoond. In de supervisiewerkgroep komen diverse personen, hoofdzakelijk uit de CAR en ook uit revalidatiecentra van ziekenhuizen en het onderwijs, samen om ervaringen rond de implementatie en het gebruik van de ICF uit te wisselen, om in te gaan op inhoudelijke vragen van de deelnemers over de ICF en om in kaart te brengen hoe de ICF geoperationaliseerd en geïmplementeerd kan worden. Aangezien dit onderzoeksrapport een weergave is van de CAR die op een expliciete wijze gebruik maken van de ICF, werd de keuze gemaakt om de gegevens uit de supervisiewerkgroep ICF niet mee te nemen bij de resultaten. De observatie vormde een bevestiging van de reeds verzamelde gegevens en vormde een meerwaarde bij het kaderen van de onderzoeksresultaten.

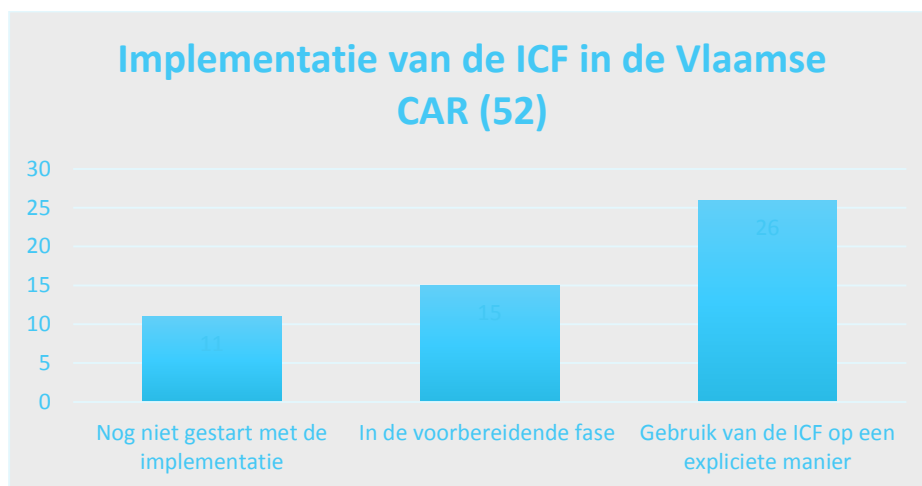
3 HET GEBRUIK EN DE IMPLEMENTATIE VAN DE ICF IN DE AMBULANTE REVALIDATIECENTRA

Dit deel beschrijft eerst bondig de kwantitatieve resultaten (een foto van de implementatie) en beschrijft vervolgens uitvoerig de resultaten van het kwalitatieve luik. Om bepaalde resultaten te kaderen, worden er ook linken met de literatuur gelegd. Aangezien de ICF een middel is om het biopsychosociale denken te vertalen naar het handelen, brengt dit onderzoek ook bepaalde elementen van de werking in kaart die de biopsychosociale visie weergeven, zoals hoe de centra bepalen welke onderzoeken ze doen en hoe de cliënt en de context betrokken worden doorheen het hulpverleningsproces.

3.1 EEN FOTO VAN DE IMPLEMENTATIE VAN DE ICF IN DE CAR

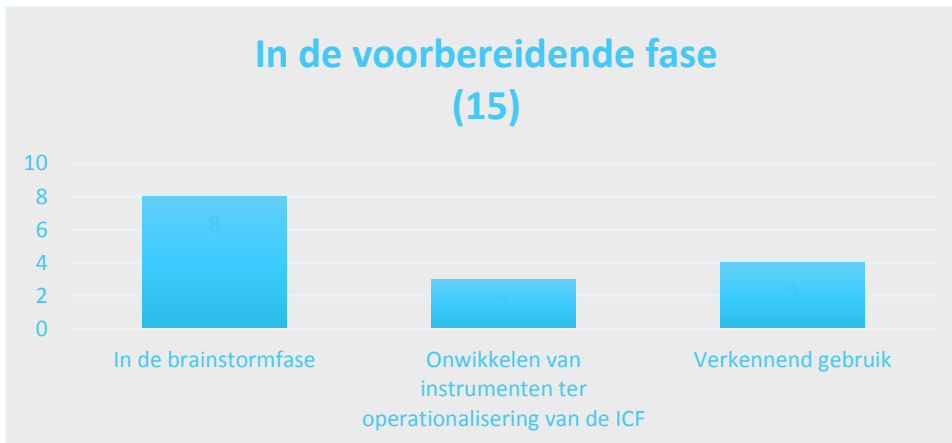
De telefonische bevraging bracht in kaart in welke mate de ambulante revalidatiecentra de ICF reeds implementeerden. De kwantitatieve resultaten hiervan staan in de volgende grafieken.

De 52 centra kunnen onderverdeeld worden in volgende 3 groepen:



De 3 groepen kunnen nogmaals onderverdeeld worden in volgende subgroepen:





3.2 AANLEIDING VOOR HET IMPLEMENTEREN VAN DE ICF

De CAR beseffen dat ze mee moeten met de maatschappelijke veranderingen en de aanbevelingen vanuit de conventie van het Riziv in verband met het gebruik van de ICF. Voor vele centra vormden deze aanbevelingen de aanleiding om de ICF te implementeren in hun werking. Het initiatief hiertoe wordt zowel door de directie als door medewerkers genomen. Doordat meer en meer centra de ICF implementeren, inspireren de medewerkers van de verschillende centra, ook elkaar om de ICF te implementeren. Ook de versmeltingen van de NOK en PSY, waardoor er nood was aan een gemeenschappelijk kader en taal, was een aanleiding.

3.3 VOORWAARDEN BIJ DE IMPLEMENTATIE

Om met een implementatieproces van de ICF te kunnen starten, haalde het theoretisch kader eerder een aantal voorwaarden aan. Die voorwaarden zijn essentieel om te kunnen starten met het implementatieproces en om de implementatie op een goede manier te kunnen laten verlopen. Er werd gewezen op de nood aan voldoende tijdsinvestering en voldoende financiële middelen. Deze tijd en financiële middelen zijn belangrijk om een volgende voorwaarde te behalen, nl. de vorming (zowel intern als extern) voor de medewerkers. Naast de kennis van de ICF is ook de aanwezigheid van de biopsychosociale visie onder de medewerkers een essentiële voorwaarde. De medewerkers moeten de meerwaarde inzien van het hanteren van de ICF en openstaan voor verandering. Dit kan mede door vorming bereikt worden. Er werd herhaaldelijk gesteld dat als er geen intrinsieke motivatie tot

verandering aanwezig is, dat het onhaalbaar is om het implementatieproces goed te laten verlopen. De biopsychosociale visie en de kennis van de ICF vormen een essentieel draagvlak voor het implementatieproces.

Voor de realisatie van bovenstaande voorwaarden speelt de directie een belangrijke rol: het is belangrijk dat de directie de biopsychosociale visie hanteert, mee is in het denken en bereid is om tijd en middelen te investeren in de implementatie van de ICF. Ook een groep trekkers, medewerkers die intrinsiek gemotiveerd zijn om de ICF te hanteren en die het proces kunnen vormgeven, de visie en kennis kunnen overbrengen en andere medewerkers kunnen begeleiden is onmisbaar. Er werd ook gewezen op het belang van een ICF-coördinator om het proces te coördineren en de medewerkers te begeleiden.

3.4 VERLOOP VAN HET IMPLEMENTATIEPROCES

Het verloop van het implementatieproces, de algemene stappen die hierbij worden afgelegd, is vrij gelijklopend in de centra. Bij de specifieke invulling zijn er duidelijke verschillen. De centra beginnen met een brainstormfase waarbij ze uitwerken wat de ICF nu juist is, welke meerwaarde het kan betekenen voor hun werking en op welke manier het kan toegepast worden in deze werking. Bij heel wat centra is de ICF in deze fase een vast onderwerp op de teamvergadering. Deze fase gaat steeds gepaard met vormingen, die deels voor en tijdens de brainstormfase plaatsvinden. Vervolgens start de voorbereidende fase waarin vrijwel alle centra starten met het aanstellen van één of meerdere ICF-coördinatoren. Eén of meerdere medewerkers krijgen de concrete taak om het voortouw te nemen bij het implementatieproces. Er wordt een multidisciplinaire werkgroep samengesteld, die veelal samenwerkt met de reeds bestaande monodisciplinaire werkgroepen, om op die manier alle medewerkers actief te betrekken. Elk centra gaat vervolgens aan de slag om de ICF te operationaliseren door onder meer een selectie te maken van categorieën en door het ontwikkelen van instrumenten². Het voorbereidende proces duurt doorgaans een half jaar tot een jaar. Dit kon moeilijk worden aangegeven aangezien het vaak niet duidelijk is wanneer de brainstormfase start. Enkele centra gaven aan dat ze bewust kozen om te starten met het expliciet gebruik van de ICF in of net na een rustige periode, zodat er meer tijd is voor het implementatieproces op zich. Herhaaldelijk zeiden respondenten dat de overgang van de brainstormfase naar de effectieve start niet evident was. Om die reden vindt men een duidelijke trekkersrol belangrijk.

“Als ik toen niet had afgeklopt, dat waren we nog altijd in de studiefase.”

3.4.1 VORMINGEN MET BETREKKING TOT HET BIOPSYCHOSOCIAAL DENKKADER EN DE ICF

Bij alle bevroegde centra volgde op één centrum na minimum één medewerker een externe vorming over de ICF. In de meeste centra gingen er ook interne studiedagen door. Bij vijf centra ging er geen interne vorming voor het team door. De reden hiervoor is een gebrek aan tijd of financiële middelen om dit te organiseren. Enkele centra bekijken de mogelijkheden om dit binnenkort te organiseren. De overige centra organiseerden reeds interne vormingen voor alle medewerkers. Bij de helft ervan gaven interne personen (veelal de ICF-coördinator) de vorming. Bij de andere helft was er een externe

² Instrumenten zijn formulieren die het mogelijk maken om de ICF te vertalen naar de eigen werking, zoals bijvoorbeeld sjablonen voor verslaggeving of vragenlijsten voor de aanmelding of intake.

lesgever. Bij de vormingen die extern gevolgd werden, werd de inhoud doorgaans stapsgewijs overgebracht naar het team.

Over de voorkeur voor een extern of intern persoon lopen de meningen uiteen. Sommige respondenten voelden zich voldoende bekwaam om de kennis over te dragen aan het team. Anderzijds stelden respondenten ook dat een extern persoon vanuit de kennis en expertise beter de informatie kan overbrengen en meer kan doorspreken doordat die een andere positie heeft tegenover de medewerkers. Regelmatig klonk het dat de medewerkers het makkelijker aannemen wanneer een extern persoon de informatie geeft. Het delen van informatie over hoe andere centra de ICF gebruiken wordt ook als belangrijk bevonden bij vormingen.

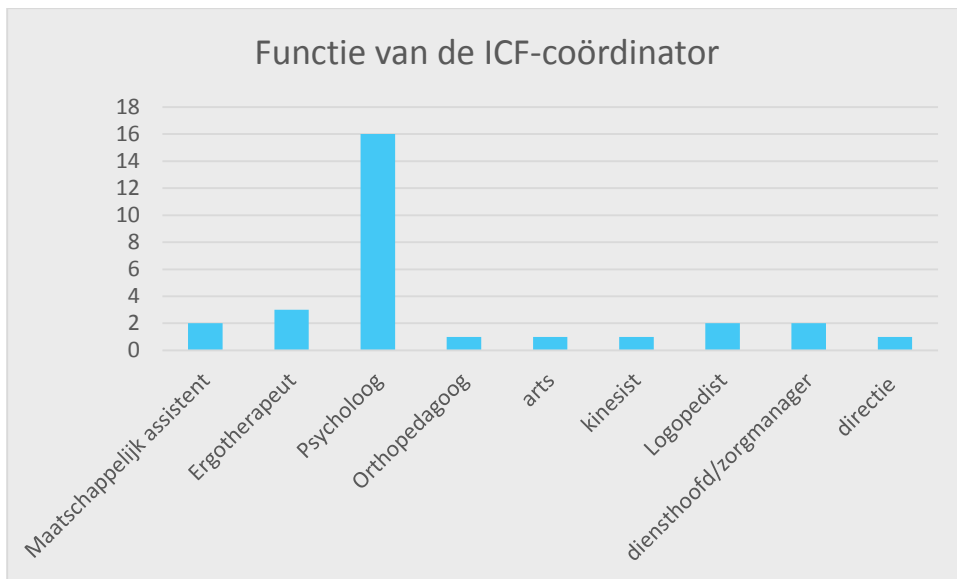
“Ik kan me wel voorstellen hoe een team volgens de ICF verloopt, maar moest er iemand van buitenaf komen uitleggen hoe dit in een ander centrum verloopt, zou ik er minder op aangekeken worden.”

Uit de gesprekken leidt het onderzoek enkele aandachtspunten af voor de vormingen. De visie en de meerwaarde van het werken met de ICF dient sterk benadrukt te worden. Zolang de intrinsieke motivatie nog niet aanwezig is bij de medewerkers, mag er niet al te veel ingegaan worden op de inhoudelijke aspecten hoe er kan gewerkt worden met de ICF. Er werd meermaals op de valkuil gewezen van het overdonderende gevoel dat medewerkers kunnen krijgen wanneer hen al te veel specifieke informatie wordt gegeven. Enkele centra ondervonden dit na een eerste vorming, waardoor de visie verloren ging en er een verkeerd beeld over de ICF onder de medewerkers ontstond. Dit had een negatieve impact op de intrinsieke motivatie van de medewerkers, wat heel wat weerstand als gevolg had. Ideeën als de codes, de vele categorieën en de complexiteit van de ICF-browser bleven bij de medewerkers hangen. Meermaals benadrukte men dat de informatie tijdens de eerste vorming de medewerkers moet aanspreken. Ook over de meerwaarde van een concrete casus, die de meerwaarde van de ICF aantoont, is men het eens.

3.4.2 ICF-COÖRDINATOREN

Bij meer dan de helft van de centra zijn de ICF-coördinatoren personen die reeds een coördinerende functie vervullen zoals deze van teamcoördinator. Hiernaast zijn het mensen die aangeven sterk achter de ICF-gedachte te staan. Ook het beschikken over de nodige kwaliteiten om dit proces te leiden en ervaring en kennis van het werken met de ICF zijn elementen die werden aangehaald als bepalend bij de keuze van de ICF-coördinator.

De volgende grafiek geeft weer in welke mate de functie van ICF-coördinator wordt ingenomen door de verschillende disciplines. In meer dan de helft van de centra is de ICF-coördinator psycholoog.



In de meeste centra is er één persoon die de functie van ICF-coördinator krijgt, die in meer of mindere mate ondersteuning krijgt van een kern- of werkgroep. Wat de functie van ICF-coördinator concreet inhoudt, is sterk verschillend van centrum tot centrum. In bepaalde centra doet de ICF-coördinator heel wat voorbereidend werk en wordt dit in tweede instantie teruggekoppeld naar de werkgroep. In andere centra gebeurt het voorbereidende werk met betrekking tot de ICF door de werkgroep waarbij de ICF-coördinator in meerdere of mindere mate een coördinerende functie op zich neemt.

De tijd die voorzien wordt voor deze bijkomende functie als ICF-coördinator verschilt. In bepaalde centra zijn er structureel uren voorzien om deze functie in te vullen, in andere centra geven de ICF-coördinatoren aan dat ze omwille van de flexibiliteit van hun functie occasioneel enkele uren kunnen voorzien om deze functie te vervullen of dat ze deze functie op zich nemen tijdens uren waarin voordien administratief werk werd gedaan. In heel wat centra verschilt de tijd die voorzien wordt sterk van periode tot periode. In rustige periodes zoals in de vakanties, en in de voorbereidende periode tot de effectieve start van de implementatie, is er meer tijd om actief rond de ICF te werken.

Bepaalde centra ondervinden dat de functie van ICF-coördinator niet steeds een comfortabele functie is. Vooral het begeleiden van de medewerkers bij het maken van de cognitieve shift, het opvolgen van het denken en handelen van de medewerkers tot deze visie, vinden de ICF-coördinatoren niet evident. Ze benoemen het als een functie waar men bewust met de eigen houding bezig dient te zijn. Het is een valkuil om over te komen als een persoon die het beter weet. Ze hebben aandacht om de band met de collega's te onderhouden, om gepast om te gaan met weerstand en de onzekerheden. Regelmatig haalden medewerkers aan dat de ICF-coördinator te weinig ondersteuning ondervindt.

3.4.3 WERKGROEPEN ROND DE IMPLEMENTATIE VAN DE ICF

Op twee centra na is er in alle centra een multidisciplinaire werkgroep rond de ICF. In de meeste centra zijn de disciplines psycho, logo, ergo en kine hierin vertegenwoordigd. In sommige centra maken ook de maatschappelijk assistent, de directie en/of het diensthoofd deel uit van de multidisciplinaire werkgroep. In de meeste centra is het de disciplineverantwoordelijke die deelneemt aan de multidisciplinaire werkgroep, in andere centra laat men de keuze over aan de medewerkers. Doorgaans zijn dit voorstanders van de ICF. De tijd voorzien voor overleg schommelt sterk per centrum en periode. Regelmatig kwam aan bod dat de werkgroep in de vakantie meer tijd heeft om actief rond de

implementatie van de ICF te werken. Het blijkt niet altijd evident om hier structureel tijd voor te voorzien. Gemiddeld voorziet men één uur per week om rond de ICF te werken. Verschillende respondenten vermeldden dat dit tijd was die voordien aan administratief werk opging. Het werk dat men doet, is sterk afhankelijk van de fase van het implementatieproces waarin men zich bevindt, het varieert van het ontwikkelen, evalueren en herwerken van instrumenten tot het begeleiden van medewerkers.

Ook de reeds bestaande monodisciplinaire werkgroepen werken geregeld rond het thema van de ICF. Doorgaans worden de gegevens die besproken worden in de multidisciplinaire werkgroep, teruggekoppeld door de verschillende personen naar de eigen discipline. Vervolgens bespreekt het monodisciplinaire team de materie en koppelt terug naar de multidisciplinaire werkgroep. Zo worden alle medewerkers stelselmatig actief bij het proces betrokken.

Eén klein centrum heeft een wisselende werkgroep met geïnteresseerden. Vaak nemen alle medewerkers deel aan de werkgroep. Enkele centra die samenwerkingsverbanden hadden met andere centra, hebben een externe werkgroep die nadenkt over het gebruik van de ICF.

3.5 OPERATIONALISEREN VAN DE ICF

De ICF is geen instrument dat rechtevrees kan ingezet worden in de werking. Het is noodzakelijk om de ICF te operationaliseren zodat het aansluit bij de eigen doelstellingen en de werking. Een eerste stap in het operationaliseren van de ICF is doorgaans een selectie maken van de categorieën die aansluiten bij de werking. Aan de hand van deze selectie van categorieën ontwikkelen de centra vervolgens instrumenten die gebaseerd zijn op de ICF. Deze instrumenten bieden een ondersteuning om gebruik te maken van het conceptueel kader en het classificatiesysteem van de ICF.

3.5.1 SELECTEREN VAN CATEGORIEËN

Doorgaans start men met een selectie van categorieën die men wil opnemen in het ICF-schema, het verslag, het intakeformulier e.d. De wijze waarop men deze selectie maakt, varieert per centrum. Heel wat centra starten met het verkennen van het volledige classificatiesysteem en denken vervolgens na over de relevantie van de domeinen en categorieën voor hun werking. Andere centra kiezen voor de omgekeerde weg: ze bekijken aan de hand van verslagen welke elementen ze reeds in kaart brengen en linken deze met het classificatiesysteem. Er waren ook centra die zich baseerden op een selectie van domeinen en categorieën die ze tijdens workshops van de ICF kregen. Enkele centra plaatsten in eerste instantie alle categorieën (de classificatie op het 2de niveau) in een lijst. Na een tijd maakten ze hiervan een selectie. In sommige centra start men met monodisciplinaire selecties die later in één multidisciplinaire selectie samengebracht worden.

De mate waarin er categorieën geselecteerd worden, tot op welk niveau de categorieën geselecteerd worden, verschilt. Enkele centra maken in de beginfase enkel gebruik van de componenten van de ICF en geven deze een eigen invulling. Andere centra maken gebruik van een selectie van de classificatie op het 1^{ste} niveau (de hoofdstukken). De meeste centra kiezen ervoor om een selectie te maken van de classificatie op het 2^{de} niveau (de categorieën). Bij de selecties maken de centra geen gebruik van de gedetailleerde classificatie (de subcategorieën). De subcategorieën worden echter wel regelmatig vermeld in de handleiding, bij de omschrijving van de categorie, als voorbeelden van elementen die kunnen beschreven worden. Hiernaast is er vaak ook een verschil tussen de intakeformulieren, het schema en het verslag. In het verslag worden doorgaans meer categorieën opgenomen dan in het schema, dit omwille van de overzichtelijkheid.

Er zijn uiteenlopende meningen over het aantal categorieën dat men dient te selecteren. Voorstanders van een ruime selectie beargumenteerden dat het beter is om bepaalde categorieën niet te gebruiken wanneer deze bij een cliënt niet relevant zijn, dan bepaalde informatie niet te kunnen plaatsen in het verslag omdat de categorie niet in de selectie staat. Tegenstanders argumenteerden dat het omwille van de overzichtelijkheid beter is om enkel categorieën te selecteren die (bijna) altijd gebruikt worden. Bijkomende zaken die niet in de selectie staan, kan men opzoeken in het classificatiesysteem. Enkele centra ondervonden dat de selectie van categorieën uitgebreid moest worden omdat men veel gegevens er niet in kwijt kon. Andere centra besloten om na verloop van tijd het aantal categorieën te beperken omdat het een te grote zoektocht was om de informatie juist te plaatsen of omdat de informatie hierdoor te geanalyseerd werd weergegeven.

De centra denken ook na over het belang en de meerwaarde van verschillende selecties voor de verschillende diagnostische categorieën en leeftijdscategorieën. De meeste centra zijn het erover eens dat er voor verschillende diagnoses (ADHD, stotteren, complexe leerproblemen en ASS) geen nood is aan verschillende selecties van categorieën. Bij de diagnose NAH is men het er algemeen over eens dat hierbij wel nood is aan een verschillende selectie van categorieën aangezien het functioneringsprofiel van deze personen sterk verschilt. De meeste centra die de doelgroep personen met NAH begeleiden, hanteren dan ook een verschillende selectie voor personen met NAH. Ook zijn sommige centra van mening dat het een meerwaarde vormt om verschillende selecties te maken afhankelijk van de leeftijdscategorie. Enkele centra experimenteerden hier voordien mee, sommige centra besloten uiteindelijk om het toch voorlopig bij één selectie te houden. Andere centra willen in de toekomst verschillende selecties uitwerken. In slechts twee centra maakte men consequent gebruik van verschillende selecties voor verschillende leeftijdscategorieën. Bij enkele centra zijn er interne afspraken om in zekere mate aandacht te hebben voor bepaalde categorieën bij specifieke diagnoses of leeftijdscategorieën.

3.5.2 ONTWIKKELEN VAN INSTRUMENTEN

Om de ICF te operationaliseren in de verschillende fasen van het onderzoeksproces ontwikkelen de centra specifieke instrumenten zoals een concretisering van het ICF-schema, de structuur van het verslag volgens het classificatiesysteem van de ICF en intakeformulieren en vragenlijsten die gebaseerd zijn op het classificatiesysteem van de ICF. Ook een evolutierapport waarbij de doelstellingen en de interventies geordend worden volgens de classificatie en een document waarbij de evolutie binnen de behandelfase weergegeven wordt, zijn documenten die de centra ontwikkelen.

3.6 BETREKKEN VAN DE MEDEWERKERS

Medewerkers worden op verschillende manieren betrokken doorheen het implementatieproces, zo gebeuren er tussentijdse gesprekken met medewerkers en worden er werkgroepen samengesteld. Medewerkers worden aangemoedigd om kritisch te zijn en vragen te stellen. De werkgroep en de staf ondersteunen de medewerkers gericht door deze vragen te beantwoorden. In bepaalde centra worden de vragen met antwoorden op een forum geplaatst zodat ze algemeen toegankelijk zijn. De ICF wordt ook regelmatig op de algemene teamvergadering gebracht. De medewerkers worden stapsgewijs betrokken en formuleren mee voorstellen tot verandering. Enkele teams organiseerden ook workshops en oefensessies op vlak van vergaderen. Op die manier leren medewerkers om casussen waarmee ze vertrouwd zijn, te ordenen volgens het classificatiesysteem van de ICF en leren ze hoe een vergadering kan gestructureerd worden volgens het classificatiesysteem van de ICF.

3.7 ROL VAN DE DIRECTIE

De directie volgt het proces mee op en evalueert dit. De mate waarin de directie betrokken is in het proces verschilt sterk. ICF-coördinatoren geven regelmatig aan dat dat ze graag meer ondersteuning van de directie zouden krijgen. Enkele respondenten haalden aan dat de directie de taak van de implementatie doorgeeft aan de coördinator en weinig inhoudelijk betrokken is. Het wordt als positief ervaren als de directie inhoudelijk betrokken is bij het proces.

“Er is een moment geweest dat het beleid hier te weinig mee bezig was, sinds enkele maanden is dit verbeterd. Nu wordt dit meer aangemoedigd. Voelen dat de directie hierin meegaat, is erg belangrijk voor de werking.”

3.8 PLAATS VAN DE ICF DOORHEEN HET AMBULANTE REVALIDATIEPROCES

Doorheen de geschiedenis heeft elk centrum een eigen werking opgebouwd, met eigen unieke accenten. Door de verschillende vormen waarop het revalidatieproces is opgebouwd, wordt de ICF op verschillende wijzen gebruikt. Doorgaans bestaat het revalidatieproces uit de aanmelding, de intake en de onderzoeksperiode waarin de onderzoeken bepaald, uitgevoerd en geanalyseerd worden. Vervolgens worden de onderzoeksresultaten besproken in het onderzoeksoverleg, waarna er een adviesgesprek plaatsvindt om de ouders te informeren, gevolgd door de behandelfase, waarin het kind via individuele en/of groepstherapie begeleid wordt door verschillende disciplines. Gedurende deze periode zijn er besprekingen tussen de verschillende disciplines om de aanpak en het functioneren te evalueren en bij te sturen. Het proces eindigt met een evaluatie met eventuele richtlijnen voor verdere ondersteuning.

Dit onderzoek stelt de standaard onderzoeksprocedure voorop. Het onderzoek gaat niet gedetailleerd in op de verschillen in het revalidatieproces, zoals de plaats van de wachtperiode die voor of na het intakegesprek ligt, of er al dan niet sprake is van vaste onderzoeksteams e.d. Dit werd wel bevraagd aangezien het een invloed heeft op het gebruik van de ICF. Het valt echter niet binnen de opzet van dit onderzoek om naar verbanden te zoeken. Het onderzoek brengt het gebruik van de ICF in de verschillende fasen van het revalidatieproces in kaart.

3.8.1 AANMELDING

Bij de aanmelding brengen de meeste centra aan de hand van het classificatiesysteem van de ICF in kaart welke elementen er bevraagd worden. Het formulier dat hierbij gehanteerd wordt, is het aanmeldingsformulier. Het classificatiesysteem wordt als een soort inspiratiegids gezien van elementen die kunnen bevraagd worden. Als evaluatie van het vroegere aanmeldingsformulier bekijkt men welke aspecten meer of anders bevraagd kunnen worden. Zo constateerden enkele centra dat ze te weinig vragen stelden over o.a. de componenten activiteiten en participatie. Door hun vragen naast het classificatiesysteem van de ICF te plaatsen, worden deze elementen meer bevraagd. De meeste centra passen ook de vragenlijsten aan die ze aan de ouders meegeven. Andere centra waren van mening dat de elementen reeds vanuit een voldoende ruime blik bevraagd werden. Enkele centra zullen in de toekomst, wanneer ze meer kennis hebben van het classificatiesysteem, hier nog aanpassingen in doen.

3.8.2 INTAKE

Net zoals bij de aanmelding brengen de meeste centra in kaart wat ze meer of anders kunnen bevragen. Bij enkele centra in de opstartfase is het afhankelijk van de medewerker die de intake doet welke elementen bevraagd worden. De meeste centra ordenen de gegevens van de intake volgens het

classificatiesysteem van de ICF, minimaal volgens de componenten van de ICF. Enkele centra kiezen ervoor om gebruik te maken van de eigen vertrouwde indeling.

Enkele centra maken bij de intake nota's op papier en ordenen deze achteraf volgens het classificatiesysteem. Respondenten merkten op dat het niet evident is om in de beginfase de gegevens meteen te ordenen. Daarom kiezen de medewerkers voor een tussenstap, het nemen nota's zonder deze reeds te ordenen onder de componenten. Sommige centra kiezen er bewust voor om geen computer te gebruiken bij het gesprek met de ouders. Een centrum dat reeds experimenteerde met het digitaal uitschrijven van de gegevens reedsreeks in het classificatiesysteem van de ICF is hier positief over. Na de intake wordt het resultaat van het digitaal ingevulde ICF-schema aan de ouders getoond. Twee centra vullen samen met de ouders het ICF-schema in, waarbij ze zoveel mogelijk gebruik maken van de bewoording van de ouders.

3.8.3 BEPALEN VAN DE ONDERZOEKEN

De manier om te bepalen welke onderzoeken zullen uitgevoerd worden, is sterk verschillend. In iets meer dan de helft van de centra bepalen de medewerkers dit individueel, bij de overige centra gebeurt dit in overleg, meestal via een multidisciplinair teamoverleg. In één centrum gebeurt dit in overleg met de coördinatoren, in andere centra gebeurt dit in overleg met de ouders. Door tijdsgebrek is een overleg voor enkele centra niet haalbaar. Sommigen voeren voorafgaand aan het bepalen van de onderzoeken reeds enkele standaardtesten, -observaties en/of gesprekken uit.

In de meeste centra doen alle disciplines gedurende een gelijke duur onderzoeken bij elke cliënt. Dit werd verantwoord door de strikte structuur in uurroosters van de medewerkers die de onderzoeken doen. Men motiveerde ook dat dit van belang is om het functioneren van de cliënt holistisch in kaart te brengen. Een vijftal centra gaf aan dat niet alle disciplines standaard onderzocht worden. Welke factoren bepalend zijn voor het bepalen van de onderzoeken, is ook verschillend. In bepaalde centra is de hulpvraag hierbij bepalend, in andere centra is er geen verschil op basis van de hulpvraag. Naast de standaardonderzoeken doet men op basis van de hulpvraag bijkomende onderzoeken of hanteert men vragenlijsten. De factoren leeftijd van het kind en de reeds gekende informatie zijn de factoren waar het meest rekening mee gehouden wordt. Bij jonge kinderen kiest men vaker voor algemene onderzoeken aangezien er nog minder zicht is op de mogelijkheden van het kind.

Twee vijfden van de centra maakt gebruik van de testbatterij die verschilt naargelang de leeftijd. Bepaalde informatie kan lichte wijzigingen teweegbrengen. Er werd enkele malen aangegeven dat er soms onnodige testen gedaan worden. Één van de redenen om meer testen te doen dan nodig is, is om voldoende gegevens te hebben voor de aanvraag bij het Riziv.

In deze fase gebruikt men het classificatiesysteem van de ICF als een bron van inspiratie voor de verschillende elementen die onderzocht kunnen worden. De vooraf bepaalde selectie van ICF-categorieën heeft een invloed op de elementen die men wil onderzoeken. Zoals werd beschreven bij 'ontwikkelen van instrumenten' geeft een handleiding instructies welke onderzoeken dienen te gebeuren om deze in kaart te brengen. Er werd enkele malen aangegeven dat er voornamelijk op het niveau van functies testen worden gedaan.

3.8.4 ONDERZOEKSOVERLEG

De centra maken vooraf afspraken over de voorbereiding van het onderzoeksoverleg. De meeste centra die gebruik maken van het classificatiesysteem van de ICF gedurende het overleg, vullen hun

onderzoeksresultaten vooraf in, in een gemeenschappelijk ICF-schema. Meestal gebruikt elke discipline een eigen kleur. Door dit in één schema onder te brengen, komt men reeds vóór het overleg tot een gemeenschappelijk schema. Men motiveerde dat de medewerkers hierdoor de gegevens van de andere disciplines sneller zouden lezen en zo een vollediger beeld hebben voor aanvang van het overleg. In enkele centra vullen de disciplines vooraf individueel een schema in dat ze meebrengen naar het overleg. Tijdens het overleg brengt men dit samen. Op die manier komen de medewerkers tot een vollediger beeld, werd er gemotiveerd. Ze dachten individueel meer na over bepaalde categorieën. Meermaals beklemtoonde men dat het belangrijk is dat de medewerkers het multidisciplinaire verslag of het ICF-schema vooraf lezen. Op die manier hebben de medewerkers reeds zicht op het volledige plaatje en kunnen de onderzoeksresultaten vlotter besproken worden. Er gaat meer aandacht uit naar het formuleren van hypothesen, het op zoek gaan naar verklaringen voor de resultaten. De resultaten op zich werden hierdoor meer kritisch bekeken.

Ook de manier waarop de testresultaten besproken worden, is verschillend. Bij iets minder dan de helft van de centra lichten de verschillende disciplines hun testresultaten om de beurt toe. De mate waarin de disciplines bij deze toelichting samenwerken, door op elkaars toelichting in te gaan en elkaars resultaten aan te vullen, verschilt per centrum. Ook de mate waarin er bij de weergave van de onderzoeksresultaten details vermeld worden, is verschillend. Ruim de helft van de centra bespreekt de testresultaten aan de hand van de componenten van de ICF. De verschillende disciplines vullen elkaar aan. Regelmatig haalde men aan dat dit aspect vooral in de beginfase niet evident is en er een sterke sturing noodzakelijk is om het teamoverleg volgens deze structuur te laten verlopen. Organisaties maken interne afspraken over het verloop van het overleg. Zo wordt er een volgorde bepaald van de elementen die aan bod komen. Enkele centra halen de volgende volgorde aan: benoemen van de hulpvraag, beïnvloedende factoren (persoonlijke en externe factoren), activiteiten, participatie en functies en anatomische eigenschappen. Zij vinden deze volgorde positief omdat dit ondersteuning biedt om op een biopsychosociale manier te denken, om niet al te medisch te denken waarbij er gestart wordt met het lichamelijk functioneren. Wel bleek dat niet iedereen deze volgorde evident vindt. In sommige centra vinden medewerkers het belangrijk om te starten met het bespreken van de testresultaten. Bij die bespreking ligt de focus op de component functies, wat een houvast biedt. Om die reden starten sommige centra met het bespreken van de component functies. Op termijn wil men echter overgaan naar het starten bij de beïnvloedende factoren. Ook binnen de componenten wordt er in meer of mindere mate een bepaalde volgorde aangehouden. Andere centra structureren hun overleg niet volgens de componenten, maar aan de hand van enkele elementen, zoals bijvoorbeeld communicatie, die aan bod komen. Daarnaast worden er ook afspraken gemaakt over welke discipline bij een bepaald onderwerp start met de toelichting van onderzoeksresultaten. Regelmatig bleek dat door het gebruik van de ICF de onderzoeksresultaten minder gedetailleerd besproken worden en er meer aandacht naar de observaties gaat, naar de activiteiten en participatie.

De inschrijfbaarheid wordt veelal op het einde besproken, wanneer er een duidelijk zicht is op het functioneren van de persoon. Hierover zei men dat de inschrijfbaarheid in het begin van het overleg besproken wordt. Op die manier kon het gesprek anders verlopen wanneer er beslist werd dat het kind niet inschrijfbaar was. Er worden ook afspraken gemaakt over de tijd die besteed kan worden aan het bespreken van de onderzoeksresultaten. Gemiddeld is dit 10 tot 15 minuten. In de overige tijd geeft men vorm aan het therapieplan.

Sommige centra geven tijdens het overleg vorm aan het verslag en het schema. Andere centra projecteren het schema en/of het verslag tijdens het overleg. Na het overleg plaatst men het verslag in één kleur³. De meeste centra plaatsen na het overleg ook het ICF-schema in één kleur.

De voorziene tijd voor een overleg varieert van 10 minuten tot meer dan een uur. Gemiddeld is dit 30 minuten. Ook bij het opstellen van de doelstellingen zijn er opmerkelijke verschillen. Eén derde van de centra gaf aan dat er discipline-overschrijdende doelstellingen opgesteld worden. Twee derden van de centra formuleren monodisciplinaire doelstellingen. De mate waarin de doelstellingen tijdens het overleg concreet bepaald worden, is verschillend. Er werd regelmatig aangehaald dat er onvoldoende tijd is om de doelstellingen te bespreken, dat er veelal enkel bekeken wordt welke disciplines een inbreng kunnen hebben. In sommige centra worden de doelstellingen vooraf geformuleerd door de disciplines en worden ze tijdens het overleg overlopen, bij andere centra worden deze samen met het team samengesteld. Nog andere centra kiezen ervoor om de doelstellingen op dit overleg ruim te formuleren en deze tijdens een volgend overleg of individueel na enkele weken in de behandelfase, te concretiseren.

3.8.5 ADVIESGESPREK

Tijdens het adviesgesprek maken enkele centra gebruik van het ICF-schema als leidraad. De ICF wordt niet steeds expliciet benoemd. Hier wordt verder op ingegaan in het onderdeel 'expliciet gebruik van de ICF naar de cliënten en/of ouders toe'. Enkele centra structureren het adviesgesprek volgens het ICF-schema. Een centrum geeft het ingevulde schema meteen na het adviesgesprek met de ouders mee.

Door het gebruik van de ICF staan activiteiten en participatie meer centraal in het adviesgesprek, het is in mindere mate functiegericht. Het coachende aspect, het aspect van empowerment, waarbij men ouders de kracht wil geven om hun kind te ondersteunen, werd regelmatig benoemd als een aspect waar men zich meer bewust van was. Enkele malen haalde men aan dat het belangrijk is om goed af te wegen wat er aan bod komt in een adviesgesprek. Men stelde dat de ouders niet overspoeld mogen worden door alle informatie, aangezien dit een negatief effect heeft op empowerment. Door het gebruik van de ICF, door het in kaart brengen van de bevorderende en de belemmerende factoren, waren medewerkers ook meer bewust dat bepaalde relevante informatie gevoelig is voor de ouders, (zoals bijvoorbeeld bij de moeder waarbij er een vermoeden of diagnose van ASS is). De mening over de mate waarin deze factoren vermeld moeten worden, verschilt licht. Er is het besef dat men hier voorzichtig moet mee omgaan, maar dat men anderzijds deze informatie moet benoemen wanneer dit mogelijk is binnen de relatie met de ouder. Door de gevoeligheid van deze informatie menen sommige respondenten dat het niet geschikt is om het ICF-schema aan de ouders te tonen. Sommige centra gebruiken of overwegen het gebruik van een afzonderlijk schema voor de ouders, waarbij bepaalde informatie weggelaten wordt.

3.8.6 BEHANDELFASE

In de behandelfase wordt het ICF-schema gemiddeld om de zes maanden opnieuw in kaart gebracht. Hierbij wordt telkens gestart met een blanco schema. Centra die de ICF in de onderzoeksfase gebruiken,

³ Zoals voordien weergegeven gebruiken sommige centra verschillende kleuren in de tekst om aan te geven wie wat geschreven heeft.

vinden het niet evident om ook de ICF in de behandelfase te gebruiken. Men zei regelmatig dat het niet duidelijk is hoe de ICF gebruikt kan worden in de actieve behandelfase.

3.9 GEBRUIK VAN HET CONCEPTUEEL KADER VAN DE ICF

Het conceptuele kader omvat het denken, de hulpverleningsvisie die achterliggend aan de ICF ligt. Vanuit het ICF-Lab en vanuit de literatuur is dit conceptuele model onlosmakelijk met de ICF verbonden. Het vormt een centraal element, de drijfveer die steeds voorop moet staan bij het inzetten van de ICF.

3.9.1 CONTACT MET DE CLIËNT EN DE CONTEXT

Aan het contact met de cliënt en de ouders wordt meer bewust aandacht besteed. Het conceptuele kader van de ICF stelt dat de cliënt en het relevante netwerk actief moet betrokken worden. De cliënt en/of de vertegenwoordigers (afhankelijke van de mogelijkheden van de cliënt) moeten centraal staan binnen het proces en moeten als expert van het functioneren van de persoon beschouwd worden. Door het gebruik van de ICF zijn de centra zich hier meer van bewust en denken ze erover na hoe ze dit nog meer kunnen uitbouwen.

In bepaalde centra wordt het kind standaard bevroegd naar de hulpvraag en de verwachtingen. Afhankelijk van de mogelijkheden van het kind wordt hier meer of minder inhoudelijk op ingegaan. De centra maken gebruik van specifieke methodieken om het kind hierbij te ondersteunen, zoals het foto-interview. Heel wat centra bevragen het kind niet standaard. In deze centra is dit afhankelijk van een bepaalde leeftijdsgrens en bepaalde mogelijkheden van het kind. In enkele centra worden de cliënten niet bevroegd en richt men zich uitsluitend tot de ouders of tot de partner wanneer de cliënt volwassen is. In deze centra is het vaak afhankelijk van de medewerkers die het kind ondersteunen of er contact is met de cliënt zelf.

Centra haalden regelmatig aan dat ze nog meer dan vroeger stilstaan bij welke informatie ze doorgeven aan het netwerk zodat ze een actieve houding kunnen aannemen. Door het gebruik van de ICF stond dit denken meer voorop.

“Bij het adviesgesprek bekijken we goed welke info we willen meegeven, met welk idee de ouders naar huis gaan. De ouders moeten het positieve nog zien, ze moeten ermee aan de slag gaan.”

De mate waarin ouders een stem krijgen verschilt. Sommige centra informeren de ouders achteraf over de testen, andere centra informeren de ouders vooraf concreet over de testen en doen enkel de onderzoeken waarvan de ouders hun goedkeuring geven. Ook het informeren van de ouders over de onderzoeksresultaten verschilt. De meeste centra geven het verslag met de onderzoeksresultaten standaard met de ouders mee. Ze hechten er belang aan dat het verstaanbaar is voor de ouders. In andere centra krijgen ouders enkel het verslag als ze dit vragen. Deze centra plannen om dit in de toekomst standaard mee te geven en om meer aandacht voor de verstaanbaarheid ervan te hebben.

De mate waarin de ouders actief betrokken worden en er contact is met de ouders verschilt per centrum. Doorgaans verwacht de organisatie dat de ouders bij de onderzoeken aanwezig zijn. Sommige respondenten merken op dat de ouders vaak afwezig zijn. Organisaties passen methoden toe om ouders actief te betrekken. Zo werkt een organisatie bijvoorbeeld met spiegelglas zodat de ouders ongemerkt de onderzoeken kunnen observeren. Een centrum geeft wisselend therapie aan het kind en aan de ouders om zo de ouders gericht te kunnen coachen om hun kind te ondersteunen. Hiernaast worden ouders ook actief betrokken bij bepaalde groepstherapieën. De mate waarin er gesprekken met ouders

plaatsvinden is verschillend: sommige centra plannen om de zoveel tijd een gesprek met de ouders om de hulpvraag, de doelstellingen e.d. te bespreken.

3.9.2 EXPLICIET GEBRUIK VAN DE ICF NAAR DE CLIËNTEN EN/OF OUDERS TOE

De meeste centra gebruiken de ICF op een impliciete manier, ze zeggen tegen de cliënten en de ouders niet dat ze gebruik maken van de ICF. Ze lichten wel het achterliggende denkkader en de visie waarbij het functioneren op een holistische wijze in kaart gebracht wordt toe. De meeste centra vinden dat het afhankelijk is van de ouders, onder meer van hun intellectueel vermogen, en van de medewerker of ze de ICF al dan niet expliciet vermelden. Respondenten zijn van mening dat de ICF als middel ingezet kan worden om het verhaal bij de ouders te schetsen, maar dat het niet gezien wordt als een vereiste.

Bepaalde centra experimenteren in beginnende mate met het toelichten ervan, bepaalde centra deden dit standaard en nog andere centra stonden hier tot nu toe niet bij stil. Men zoekt naar methoden om dit te doen. Op dat vlak zijn er nog enkele vragen en onduidelijkheden hoe dit kader naar de ouders kan worden overgebracht. Een bedenking daarbij was dat er in dat geval een afzonderlijk ICF-schema moet worden opgesteld waarin de informatie ontbreekt die men niet met de ouders wil delen. Centra hanteren ook andere schematische voorstellingen om het functioneren op een holistische wijze weer te geven en de verbanden aan te geven. Centra die het expliciet communiceren, gebruiken het ICF-schema als een leidraad om het gesprek met de ouders te structureren.

“ICF wordt aan de ouders toegelicht aan de hand van het schema. De verschillende begrippen worden toegelicht. Dit wordt als positief ervaren. Dankzij deze toelichting begrijpen de ouders de opbouw en de begrippen van het verslag.”

De ethische richtlijnen voor het gebruik van de ICF (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007) bevelen aan dat de persoon wiens functioneren in kaart wordt gebracht en/of de persoon die voor de belangen opkomt, op de hoogte gebracht wordt van het gebruik van de ICF. De ethische richtlijnen bevelen aan dat de persoon actief betrokken wordt en de gelegenheid krijgt om de invulling van de categorieën te beoordelen. Threats (2008) stelt dat deze ethische richtlijnen algemeen nog te weinig gevolgd worden, dat de cliënten nog te weinig actief betrokken worden en als experts van hun eigen functioneren beschouwd worden. Threats (2008) en Heerkens en van Ravensberg (2007) motiveren dat de manier waarop het functioneren beschreven wordt in de ICF, dicht aansluit bij de kijkwijze van de cliënten, waardoor de ICF als een goed middel kan beschouwd worden om in overleg te treden om het functioneren op een holistische en overzichtelijke wijze te bespreken.

Respondenten haalden tegenargumenten aan voor het expliciet vermelden van het gebruik van de ICF aan ouders en cliënten. Ze waren van mening dat dit te complex is, of dat het niet geschikt is omdat het expliciet benoemen van de wisselwerking tussen de verschillende factoren de ouders een onveilig gevoel kan geven.

3.10 GEBRUIK VAN HET CLASSIFICATIESYSTEEM VAN DE ICF

Centra gaan zelf op zoek om het omvangrijke classificatiesysteem te vertalen naar hun werking. Het onderzoek bracht concreet in kaart hoe de verschillende elementen ervan gebruikt worden.

3.10.1 GEBRUIK VAN DE COMPONENTEN ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE

De WHO geeft verschillende opties om gebruik te maken van de componenten activiteiten en participatie. De centra hanteren hierbij verschillende methodes. Ongeveer twee derden van de centra plaatst de componenten activiteiten en participatie afzonderlijk. Enkele centra plaatsen de

componenten afwisselend afzonderlijk of samen. Dit is deels afhankelijk van de leeftijd: bij erg jonge kinderen plaatst een centrum dit samen omdat men van mening was dat er nauwelijks sprake is van participatie. Anderzijds is dit ook verschillend bij het overleg, het gebruik van het schema en het verslag. Enkele centra plaatsen de componenten in het schema afzonderlijk maar in het verslag samen.

Voorstanders om ze samen te plaatsen beargumenteerden dat beide componenten danig sterk verbonden zijn dat de grens ertussen te dun is. Ze vonden dat beide componenten niet los van elkaar gezien kunnen worden. Voorstanders om ze afzonderlijk te plaatsen beargumenteerden dat er een belangrijk verschil is tussen beide componenten. Indien dit niet gebeurt, gaat er te weinig aandacht naar participatie. Ze vinden het belangrijk om dit verschil en de verbanden ertussen concreet in kaart te brengen.

De meeste centra vinden het verschil tussen beide componenten duidelijk. Maar vooral in de beginfase van het implementatieproces zijn er onduidelijkheden over de concrete invulling ervan. Er zijn verschillende interpretaties over de invullingen van activiteiten en participatie. Activiteiten wordt aanzien als het gedrag dat concreet geobserveerd wordt, bij participatie staat bij dit gedrag het contact en de communicatie centraal. Andere centra omschrijven bij participatie de invulling van activiteiten in de verschillende contexten en bij activiteiten de uitvoering van de activiteiten in de hulpverleningscontext. De eerste interpretatie is de meest correcte. Zoals de ICF weergeeft, gaat het bij activiteiten om de individuele handeling en staat bij participatie het sociale aspect, het deel uitmaken van de samenleving, centraal. Bij de laatste aanpak - waarbij de activiteiten in andere contexten dan de hulpverleningscontext bij participatie worden beschreven - is er een verwarring tussen de componenten activiteiten en participatie en de constructen uitvoering en vermogen, die beschreven worden in het theoretische luik van dit rapport.

Heel wat respondenten vinden het onduidelijk hoe ze de participatie bij jonge kinderen kunnen in kaart brengen. Ze vinden het ook algemeen vaak moeilijk om participatie in kaart te brengen, waardoor ze het vaak nauwelijks of te beperkt omschrijven. Vooral centra die zich in de beginfase van het implementatieproces bevinden, vinden dit moeilijk. Ook de literatuur erkent dat het niet evident is om participatie in kaart te brengen. Men oppert dat er, voornamelijk bij kinderen en jongeren, nood is aan concrete meetinstrumenten om participatie in kaart te brengen (Coster & Khetani, 2008). Coster en Khetani (2008) stellen dat er rekening moet gehouden worden met de participatie van de familie aangezien dit onlosmakelijk verbonden is met de participatie van het kind.

3.10.2 GEBRUIK VAN DE COMPONENT PERSOONLIJKE FACTOREN

De meeste centra vinden het gebruik van de component persoonlijke factoren onduidelijk omdat deze niet uitgewerkt is binnen het classificatiesysteem van de ICF. Enkele centra maken hiervoor dan ook gebruik van een eigen invulling die veelal werd overgenomen uit vormingen en workshops. Andere centra kiezen ervoor om hier geen onderverdeling in te maken maar omschreven voor de medewerkers welke informatie ze hieronder kunnen beschrijven.

Bepaalde centra vullen deze component nauwelijks in en geven ook deze boodschap aan hun medewerkers. Andere centra plaatsen er veel gegevens bij en geven aan deze component een soort vuilbakfunctie. De gegevens worden eronder geplaatst wanneer men niet weet waar ze anders onder horen. Veel centra zijn op zoek naar hoe ze deze component op een efficiënte manier kunnen hanteren.

3.10.3 GEBRUIK VAN DE COMPONENT FUNCTIES EN ANATOMISCHE EIGENSCHAPPEN

In bijna alle centra worden functies en anatomische eigenschappen samen geplaatst. De meeste centra vermelden nauwelijks iets over de component anatomische eigenschappen omdat dergelijke informatie nauwelijks in kaart wordt gebracht in de CAR. Wanneer het uitzonderlijk wel voorkomt, wordt het vermeld.

3.10.4 GEBRUIK VAN DE ONDERSTEUNENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN

Enkele centra vernoemen de ondersteunende en belemmerende factoren expliciet in de werking, onder meer in het besluit van het onderzoeksverslag. Centra vinden het een meerwaarde om dit expliciet in kaart te brengen en bewust mee te nemen doorheen het ondersteuningsproces. Enkele centra zien dit expliciet in kaart brengen als een belangrijk aandachtspunt.

Andere centra gebruiken deze termen niet maar brengen deze aspecten impliciet in kaart. Het is de taak van de medewerker om hierover te waken en dit mee te nemen in het verder begeleidingsproces.

3.11 GEBRUIK EN BEVINDINGEN VAN DE HULPMIDDELEN BIJ DE IMPLEMENTATIE EN HET GEBRUIK VAN DE ICF

3.11.1 ICF-BROWSER

Centra beoordelen de ICF-browser⁴ algemeen negatief. De meeste centra gebruiken de ICF-browser niet tot nauwelijks. Respondenten vinden het gebruik ervan complex: de tool biedt niet de nodige ondersteuning omdat de tool niet vertrouwd is met de gebruikelijke woordenschat binnen de sector. Wanneer een term wordt ingegeven dat niet gekend is in het classificatiesysteem, vindt de browser de term niet. Hierdoor ervaart men de ICF-browser niet als een goed hulpmiddel omdat het geen hulp biedt wanneer men niet of onvoldoende vertrouwd is met de terminologie en de structuur van het classificatiesysteem. Enkele centra gebruiken dit in de beginfase, zo gebruikten de ICF-coördinatoren dit om bepaalde termen te vertalen naar de ICF-terminologie. Enkele centra plaatsen het op de server en geven de keuze aan de medewerkers om er al dan niet gebruik van te maken.

3.11.2 ICF-BOEK

De meeste centra gebruiken het ICF-boek, zowel de algemene versie als de kinderen- en jongerenversie, als leidraad. In sommige situaties nemen medewerkers het boek erbij om bepaalde termen op te zoeken of om te zoeken naar bijkomende categorieën die relevant kunnen zijn. Enkele centra maken ook geen tot nauwelijks gebruik van het boek of doen dit vooral in de beginfase bij het verkennen van het classificatiesysteem.

3.11.3 ICF-HANDLEIDING

Aan de hand van een verkenning van het classificatiesysteem in het ICF-boek werken de meeste centra een handleiding uit. Deze handleiding geeft een selectie van categorieën weer, opgebouwd volgens de componenten en domeinen van het classificatiesysteem van de ICF. De invulling van de handleiding verschilt van centrum tot centrum. De meeste centra omschrijven bij elke categorie hoe deze ingevuld

⁴ Dit is een digitaal instrument waarbij aan de hand van een zoekterm kan worden aangegeven waar het aspect thuishoort in het classificatiesysteem.

wordt, welke aspecten hierbij aan bod kunnen komen. De categorieën van de gedetailleerde classificatie worden in de vorm van voorbeelden vermeld in de handleiding. Sommige centra geven ook concrete voorbeelden van elementen die bij deze categorie geplaatst kunnen worden. Andere centra plaatsen bij elke categorie of in een afzonderlijk deel van de handleiding concrete testen en methoden, zoals observatiemethoden, die gebruikt kunnen worden om de specifieke categorie in kaart te brengen.

Een centrum gaf aan geen nood te hebben aan een handleiding omdat de medewerkers voldoende weten waar ze welke informatie kunnen plaatsen in het classificatiesysteem. Een ander centrum plant om binnenkort een handleiding te ontwikkelen. Algemeen geven de centra doorheen het implementatieproces verder vorm aan de handleiding. Het is een werkdocument dat verder herwerkt wordt. Centra beschouwen de handleiding algemeen als een belangrijk hulpmiddel. Het vormt een middel om de ICF te vereenvoudigen en te operationaliseren wat het eenvoudiger hanteerbaar maakt in de werking. Het biedt ondersteuning voor de medewerkers om gebruik te maken van de ICF om de onderzoeken vorm te geven en de onderzoeksgegevens te ordenen volgens het classificatiesysteem. Centra ervaren dat het implementatieproces beter verloopt wanneer de handleiding ontwikkeld is.

Enkele centra ontwikkelen in eerste instantie monodisciplinaire handleidingen waarbij elke discipline concrete richtlijnen formuleert. Bij de meeste centra is dit een tussenstap bij het opstellen van een multidisciplinaire handleiding. In enkele centra zijn er naast de multidisciplinaire handleiding bijkomende monodisciplinaire afspraken rond het gebruik van de ICF.

3.11.4 ANDERE HULPMIDDELEN

Enkele centra hanteren lijsten waarbij de reguliere terminologie vertaald wordt naar de classificatie van de ICF. Dit biedt ondersteuning om de vertrouwde terminologie onder te brengen in het classificatiesysteem van de ICF. Doordat medewerkers niet steeds op zoek moeten gaan naar de juiste term en ze dit eenvoudig kunnen opzoeken, is dit tijdbesparend. Hiernaast gebruikt een centrum een vertaallijst waarbij onderzoeken gekoppeld worden aan specifieke categorieën van het classificatiesysteem die deze onderzoeken in kaart kunnen brengen. Verder maakt men ook gebruik van een informatiebundel die nieuwe medewerkers op weg helpt om zich vlot in te werken in de ICF.

3.12 GEBRUIK EN BEVINDINGEN VAN HET ICF-SCHEMA

De bevindingen en de wijzen waarop het schema gebruikt wordt, zijn verschillend. De meeste centra maken gebruik van het schema. Enkele centra gebruiken het schema niet of in beginnende mate. Een reden om het niet te gebruiken is tijdsgebrek. In sommige centra ligt de keuze bij de medewerkers of ze hier al dan niet gebruik van maken. Bij enkele centra wordt het schema enkel ingevuld door de coördinatoren en/of wordt het schema enkel gebruikt bij de intake.

De meeste centra gebruiken het schema als een intern werkinstrument. Een vierde van de bevroegde centra die het schema gebruiken, gaf aan dat ze het als communicatiemiddel gebruiken met externen zoals ouders en scholen, zo geven ze het mee als een samenvattend verslag. Ze zien het als een middel om het gesprek met ouders en scholen te structureren. Een vierde van de centra projecteert het schema tijdens het teamoverleg. Enkele centra willen in de toekomst het schema gebruiken als communicatiemiddel, maar omwille van de onzekerheid bij het invullen ervan hebben ze voorlopig beslist om het als intern werkinstrument te behouden. In enkele centra zijn er concrete afspraken over de omvang van het schema, namelijk dat het zich omwille van de overzichtelijkheid tot één tot twee pagina's moet beperken. Heerkens en van Ravensberg (2007) stellen dat het schema rechtstreeks

bruikbaar is in de praktijk. Zo kan het gebruikt worden als hulpmiddel om het behandelplan⁵ op te stellen en om elementen te selecteren die in de anamnese, onderzoek, diagnosestelling, behandelplan en evaluatie aan de orde moeten komen. Ze benoemen het ook als een hulpmiddel bij de communicatie met de cliënten en de personen uit de context.

De manier waarop het schema ingevuld wordt, verschilt. Zoals beschreven bij 'selecteren van categorieën' is de selectie bij het schema doorgaans minder diepgaand dan deze van het verslag. Een vierde van de centra maakt hierbij enkel gebruik van de componenten van de ICF. Ze spreken intern af wat hieronder hoort, waarbij ze zich deels op de indeling van de ICF baseren. De meeste andere centra vullen het schema in volgens de classificatie op het eerste niveau, wat dus wil zeggen dat ze een selectie van de domeinen gebruiken om dit in te vullen. Enkele centra gebruiken ook nog specifieke categorieën als sjabloon om dit in te vullen.

Ook brengen centra extra elementen aan in het schema. Zo verdeelt een centrum elke component op in twee delen: een deel voor de positieve elementen en een deel voor de negatieve elementen. Een ander centrum plaatst pijlen tussen de verschillende elementen om de verbanden aan te geven. Hierdoor stellen medewerkers de relevantie van de informatie meer in vraag en komen ze sneller tot inzicht. Wanneer er geen pijl bij een bepaald gegeven kon geplaatst worden, werd de vraag gesteld of deze informatie relevant was binnen de beschrijving van het functioneringsprofiel.

De meeste centra vullen het schema van de intake verder aan in de onderzoeksfase. Wanneer het schema ook in de behandelphase gebruikt wordt, starten de centra doorgaans met een blanco schema. Respondenten haalden meermaals het belang aan van het schema als een momentopname van het functioneringsprofiel. Daarom vermelden de meeste centra ook de datum en de fase van het revalidatieproces op het schema.

Enkele centra geven in het schema aan welke info van de intake komt en welke van de onderzoeken. Bij de gegevens van de intake wordt zoveel mogelijk de bewoording van de ouders gebruikt, zodat dit eenvoudig kan hernomen worden in het adviesgesprek. In de meeste centra vullen de medewerkers hun bevindingen op één schema verder aan. Hierbij maken ze meestal gebruik van verschillende kleuren zodat het duidelijk is wie wat geschreven heeft. In enkele centra vullen de medewerkers een afzonderlijk schema in en brengen ze dit op de vergadering samen.

De mate waarin medewerkers de informatie gedetailleerd in het schema noteren, verschilt van centrum tot centrum. Het varieert van alle informatie erin te plaatsen, zoals ook percentielen en specifieke onderzoeksresultaten, tot een selectie van de meest relevante info. In het laatste geval staat de meer gedetailleerde informatie uitsluitend in het verslag.

De bevindingen over het schema zijn verdeeld. De voorstanders zien het als een meerwaarde omdat het een overzichtelijk besluit geeft. Doordat ze het besluit in één oogopslag kunnen weergegeven, is het tijdbesparend. Door de overzichtelijke manier waarop het schema de gegevens weergeeft, biedt het inzicht in de samenhang tussen de verschillende elementen. De duidelijke holistische weergave zorgt ervoor dat bepaalde aspecten concreter worden meegenomen, de zwakke en de sterke punten worden

⁵ In een behandelplan worden concrete doelstellingen opgenomen waaraan de professionals, de cliënt en zijn netwerk zullen werken om de kwaliteit van leven te verbeteren. Aangezien deze term in de ambulante revalidatiesector gebruikt wordt, wordt deze ook overgenomen in het rapport. Andere termen die hiervoor gebruikt worden zijn handelingsplan, zorgplan of ondersteuningsplan.

er duidelijker door weergegeven. Doordat de verschillende elementen samen staan, stimuleert het een ruim denkkader, wat op zijn beurt het multidisciplinaire denken stimuleert. Het schema wordt ook als een goede leidraad ervaren voor het adviesgesprek en als een goed communicatiemiddel om de gegevens op een begrijpbare manier over te brengen naar ouders en scholen. Door het gebruik van het schema dient de informatie van de onderzoeksfase niet meer herwerkt te worden voor het adviesgesprek aangezien de ordening logisch overkomt. Centra ervaren het als positief om in het schema gebruik te maken van de bewoording van de ouders. Enkele centra maakten de bemerking dat de visie van de ouders nog meer in het schema moet worden opgenomen. Zij lanceerden het idee om het schema na het adviesgesprek met de ouders verder aan te passen om op die manier de stem van de ouders meer in het proces mee te nemen. Ook Heerkens en van Ravensberg (2007) geven aan dat het schema de verschillende componenten op een overzichtelijke wijze weergeeft waardoor het een geschikt hulpmiddel is bij het ondersteunen van het besluitvormingsproces en bij het opstellen van een behandelplan.

De tegenstanders van het schema vinden dat het invullen van het schema extra werk is naast het verslag. Doordat de vakjes te klein zijn om alle nodige informatie in kwijt te kunnen, vindt men het praktisch onbruikbaar. Wanneer men de nodige informatie er wil in plaatsen, bestaat het schema uit meerdere pagina's wat het onoverzichtelijk maakt. Men vindt het moeilijk om in dergelijke mate een selectie te maken van de informatie die men opneemt in het schema zodat het voldoende overzichtelijk blijft. Om die redenen vinden sommige centra het niet nuttig. Hoofdzakelijk de centra die besloten om het schema niet te gebruiken, waren hierover kritisch. Ook enkele medewerkers van centra die het reeds gebruikten, waren kritisch. Het merendeel van de centra en de medewerkers waren echter positief over het gebruik van het schema.

Er kwamen ook enkele bemerkingen en onduidelijkheden naar boven. Zo vroegen enkele centra zich af op welke manier het schema kon gebruikt worden, hoe dit binnen het onderzoeksoverleg een plaats kon krijgen met de beperkte tijd die er was en wie dit zou invullen. Enkele centra gaven aan dat het schema los stond van het verslag en stelden zich de vraag hoe ze dit konden verbinden. Dit was vooral het geval bij centra waarbij het verslag niet gestructureerd was volgens het classificatiesysteem van de ICF.

3.13 VERSLAGGEVING

Drie van de bevroegde centra stellen een monodisciplinair verslag op, waarin ze de onderzoeks- en observatiegegevens afzonderlijk weergegeven. Een derde van de centra maakt gebruik van een eigen classificatiesysteem voor het multidisciplinaire verslag. Ruim de helft van de bevroegde centra stelt een multidisciplinair verslag op volgens de classificatie van de ICF, waarbij ze minimaal gebruik maken van de componenten. Van deze centra zijn er drie centra die dit slechts doen voor één doelgroep of voor enkele kinderen, de meerderheid van de verslagen worden nog gestructureerd volgens het gebruikelijke classificatiesysteem. De meeste centra gebruiken een selectie van de domeinen en categorieën van het classificatiesysteem van de ICF als structuur voor het verslag. In enkele centra worden bepaalde gegevens, waaronder de medische gegevens en de ontwikkelingsgeschiedenis of anamnese, afzonderlijk geplaatst, niet geordend volgens het classificatiesysteem van de ICF.

Enkele centra hebben naast het onderzoeksverslag, waarin het functioneringsprofiel wordt omschreven, afzonderlijke verslagen voor het Riziv, voor de school en een intern verslag voor de medewerkers. Bij de meeste centra is er één verslag voor de verschillende betrokkenen. Door het gebruik van het classificatiesysteem van de ICF gaat er meer aandacht naar het besluit. Respondenten benadrukten meermaals het belang van het besluit. Enkele centra maken gebruik van een voorgestructureerd besluit. De standaardformuleringen, waarbij men gebruik maakt van de terminologie van de ICF, worden verder

ingevuld. Deze voorgestructureerdheid vindt men positief omdat het op die manier duidelijk is wat er in het besluit moet komen, wat de congruentie onder de verschillende medewerkers ten goede komt. Tegenstanders gaven de kritiek dat dit de dynamiek en de persoonlijke invulling van het verslag in het gedrang brengt.

In verband met de vormgeving van het verslag zijn er verschillende aanpakken. Sommige centra maken de keuze om het verslag op te bouwen in tekstvorm. Ze vernoemden hier het belang van coherentie. Hierbij is men van mening dat er niet meer titels mogen zijn dan tekst. Eén centrum verplaatst tekst naar een andere categorie als blijkt dat er bij een bepaalde categorie slechts één zin staat. Andere centra vertrekken meer vanuit de structuur van het classificatiesysteem, het sjabloon met de selectie van domeinen en categorieën en vullen deze concreet in. Men vindt het essentieel dat de gegevens in 'verhaalvorm' beschreven worden. In enkele centra maken de verschillende disciplines een afzonderlijk verslag op of schrijven de verschillende disciplines hun deel opeenvolgend in eenzelfde verslag. Het is dan de taak van de coördinatoren om de gegevens samen te brengen in één coherent verslag.

Bepaalde centra maken afspraken rond bepaalde categorieën die iedereen moet invullen, andere centra kiezen ervoor om dit spontaan te laten gebeuren. In de meeste centra heeft elke discipline een eigen kleur, zodat duidelijk is wie wat geschreven heeft. Na het overleg worden deze aanduidingen doorgaans weggehaald en wordt het verslag in één kleur geplaatst. Medewerkers vinden het belangrijk om te weten wie wat geschreven heeft, andere centra zien het gebruik van kleuren als een tussenstap bij de overschakeling van een mono- naar een multidisciplinair verslag en plannen om hier op termijn niet langer gebruik van te maken.

Doordat het classificatiesysteem van de ICF nieuw is voor de meeste medewerkers, worden in sommige centra de nieuwe elementen in beperktere mate ingevuld. Zo werd er enkele malen aangehaald dat de component functies uitvoerig wordt ingevuld, activiteiten een stuk minder en participatie nauwelijks. De invloed van het classificatiesysteem van de ICF op de omvang van het verslag verschilt. In bepaalde centra ervaren medewerkers dat het verslag korter is, doordat medewerkers beperkter schrijven en zich meer beperken tot de informatie die relevant is voor het functioneringsprofiel. In andere centra ervaren ze net dat het verslag hierdoor langer wordt, doordat er meer gegevens dan vroeger worden in opgenomen, de gegevens meer geanalyseerd worden weergegeven, er meer herhalingen voorkomen en het besluit uitgebreider is. De lengte van de verslagen verschilt van ca. 5 tot 18 pagina's.

3.13.1 ERVARINGEN VAN DE MEDEWERKERS VAN DE VERSLAGGEVING VOLGENS HET CLASSIFICATIESYSTEEM VAN DE ICF

Het verschil in beleving is vooral afhankelijk van de mate waarin de medewerkers vertrouwd zijn met het classificatiesysteem en ze kennis hebben van de ICF. Eenmaal men vertrouwd is met het classificatiesysteem vindt men de structuur ervan handig om gegevens erin te ordenen en terug te vinden door de vaste structuur. Voor medewerkers die nog onvoldoende vertrouwd zijn met het classificatiesysteem, is het opstellen van een verslag een moeilijke taak. Enkele respondenten vinden dat de zoektocht om de gegevens te ordenen onder de juiste categorie al te veel centraal staat, waardoor er minder aandacht gaat naar het inhoudelijke aspect. Zo nemen medewerkers bepaalde gegevens niet mee in het verslag wanneer het niet duidelijk was waar deze gegevens dienden geplaatst te worden. Vooral in de beginfase ervoeren de medewerkers dit als erg moeilijk en voelden ze zich erg onzeker bij het opstellen van een verslag. De tijd die dit in beslag nam, veroorzaakte de nodige ergernissen bij medewerkers.

Er zijn zowel voor- als tegenstanders van de structuur van het verslag. Voorstanders zijn van mening dat het classificatiesysteem van de ICF voor een logische, overzichtelijke opbouw zorgt. Ze beargumenteren hierbij dat het verslag meer de gedachtegang van het onderzoeksproces volgt door het onderscheid tussen functies en activiteiten. Tegenstanders zijn van mening dat het classificatiesysteem de gegevens zodanig gefragmenteerd weergeeft waardoor er niet langer sprake is van een coherent geheel en de verbanden meer zelf gezocht moeten worden. Bepaalde tegenstanders ervaren het verslag meer als een opsomming van titels dan als een duidelijk geheel.

3.13.2 ERVARINGEN VAN DE EXTERNEN VAN DE VERSLAGGEVING VOLGENS HET CLASSIFICATIESYSTEEM VAN DE ICF

De bevindingen van externen van de verslaggeving volgens het classificatiesysteem van de ICF is nog niet volledig duidelijk. De externen zijn hierbij de ouders en de externe medewerkers zoals scholen. Veel centra hebben hier nog geen of een beperkt zicht op omdat ze nog niet lang gebruik maken van het classificatiesysteem om hun verslag te structureren en/of omdat ze dit nog niet expliciet bevraagd hebben. Bepaalde centra hebben in beperkte mate zicht op hoe externen, vooral de ouders, het verslag ervaren. De ouders ondervinden de ruime kijk als positief. Ze vinden het positief dat er niet enkel naar de problemen van hun kind wordt gekeken, maar dat het ruimere functioneren van hun kind in kaart wordt gebracht. Bepaalde ouders en externe medewerkers vinden het verslag overzichtelijk en duidelijk, de verbanden die gemaakt worden benoemen ze als verhelderend. Respondenten veronderstellen dat ouders die over cognitief sterke mogelijkheden beschikken, het verslag als duidelijk ervaren. Deze veronderstelling werd herhaaldelijk aangehaald.

Anderzijds ondervinden medewerkers dat ouders zich niet steeds kunnen vinden in de biopsychosociale visie waarbij het functioneren op een holistische wijze in kaart gebracht wordt. Sommige ouders plaatsen het 'het genezende aspect', het verbeteren van wat niet goed loopt, nog te veel als doel voorop. Bepaalde ouders gaven ook aan dat de opbouw van het verslag en de indeling in componenten, domeinen en categorieën niet steeds duidelijk is, waardoor het verslag als complex overkomt. Centra hebben hierbij het vermoeden dat de opbouw van het verslag te gefragmenteerd is voor de ouders. Externe medewerkers vinden de terminologie en de indeling niet steeds duidelijk. Bepaalde centra zijn van mening dat de medewerkers nog onvoldoende vertrouwd zijn met het biopsychosociale denken en het classificatiesysteem van de ICF. Bij sommige externe medewerkers staat de vraag naar cijfers en andere kwantitatieve onderzoeksgegevens op de voorgrond.

3.14 GEBRUIK EN BEVINDINGEN VAN DIVERSE ELEMENTEN VAN DE ICF

3.14.1 GEBRUIK EN BEVINDINGEN VAN DE TERMINOLOGIE

De ervaringen van de terminologie van het classificatiesysteem van de ICF verschillen van centrum tot centrum en van medewerker tot medewerker. Voorstanders ervaren de terminologie als logisch, duidelijk en verstaanbaar. Het verslag zegt via deze terminologie meer waarover het echt gaat. Bepaalde bestaande reguliere terminologie werd vereenvoudigd en meer beschrijvend geschreven, zo werd bijvoorbeeld de term 'fijne motoriek' vereenvoudigd in de term 'nauwkeurig gebruiken van hand'. De meningen over deze veranderingen zijn verdeeld. Sommige personen vinden het moeilijk om afstand te nemen van bepaalde vertrouwde termen en begrijpen de meerwaarde hiervan niet. Door het verschil met de reguliere terminologie, de terminologie waar men mee vertrouwd is, vindt men dit complex. Hierdoor ervaren medewerkers bepaalde benamingen van categorieën als negatief. Enkele respondenten haalden onder meer termen zoals 'energie en driften' aan als complex en niet bruikbaar binnen de praktijk. Tegenstanders vinden dat heel wat termen te algemeen en niet steeds veelzeggend

zijn, bepaalde termen werden als omslachtig en formeel beschreven. De meeste personen zijn het erover eens dat de terminologie vooral in de beginfase als moeilijk ervaren wordt, na enige gewenning met de nieuwe terminologie ondervinden heel wat personen positieve elementen. Heel wat centra erkennen de meerwaarde van een gemeenschappelijke en duidelijke taal. Door deze terminologie is het voor alle medewerkers, onafhankelijk van het centrum en de discipline, duidelijk waarover er wordt gesproken.

Of deze terminologie geschikt is voor communicatie met externen, daar verschillen de meningen over. Respondenten beklemtoonden dat naast de terminologie van de ICF, de reguliere terminologie een meerwaarde biedt: enerzijds om nuances aan te geven en anderzijds om de link te maken met de vertrouwde en verstaanbare terminologie, zowel deze van interne en externe medewerkers, als deze van de ouders.

Enkele centra die zich in de beginfase van het implementatieproces bevinden, maken uitsluitend gebruik van de componenten en kiezen er bewust voor om geen gebruik te maken van de terminologie van de categorieën. Ze ondervinden dit als niet noodzakelijk bij het toepassen van de ICF. Centra kiezen ervoor om in eerste instantie vertrouwd te raken met het classificatiesysteem en de bijhorende terminologie en op termijn deze pas toe te passen. Enkele centra vinden het ook in de toekomst niet noodzakelijk om de terminologie van de categorieën te gebruiken. De meeste andere centra plannen om in de toekomst in meerdere mate gebruik te maken van het classificatiesysteem en de terminologie van de ICF.

3.14.2 GEBRUIK EN BEVINDINGEN VAN DE CODES

Centra maken in beperkte mate gebruik van de codes die bij elke categorie vermeld worden, zoals bijvoorbeeld d440 voor de categorie 'nauwkeurig gebruiken van hand'. De meeste centra kiezen er bewust voor om deze niet te gebruiken. Enkele centra experimenteren met het gebruik ervan. Zo plaatsen ze de codes occasioneel of standaard in het verslag of schema. Wanneer medewerkers bijvoorbeeld vragen hebben over welke gegevens waar geplaatst moeten worden, plaatst de verantwoordelijke de code bij het antwoord om aan te geven over welke categorie het gaat. In dit centrum zien medewerkers dit als een stimulans om het boek erbij te nemen, ze vinden de structuur van de code een hulpmiddel om de categorie vlot terug te vinden in het boek. Vandaar worden de codes als goed bevonden om vertrouwd te raken met het classificatiesysteem. De codes worden gezien als een houvast, als aanduidingen die de plaats aangeven in het classificatiesysteem. Enkele medewerkers vinden het duidelijker als ze er een code kunnen bijplaatsen, om op die manier de categorie aan te geven.

Voor de aanvraag bij het Riziv is het voor de doelgroep stotteren verplicht om bepaalde codes weer te geven. Personen die verslagen voor deze doelgroep opstellen, zijn hierdoor meer vertrouwd met het gebruik van de codes.

De meeste centra vinden de codes echter complex. Medewerkers vinden het onduidelijk op welke manier deze kunnen gebruikt worden en wat de verwachtingen ervan zijn. Centra haalden aan dat ze hiervan de meerwaarde niet inzien. Bepaalde respondenten vinden de codes niet geschikt voor de werking van een ambulant revalidatiecentrum.

3.14.3 GEBRUIK EN BEVINDINGEN VAN DE TYPERINGEN

De typering, de cijfers volgend op de code die aangeven hoe ernstig de stoornis, beperking of het participatieprobleem is of in welke mate er sprake is van een ondersteunende of belemmerende factor, worden door de meeste centra niet gebruikt. Enkele centra experimenteerden reeds met het gebruik

ervan in het verleden. Een centrum geeft de evolutie van het functioneren weer via de typering, de doelstellingen worden erg concreet geformuleerd met een specifieke termijn en worden gescoord aan de hand van een typering. In één centrum is er het idee om de meerwaarde ervan te bekijken. Een ander centrum ziet de meerwaarde ervan in en experimenteert met het gebruik ervan door ze occasioneel in het verslag te plaatsen. In de toekomst wil men hier standaard gebruik van maken. Medewerkers bepalen de cijfers van de typering subjectief. Door het gebruik van de typering is de evolutie meteen duidelijk. Dit centrum zegt het volgende over de invloed van het gebruik van de typering:

“We gaan meer prognostisch kijken: wat heeft effect, wat niet, wat zijn ondersteunende en belemmerende factoren.”

De meeste respondenten beschrijven ze als vrij complex en vinden ze vandaar niet geschikt voor de werking. Een centrum geeft aan dat de typering het mogelijk maken om de evolutie duidelijk zichtbaar te maken, en ziet er de meerwaarde van in. Als de medewerkers meer vertrouwd zijn met het gebruik van de ICF, kan dit naar hun mening een meerwaarde vormen. Men is het er algemeen over eens om geen gebruik te maken van de typering in het begin van het implementatieproces.

3.15 VISIES ROND HET INVOEREN VAN AANPASSINGEN VAN DE ICF

De operationalisering van de ICF doen de centra op verschillende manieren, naast de selectie van categorieën doen bepaalde centra aanpassingen aan het classificatiesysteem en de terminologie, die onder meer terug te vinden is in de verslagen. Zo brengen centra enkele kleine veranderingen aan in de benaming van de categorieën zoals bijvoorbeeld ‘psychomotoriek’ in de plaats van ‘psychomotorische functies’ (b147) of ‘probleemoplossend gedrag’ in de plaats van ‘oplossen van problemen’ (b175). Enkele termen worden gewijzigd omdat men meer wil gebruik maken van de terminologie waarmee men vertrouwd is. Zo hanteren sommige centra de term ‘executieve functies’ die in de ICF onder andere weergegeven wordt door de categorie ‘hogere cognitieve functies’ (b164). Er worden ook elementen toegevoegd waarvan de link met het classificatiesysteem van de ICF onduidelijk is en er worden bepaalde categorieën gegroepeerd onder één categorie. 1/4^{de} van de centra maakt gebruik van een sterk gewijzigde terminologie en classificatiesysteem van de ICF, 1/5^{de} brengt bewust geen aanpassingen aan en de overige centra doen in meerdere en mindere mate aanpassingen aan de terminologie. Bepaalde centra gebruiken bij aanvang strikt de terminologie en het classificatiesysteem en besluiten na verloop van tijd om hier aanpassingen in te doen, andere centra starten met een gewijzigde terminologie die meer aanleunde bij de vertrouwde terminologie en plannen om in de toekomst meer gebruik te maken van de terminologie van de ICF.

De mening of het al dan niet gepast is om aanpassingen aan te brengen in het classificatiesysteem en de terminologie van ICF verschilt. Voorstanders beargumenteren dat de ICF een hulpmiddel is en geen keurslijf. Vandaar moet er op een flexibele manier mee omgegaan worden, zodat het hanteren ervan zo comfortabel mogelijk is voor de medewerkers. Om de verslagen e.d. verstaanbaar te houden voor de ouders, vinden bepaalde centra het noodzakelijk om aanpassingen aan te brengen en bepaalde termen te vereenvoudigen. Zolang het denken centraal staat, is men van mening dat het classificatiesysteem en de bijhorende terminologie moet kunnen aangepast worden.

“Het gaat erover: hoe kunnen we alles bundelen, niet puur om welke termen we gebruiken. Het ene sluit het andere niet uit. Het is niet omdat we teruggekeerd zijn naar andere titels, dat we aanpassingen gedaan hebben in de terminologie, dat we het denken kwijt zijn.”

Anderen waren van mening dat er aanpassingen kunnen gedaan worden nadat er pogingen ondernomen zijn om het classificatiesysteem en de daarbij horende terminologie te leren gebruiken, als er enige expertise ontwikkeld is. Centra zijn het er algemeen over eens dat de discussie over de plaats van specifieke informatie in het classificatiesysteem van de ICF niet centraal mag staan. Het meest essentiële is dat de informatie erin vermeld staat, dat het functioneren holistisch wordt beschreven en er een overzichtelijke structuur is die een meerwaarde biedt om inzicht te krijgen in de complexiteit van het functioneringsprofiel. Veel medewerkers hebben het hier moeilijk mee en focussen zich op de bezorgdheid om de informatie op een correcte manier in het classificatiesysteem te plaatsen.

“We willen vermijden dat we verloren lopen in de discussie waar een term moet staan, want zo gaan we verloren aan het doel van de ICF.”

Respondenten beargumenteerden dat centra het classificatiesysteem van de ICF niet zomaar mogen aanpassen. Eén van de doelstellingen van de ICF, namelijk het komen tot een gemeenschappelijke taal, kan niet bereikt worden als elk centrum de termen verandert.

“Werken met het handboek is het niet gaan veranderen, het is je weg zoeken om het toe te passen. Als er dan zaken zijn die moeten aangepast worden, dan moet dit doorgegeven worden. De ICF wil een gemeenschappelijke taal vormen, maar dit gaat verloren als elk centrum een eigen terminologie vormt.”

De gemeenschappelijke terminologie van de categorieën waarbij aan de hand van concrete definities omschreven wordt welke inhoudelijke aspecten hieronder gevat worden, wordt als een grote meerwaarde van de ICF bevonden. Op die manier kunnen de verschillende medewerkers van verschillende disciplines elkaar goed begrijpen en is er geen discussie over de invulling van de termen. Anderzijds stelde een respondent de vraag in welke mate het noodzakelijk is dat alle medewerkers en alle centra een gemeenschappelijk kader, taal en denkwijze hanteren. Respondenten zijn van mening dat enig consequent gebruik van de ICF belangrijk is, zoals concrete afspraken hoe het classificatiesysteem geïnterpreteerd moet worden en waar bepaalde informatie geplaatst moet worden. Respondenten haalden regelmatig aan dat er momenteel al te veel verschillende interpretaties zijn van het classificatiesysteem en de terminologie, wat veel onduidelijkheden en vragen teweegbrengt. Centra vragen zich af of de centra nog wel met hetzelfde bezig zijn als ze allemaal andere wijzigingen aanbrenghen.

“Naar aanpassingen in de terminologie is er het gevaar dat dit een eigen leven gaat leiden. We kunnen voorstellen geven van: zouden we dit niet zo formuleren? Maar dit ligt wat moeilijk. Welke aanpassingen kan je doen? Je geraakt zo verder en verder weg van het oorspronkelijke. Daarom ben ik geen voorstander van veel te veranderen. Ik begrijp wel dat mensen dingen willen aanpassen in functie van de verstaanbaarheid naar ouders toe.”

Bepaalde centra vinden het belangrijk om de terminologie en de classificatie correct te volgen. Aanpassingen hierop, zoals het veranderen en bijplaatsen van categorieën ervaren ze als een verdoken vorm van weerstand, als een foutieve wijze van gebruik. Ze stellen dat men minder fouten kan maken wanneer men het oorspronkelijke classificatiesysteem en de terminologie volgt.

“We gaan dit aannemen, onze termen gaan we veranderen. Het is tijdsverlies om de termen te gaan veranderen, daar hebben mensen over nagedacht, het is een systeem, we geraken er alle informatie in kwijt.”

Medewerkers vinden dat de aanpassingen het onduidelijk maken. Een medewerkster die aan de hand van het sjabloon voor de verslaggeving op zoek ging naar de oorspronkelijke categorie binnen het classificatiesysteem van de ICF, ervoer dit als niet evident. Het centrum had de naam van de categorie en de plaats in het classificatiesysteem aangepast, waardoor de medewerkster niet wist welke plaats dit element van het functioneren had binnen het classificatiesysteem van de ICF. Het terugvinden van de categorie binnen het classificatiesysteem van de ICF is belangrijk wanneer men de specifieke informatie op een verder niveau wil ordenen of men concreet wil nagaan of de informatie onder de bepaalde categorie geplaatst kan worden. Ook bij het analyseren van de sjablonen voor verslaggeving werd het binnen het onderzoek niet steeds als evident ervaren om bepaalde categorieën te linken met het classificatiesysteem van de ICF.

Ook vanuit de literatuur worden er standpunten ingenomen met betrekking tot het al dan niet veranderen van het classificatiesysteem en de terminologie van de ICF. Threats (2008) stelt dat de ICF niet op een starre wijze gebruikt moet worden maar op een wijze die ondersteuning biedt. Enige consequentie in deze aanpak is echter wel belangrijk. Hij motiveert dat de aanpassingen die gedaan worden, volledig transparant moeten zijn en deze gekend moeten zijn in het centrum. Op termijn kunnen de aanpassingen samengebracht worden en bekeken worden om deze op hoger niveau aan te passen. Wereldwijd verzamelt en bespreekt het WHO reeds voorstellen voor aanpassingen. Threats stelt dat professionals zich niet passief moeten opstellen, dat ze geen afwachtende houding moeten aannemen maar een actieve rol moeten innemen en een verbeterd gebruik in de sector moeten nastreven.

3.16 AANDACHTSPUNTEN MET BETREKKING TOT DE IMPLEMENTATIE EN HET GEBRUIK VAN DE ICF

De respondenten zijn zeer bewust met de implementatie en het gebruik bezig. Vandaar werden er ook heel wat aandachtspunten besproken die in rekening dienen gebracht te worden bij het implementeren en het gebruiken van de ICF. Er werden aandachtspunten gegeven met betrekking tot veranderingsproces, de implementatie van de ICF in de ambulante revalidatiesector en het betrekken van medewerkers.

3.16.1 AANDACHTSPUNTEN MET BETREKKING TOT VERANDERINGSPROCESSEN

De ICF-coördinatoren staan bewust stil bij de veranderingsprocessen naar aanleiding van het implementatieproces van de ICF in hun werking. Er werden concrete tips gegeven om hier mee om te gaan.

De coördinatoren hebben veel aandacht voor het volledige proces, het denken en de visie van de medewerkers neemt een centrale plaats in. Algemeen zijn ze het erover eens dat het belangrijk is dat er kleine stappen worden genomen, dat ze niet te snel mogen gaan en ook voldoende aandacht hebben voor rustpauzes, periodes waarin er geen veranderingen worden doorgevoerd. Anderzijds benadrukten heel wat respondenten ook dat het belangrijk is om verplichtingen op te leggen.

“De weg van de geleidelijkheid is belangrijk om niet te starten met te veel weerstand. Anderzijds moeten we er soms ook voor gaan en zeggen: zo doen we het en niet anders.”

Het voorbereidend werk wordt vaak door een werkgroep gedaan, de coördinatoren vinden het echter belangrijk om het proces zo snel mogelijk door de grote groep te laten dragen, om alle medewerkers actief te betrekken. Om de vele onduidelijkheden bij de medewerkers weg te nemen en voldoende ondersteuning te bieden, moeten er voldoende handvaten aangereikt worden. Met handvaten worden

concrete richtlijnen bedoeld, richtlijnen die uitgewerkt worden aan de hand van handleidingen en ook concrete instrumenten waardoor de ICF vertaald wordt naar de werking. Anderzijds zijn respondenten van mening dat ze niet al te veel richtlijnen mogen geven zodat de medewerkers het leerproces in eigen handen nemen en gestimuleerd worden om zelfstandig aan de slag te gaan. In centra die erg concrete richtlijnen geven, ervaart de werkgroep dat medewerkers al te veel op de werkgroep en de ICF-coördinator leunen en de verantwoordelijkheid voor het zoeken naar een geschikte oplossing uit handen geven. Dit aspect wordt ook verder besproken bij de aandachtspunten met betrekking tot het betrekken van medewerkers.

Hiernaast moet er ook aandacht zijn voor het omgaan met weerstand. Weerstand mag niet als negatief gezien worden, hier moet respect voor getoond worden. Het zwart-wit denken dat soms aanwezig is, moet doorbroken worden, het denken van de medewerkers moet gekaderd worden. Door een gebrek aan kennis zijn er vaak misopvattingen (zie 3.18 Bedenkingen met betrekking tot de ICF).

3.16.2 AANDACHTSPUNTEN MET BETREKKING TOT DE IMPLEMENTATIE VAN DE ICF IN DE AMBULANTE REVALIDATIESECTOR

Naast een stapsgewijze implementatie vinden respondenten het ook belangrijk dat de implementatie van de ICF voldoende intensief is. Het centrum moet een concreet implementatieplan en prioriteiten bepalen en meegeven aan de medewerkers. Enkele coördinatoren vinden het een valkuil om zich zodanig op het gebruik van ICF te richten dat men het doel dreigt te verliezen. Enkele centra liepen een proces door waarbij het gebruik van de ICF als een doel werd gezien, waarbij de visie en de meerwaarde niet langer op de voorgrond stond. Vooral bij de overschakeling naar de verslaggeving lopen sommige medewerkers in de valkuil om het doel, de meerwaarde uit het oog te verliezen. Het werd herhaaldelijk benadrukt dat het doel, het BPS-denkkader hanteren, steeds als vertrekpunt moet gezien worden.

“Het is essentieel dat we ons blijven afvragen: waartoe dient het model? Medewerkers moeten niet denken in de zin van: we doen het omdat het zo hoort. Gewoon het model toepassen in het verslag is fout. Voor wie dient het en waartoe dient het, dit is belangrijk. De functie moet centraal staan, we moeten ons bewust zijn van wat er achter zit.”

Heel wat centra vinden het een meerwaarde dat de ervaringen en expertise over de centra heen gedeeld worden. Dit werd ook duidelijk bij de supervisiewerkgroep van het Sig, waar medewerkers het delen van ervaringen als een grote meerwaarde zagen. Respondenten vinden dat het delen van expertise nog meer mag gebeuren. Anderzijds haalden ze ook aan dat centra hun proces en hun gebruik van de ICF niet zomaar kunnen vergelijken met elkaar, een unieke aanpak en implementatie is van belang. Centra moeten gebruik maken van de ICF op een manier waarop dit bij hun werking aansluit.

Een respondent haalde ook het belang aan van een goed overleg in de interne werkgroep. Het is essentieel dat de personen van de interne werkgroep op één lijn staan, dat ze een gemeenschappelijke visie en kijk hebben op de invulling van de ICF. Dit zorgt voor veel duidelijkheid naar de medewerkers toe wanneer de werkgroep feedback geeft. Respondenten gaven ook aan dat het belangrijk is om een correct en genuanceerd beeld van de ICF naar hun medewerkers over te dragen, wat niet steeds een evidente taak is als er ook voor hun nog heel wat onduidelijkheden zijn. Ze dienen veranderingen voldoende te kaderen en te motiveren zodat medewerkers het waarom ervan begrijpen. Een respondent vertelde het voorbeeld dat hij de boodschap aan zijn medewerkers had gegeven dat ze zich niet langer op de functies, het lichamelijke aspect van het functioneren, dienden te focussen. Dit veroorzaakte heel wat weerstand. Later nuanceerde hij dit bericht door weer te geven dat alle

componenten als evenwaardig moeten gezien worden, dat activiteiten evenwaardig zijn aan functies en participatie.

3.16.3 AANDACHTSPUNTEN MET BETREKKING TOT HET BETREKKEN VAN MEDEWERKERS

Respondenten hebben doorheen het implementatieproces enkele inzichten opgedaan van hoe medewerkers het best dienden betrokken worden gedurende het implementatieproces. Zo is het onder meer belangrijk om de doelstellingen die het centrum wil bereiken door het werken met de ICF concreet te benoemen naar de medewerkers toe. Wanneer het centrum dit niet of onvoldoende doet, heeft dit een effect op de intrinsieke motivatie van de medewerkers. Het is belangrijk om de medewerkers actief in het proces te betrekken en hen de nodige inspraak te geven. Respondenten vinden het essentieel om de intrinsieke motivatie van de medewerkers te bewaken door de visie en de meerwaarde van de ICF te beklemtonen. Om dit voldoende te kunnen bewaken, raden respondenten aan om op geregelde basis follow-up gesprekken te doen met de medewerkers over de ICF. Ook voldoende kadering en informatie, het kaderen van de meerwaarde van de ICF en de nodige herhaling hiervan, werd als aandachtspunt aangehaald om de medewerkers goed te begeleiden doorheen het implementatieproces. Er dient een goede balans te zijn tussen het aanbieden van concrete ondersteuning en het geven van verantwoordelijkheid.

“We ondervonden dat het meer effect had als de medewerkers actief betrokken werden, als ze zelf op zoek moesten gaan naar elementen die ze kunnen gebruiken, wat ze onder die elementen begrepen. Dit is dubbel, we moeten voorbereidend werk doen om iedereen mee te krijgen, om het tastbaar te maken. Maar de valkuil is dat ze niet meer nadenken over de doelstellingen, ze volgen puur het stappenplan.”

Respondenten vinden het ook belangrijk dat de ICF-coördinator en de werkgroep voldoende ondersteund worden. Om hen niet al te veel te belasten, vinden respondenten het goed dat er per discipline of per team één persoon is die als aanspreekpunt fungeert, waar de medewerkers zich toe kunnen richten met specifieke vragen.

3.17 INVLOED OP HET DENKEN EN HET HANDELEN DOOR HET GEBRUIK VAN DE ICF

Doorheen de gesprekken werd de invloed op het denken en handelen concreet besproken. Hierbij wezen de respondenten er ook op dat deze invloed niet enkel kan toegewezen worden aan de implementatie van de ICF, dat er reeds langer sprake is van een dergelijke evolutie in het denken en handelen maar dat dit door de ICF versterkt wordt. Medewerkers worden zich door het gebruik van de ICF meer bewust van deze evolutie in het denken en handelen. Uit de gesprekken viel af te leiden dat er verschillende visies zijn onder de centra en onder de verschillende medewerkers.

Op vlak van het denken is er een meer gelijke manier van denken. Er is in meerdere mate sprake van een gemeenschappelijke blik doordat er vooraf een selectie bepaald wordt van welke aspecten van het functioneren in kaart gebracht worden. Voordien was dit meer therapeutafhankelijk, werd dit meer individueel door de medewerker bepaald. Een meer gelijke manier van denken wordt ook toegeschreven aan het feit dat medewerkers zich meer bewust zijn van hun denken en dit meer bespreekbaar maken. Door bewust te werken rond visievorming worden de verschillen ook duidelijk, waarmee men er binnen de organisatie verder mee aan de slag gaat. Deze gemeenschappelijke blik komt ook de samenwerking ten goede. In een onderzoeksoverleg herhalen medewerkers in mindere mate dezelfde informatie maar bouwen meer verder op hetgeen door andere disciplines aangebracht

wordt. Er wordt meer discipline-overstijgend samengewerkt dan vroeger het geval was. Zo komt men bijvoorbeeld meer en meer tot het besef dat verschillende disciplines aan dezelfde doelstellingen kunnen werken, dat er sprake is van een gedeeld plan.

Respondenten ondervinden ook dat de implementatie van de ICF een grote invloed heeft op het handelen, voornamelijk bij collega's die reeds overtuigd zijn van de biopsychosociale visie. Door de ICF kunnen ze deze visie concreter vertalen in het handelen. Zo zijn medewerkers zich meer bewust van het belang van het actief bevragen en betrekken van de cliënt en zijn ondersteunend netwerk. Doordat er meer belangstelling uitgaat naar participatie en de externe factoren, wordt het belang van samenwerking meer benadrukt.

De ICF zorgt ervoor dat de medewerkers zich meer kritisch opstellen: ze zijn zich meer bewust van welke elementen van het functioneren ze in kaart willen brengen, wat ze bereiken met hun handelen, welk doel ze hierbij voor ogen houden, ze evalueren hun eigen handelen e.d. Medewerkers staan meer stil bij de relevantie van de informatie en van de doelstellingen, ze richten zich meer op de prioriteiten. Men is het er ook algemeen over eens dat men door de implementatie van de ICF in mindere mate stoornisgericht denkt. De onderzoeksresultaten worden minder als uitgangspunt genomen, de observaties en de ruimere context van de persoon staan meer centraal. Het onderzoeksoverleg verloopt efficiënter, men komt tijdens het overleg meer tot een totaalbeeld en een concreet behandelplan.

Ook op de manier waarop het functioneren in kaart gebracht wordt, is er een verandering in het denken en handelen merkbaar. Doordat er een gemeenschappelijk classificatiesysteem is, worden de gegevens meer meegenomen naar de volgende fase zonder dat er nood is aan een bijkomende verwerking van deze gegevens. Zo worden bijvoorbeeld de gegevens van de intake in meerdere mate meegenomen naar de onderzoeksfase. Ook de gegevens uit de onderzoeksfase kunnen meer meegenomen worden naar het adviesgesprek. Voordien was het meer nodig om deze gegevens te herwerken, om een discipline-overstijgend besluit en werkplan te formuleren, wat nu veelal tijdens het onderzoeksoverleg gedaan wordt.

Bij het in kaart brengen van het functioneren wordt er meer discipline-overstijgend gewerkt. Zo denken de verschillende disciplines bijvoorbeeld meer na over een aspect als persoonlijkheid. Wanneer er niet wordt voldaan aan de essentiële voorwaarde van voldoende kennis van de ICF te hebben, kan het gebruik van het classificatiesysteem een negatieve invloed hebben op het handelen. Zo ondervinden respondenten dat medewerkers met een gebrekkige kennis van het classificatiesysteem vaak minder discipline-overstijgend werken vanuit de onzekerheid bij het invullen van ICF-categorieën waar ze te weinig kennis van hebben. Hierdoor beperken ze zich tot de categorieën waarmee ze vertrouwd zijn vanuit hun discipline.

Door het gebruik van de ICF worden de verbanden tussen de verschillende elementen van het functioneren en de context van de persoon explicieter benoemd. Vroeger was men wel op de hoogte dat de verschillende elementen een invloed hadden op elkaar, maar werd dit niet steeds expliciet meegenomen in het handelen. Er wordt meer bij stilgestaan dat er vooraf gericht moet bepaald worden wat er moet getest worden. Ook de link tussen therapie en het dagelijkse leven wordt meer gelegd. De focus ligt meer dan voordien op activiteiten en vooral op participatie. Respondenten haalden veelvuldig de grotere nadruk op participatie aan. Medewerkers staan er ook meer bij stil wat participatie juist inhoudt. Er gaat meer aandacht naar het verschil tussen functies, activiteiten en participatie. Het ordenen van de gegevens volgens deze verschillende componenten werd door enkele respondenten als een meerwaarde aangehaald. Aan de hand van de selectie van categorieën die wordt opgesteld, worden

er ook andere elementen van het functioneren bevraagd dan voordien, het functioneren wordt meer holistisch in kaart gebracht. Hierbij wordt er ook gebruik gemaakt van andere methodieken zoals specifieke vraaggesprekken en observatiemethodieken.

3.18 BEDENKINGEN MET BETREKKING TOT DE ICF

De respondenten hebben ook bedenkingen met betrekking tot de ICF. Deze bedenkingen hangen deels samen met de cognitieve shift die verwacht wordt en met de zoektocht naar hoe de ICF kan geoperationaliseerd worden naar de werking van de CAR. Doordat er nog heel wat vragen en onduidelijkheden zijn in deze zoektocht, ontstaan er bedenkingen. Deze bedenkingen geven aan dat er misopvattingen zijn over de ICF. Het is een doelstelling om vanuit het expertisecentrum een antwoord te kunnen bieden op deze bedenkingen, om deze bedenkingen in een ander kader te plaatsen. Om te vermijden dat deze misopvattingen overgenomen worden, worden deze kort gekaderd, zowel vanuit de expertise van het ICF-Lab als vanuit de literatuur.

Een bedenking die veelvuldig weergegeven werd, is dat wanneer het functioneren van de cliënt wordt beschreven aan de hand van het classificatiesysteem van de ICF, dat de informatie gefragmenteerd wordt weergegeven waardoor de rode draad, het totaalbeeld verloren gaat. Zo vinden sommige medewerkers dat door deze versnipperde weergave de verbanden meer zelf gezocht moeten worden. Er werd aangegeven dat de ICF er veelal voor zorgt dat men zich bij de verslagen enkel beperkt tot de essentie, het invullen van de specifieke categorieën. In tegenstelling tot vroeger schreven medewerkers het verslag veel minder in verhaalvorm uit. Sommige medewerkers hebben het moeilijk met deze verandering. Ze gaven de bedenking dat de informatie die wordt weergegeven in het verslag te beperkt is. Zo was er de bezorgdheid dat er te weinig info voorhanden was als het kind bijvoorbeeld ondersteund werd door een andere therapeut. Anderzijds werd ook de bedenking gegeven dat bij de ICF het analyseren en het coderen al te centraal staat. Centra vinden het niet de taak van een CAR om een kind in dergelijke mate te analyseren en te coderen. De literatuur geeft aan dat de professional zich vooraf dient af te vragen wat het doel is van het verslag en welke mate van gedetailleerdheid er nodig is (zie 1.5.5 Vragen voorafgaand aan het gebruik van de ICF). Niet alle informatie dient via de ICF weergegeven te worden, hiernaast kunnen ook andere nota's worden gebruikt (APA, 2003 in Threats, 2008). Het is niet de opzet van de ICF om de overige nota's te vervangen. De ICF stelt niet hoe gedetailleerd de informatie wordt weergegeven, dit bepaalt de professional die de ICF als middel gebruikt. Het is aan de professional om vooraf de omvang van het in kaart brengen van het functioneringsprofiel te bepalen. Aan de hand daarvan kan bepaald worden hoe precies de informatie zal weergegeven worden.

Een andere geformuleerde bedenking was dat de diagnoses onvoldoende aangetoond kunnen worden door de ICF. Sommige medewerkers verkiezen om het functioneren diagnosegericht te beschrijven. Ze zijn van mening dat op deze manier de diagnose, zoals ASS of ADHD, veel duidelijker aangetoond kan worden. De ICF is echter een methode om het functioneren op een holistische wijze te beschrijven, het is geen systeem om de diagnose in kaart te brengen (Australian Institute of Health and Welfare, 2003). De ICF stapt bewust af van een diagnosegerichte benadering, het wil verder kijken dan de diagnose: de persoon heeft bijvoorbeeld ASS maar wat betekent dit voor het functioneren van de persoon, op welke elementen heeft dit een invloed? Op basis van deze informatie kan er een behandelplan opgesteld worden. Elke diagnose kan een erg verschillende invloed hebben op het functioneren en zal dus resulteren in verschillende behandelplannen. Op basis van de diagnose kan er geen vorm gegeven worden aan het hulpverleningsproces, hiervoor is er nood aan een functioneringsprofiel. Aan de hand van de ICF kan er een holistisch functioneringsprofiel opgesteld worden.

Medewerkers ervaren dat het ordenen van de gegevens volgens het classificatiesysteem van de ICF ervoor zorgt dat de informatie dubbel geschreven wordt. Zo wordt een specifiek probleem vaak bij functies geschreven, bij activiteiten herhaald en in het besluit voor een derde keer vermeld. Medewerkers vinden het onduidelijk op welke manier ze deze gegevens op een verschillende wijze kunnen weergeven zodat deze verschillende perspectieven een meerwaarde vormen. Medewerkers die meer kennis hebben van de ICF ervaren het belang van aspecten van het functioneren vanuit verschillende invalshoeken te bekijken: gelijkenissen en verschillen tussen deze invalshoeken bieden belangrijke indicaties.

Respondenten gaven herhaaldelijk de bemerking dat er geen eenduidigheid is over een concrete invulling van de componenten en categorieën. Medewerkers vinden dat bepaalde elementen te weinig zijn uitgewerkt in de ICF, waardoor het niet duidelijk is waar welke informatie geplaatst moet worden. Er werd ook gesteld dat de ICF niet toegespitst is op de sector van de CAR waardoor er een gemis aan specifieke aspecten is die toegepast worden in de werking. Ze vinden dat de categorieën vaak te beperkt en abstract geformuleerd zijn. Een centrum dat de ICF nog niet expliciet implementeerde, haalde aan dat het een vrij medisch kader is en dat het niet duidelijk is hoe dit kan aansluiten bij de werking van een CAR. Deze bedenkingen geven aan dat het gebruik van ICF nog specifieker moet geoperationaliseerd worden. De ICF is geen instrument dat rechte reeks kan toegepast worden, het is een kader en classificatiesysteem waarbij het noodzakelijk is dat dit geoperationaliseerd wordt naar de eigen werking. De biopsychosociale visie die onlosmakelijk verbonden is met de ICF, is niet steeds duidelijk.

Een ander aspect dat werd vernoemd, is dat het ontwikkelingsaspect onvoldoende kan worden weergegeven via de ICF-CY. De onduidelijkheid van wat participatie voor een jong kind inhoudt, werd meermaals vermeld. De bedenking werd gegeven dat de ICF te individualiserend is, dat participatie wordt gezien als een persoonlijke tekortkoming en het individu hierbij centraal staat. Bij deze bedenking kan gekaderd worden dat de ICF inderdaad het functioneren van een individueel persoon beschrijft, de invloeden van de omgeving kunnen hierbij omschreven worden. Coster en Khentani (2008) erkennen dat er nood is aan instrumenten om participatie bij kinderen in kaart te brengen. Bij heel jonge kinderen is er nauwelijks sprake van participatie omdat ze nog niet deelnemen aan het maatschappelijke leven.

3.19 TOEKOMSTIGE PLANNEN EN VERBETERPUNTEN

Aangezien de bevroegde centra zich op verschillende niveaus bevinden met betrekking tot het gebruik en de implementatie van de ICF, hebben ze heel wat verschillende toekomstige plannen en verbeterpunten. Wat bij bepaalde centra reeds geïmplementeerd is en als een invloed ervaren wordt, wordt bij andere centra als een toekomstig plan of verbeterpunt ervaren. Vandaar is er enige overlap tussen deze onderdelen. Bepaalde centra plannen om bepaalde aspecten toe te passen of te verbeteren die andere centra reeds bereikt hebben.

3.19.1 OP VLAK VAN HET IMPLEMENTATIEPROCES

Bepaalde centra ondervinden dat het voor de trekkers en dus ook voor de medewerkers niet duidelijk is waar men naartoe wil. Men kwam tot de conclusie dat er een concreet implementatieplan moet opgesteld worden, of als dit er al deels is, dit in concrete stappen moet uitgeschreven worden. De respondenten vinden dat dit implementatieplan van groot belang is voor de motivatie van de medewerkers. Hoe concreter dit is, hoe meer de medewerkers gemotiveerd zijn om dit uit te voeren.

Sommige centra zullen in de toekomst de verschillende documenten die er zijn vormgegeven ter vertaling van de ICF meer stroomlijnen. Gedurende het implementatieproces worden er telkens nieuwe

instrumenten ontwikkeld, die telkens een ander doel hebben. Nadat deze verschillende documenten ontwikkeld zijn, moeten deze op elkaar kunnen afgestemd worden en indien mogelijk kunnen twee documenten vervangen worden door één. Het implementeren van de ICF zorgt voor heel wat veranderingen in het denken en handelen van de medewerkers. Vandaar planden enkele centra om de visietekst en/of het kwaliteitshandboek na enige tijd te evalueren en bij te sturen. Ze vinden dit belangrijk voor de intrinsieke motivatie van de medewerkers. Het opstellen of het verder uitwerken van een handleiding van hoe het classificatiesysteem van de ICF dient geïnterpreteerd te worden en hoe de info verzameld en geordend dient te worden, behoort bij de meeste centra tot de toekomstige plannen.

3.19.2 OP VLAK VAN HET MEER EVOLUEREN NAAR EEN ICF-GERICHT DENKEN EN HANDELEN

De coördinatoren hebben een goed zicht op de concrete toekomstige plannen en verbeterpunten die ervoor zullen zorgen dat er meer ICF-gericht gedacht en gehandeld wordt. Respondenten gaven aan dat ze hier bewust rond werken. Ze beklemtoonden dat de verbeterpunten voor de toekomstige werking in de meeste situaties reeds verbeterd zijn. Deze verbeter- en aandachtspunten zijn ook niet nieuw door de implementatie van de ICF, ze waren steeds aanwezig in de werking, maar door de implementatie van ICF komen deze aspecten meer op de voorgrond.

De respondenten willen de ICF in meer facetten van het begeleidingsproces toepassen, de centra die de ICF momenteel implementeren in de onderzoeksfase, bekijken om dit op termijn ook toe te passen in de behandel fase. Ook hebben veel centra het plan om bepaalde instrumenten (meer) te ontwikkelen volgens de ICF. Zo haalden respondenten regelmatig aan dat ze (meer) gebruik willen maken van het classificatiesysteem en de daarbij horende terminologie van de ICF, zoals voor het ordenen van het verslag of voor het opstellen van aanmeldings- en intakeformulieren. Ook (meer) gebruik maken van het ICF-schema is een werkpunt dat regelmatig werd vermeld. Enkele centra willen op termijn het aantal verslagen en de omvang van de verslagen beperken. Bij enkele centra worden er door de implementatie van ICF meer verslagen gemaakt dan voordien, het ICF-verslag vervangt niet volledig het voorgaande verslag, wat voor extra werk zorgt. Voor enkele centra die de indeling en de terminologie nog volop aan het leren zijn, is het een verbeterpunt om de gegevens rechte lijn te vertalen naar het classificatiesysteem. In de beginfase is er vaak sprake van een tussenstap waarbij de gegevens op reguliere wijze genoteerd worden om vervolgens te vertalen naar de ICF. Ook de wens om meer kennis van het classificatiesysteem te verwerven zodat de medewerkers de gegevens vlotter kunnen ordenen, was een veel voorkomend verbeterpunt. Enkele centra overwegen het gebruik van de codes en/of typering; ze willen de mogelijke meerwaarde ervan verkennen.

Het meer discipline-overschrijdend denken en handelen en het meer samenwerken werd regelmatig aangehaald als verbeterpunt. Ondanks de verbetering op dit vlak, blijft dit in vele centra een aandachtspunt. Ook minder diagnostisch, stoornisgericht werken en gericht testen bepalen waarbij men meer loskomt van de testbatterij vormde een bekommernis. Voornamelijk in de behandel fase vinden medewerkers het niet evident om minder stoornisgericht te werken. Respondenten vermeldden regelmatig het verbeterpunt om de teamvergadering meer volgens het classificatiesysteem van de ICF te laten verlopen waarbij medewerkers meer aandacht hebben voor het participatie-aspect en de hulpvraag en in mindere mate de nadruk leggen op een beschrijving van de functie-gerelateerde onderzoeksresultaten.

Medewerkers willen in de toekomst bepaalde gegevens meer gericht observeren en bevragen, ze willen hun blik nog meer verruimen. Hiernaast willen ze nog meer focussen op het in kaart brengen van

verbanden tussen bepaalde elementen. Evenzeer het gegeven dat alle elementen een impact hebben in de werking wordt bewust meegenomen in het denken en handelen. Specifiek met betrekking tot activiteiten en participatie, elementen die meer op de voorgrond komen door de implementatie van de ICF, vernoemden respondenten volgende verbeterpunten: het beter en gericht bevragen van deze component, dit bewuster meenemen in de werking en meer de link leggen tussen activiteiten en participatie. Ook was het een verbeterpunt om meer rekening te houden met de positieve elementen en deze bewust mee te nemen in het handelen. Er is, aldus de respondenten, ook nog groei mogelijk op vlak van het in kaart brengen van de beleving van het kind alsook van de belemmerende en ondersteunende factoren.

Op vlak van het opstellen van doelstellingen van het behandelplan en het betrekken van het betekenisvolle netwerk en de cliënt werden ook heel wat aandachts- en verbeterpunten geformuleerd. Enkele centra formuleerden de uitdaging om doelstellingen op te stellen aan de hand van het ICF-kader, volgens de componenten van de ICF. Hoe ze dit kunnen doen, is hen niet volledig duidelijk. Respondenten vinden dat de doelstellingen meer op het niveau van activiteiten en participatie moeten geformuleerd worden, dat de focus op het formuleren van doelstellingen op functieniveau moet verlegd worden. Verder is een aandachtspunt dat de doelstellingen volgens het SMART-principe geformuleerd worden. In sommige centra vinden medewerkers het een verbeterpunt dat het behandelplan nu meer vorm krijgt gedurende het teamoverleg. In andere centra ligt de nadruk van het teamoverleg op het in kaart brengen van het functioneren van de cliënt waardoor er geen of onvoldoende tijd is om de doelstellingen te bespreken en het behandelplan vorm te geven. Respondenten haalden bovendien aan dat het opstellen van een prioriteitenplan, het bespreken op welke doelstellingen de prioriteit ligt en het gericht bijsturen van doelstellingen door deze op meer regelmatige basis te bespreken, verbeterpunten zijn. Doordat het conceptuele kader van de ICF de nadruk legt op het participatieve aspect, het actief betrekken van de cliënt en de ouders en het bevorderen van empowerment, wordt er kritisch nagedacht over deze elementen. Dit wil men in de toekomst nog meer meenemen in de werking. Zo wil men de hulpvragen meer vanuit de verschillende partijen in kaart brengen, meer rekening houden met de beleving van de cliënt, de ouders en andere betekenisvolle personen uit de context en deze meer gericht bevragen. Zo werd het enkele malen vermeld dat het kind meer standaard bevraagd zal worden met betrekking tot de hulpvraag en de beleving van het functioneren. Enkele centra willen in de toekomst een bijkomend gesprek met de ouders standaard in het proces plannen, dit voor of tijdens de onderzoeksfase of bij de aanvang van de behandelphase. Een ander streefdoel is het meer vertrekken van de gedeelde verantwoordelijkheid waarbij men ouders wil coachen om hun kind te ondersteunen.

3.20 ONDERVONDEN HINDERNISSEN BIJ HET GEBRUIK VAN DE ICF GEDURENDE HET IMPLEMENTATIEPROCES

De hindernissen die ervaren worden gedurende het implementatieproces zijn deels verbonden met de voorwaarden om de ICF te implementeren (zie 3.3). Wanneer er onvoldoende voldaan is aan bepaalde voorwaarden, zoals bijvoorbeeld het bezitten van voldoende kennis, ervaren medewerkers hindernissen om de ICF te implementeren. Daarnaast zijn deze hindernissen verbonden met het gegeven dat het geen evidente taak is om de ICF te implementeren en ook met de hindernissen die eigen zijn aan de werking van de ambulante revalidatiecentra.

3.20.1 INHOUDELIJKE HINDERNISSEN

De meeste centra ondervonden het als een hindernis dat er een gebrek is aan voldoende kennis van de ICF. Wanneer de medewerkers onvoldoende kennis en inzicht hebben in het classificatiesysteem van de ICF, vormt dit een inhoudelijke hindernis om het classificatiesysteem te hanteren. Zo is het dan te

moeilijk om gegevens te ordenen volgens het classificatiesysteem van de ICF. De respondenten haalden regelmatig aan dat de ICF vrij complex en moeilijk is om over te brengen naar de medewerkers.

“We hebben het gevoel dat het vaag blijft voor de medewerkers. De kennis, de visie blijft niet hangen, ook niet nadat het enkele malen herhaald werd.”

Wanneer niet voldaan is aan de voorwaarde om de biopsychosociale visie te bezitten, lopen medewerkers het risico om de ICF op een verkeerde wijze toe te passen. De onduidelijkheden die er zijn naar hoe de ICF nu op een gepaste manier kan gebruikt worden, werd regelmatig aangehaald als een hindernis gedurende het implementatieproces. Zowel ICF-coördinatoren als medewerkers ervaren een gebrek aan ondersteuning, aan duidelijkheid hoe de ICF kan gehanteerd en geïmplementeerd worden. Enkele ICF-coördinatoren gaven aan dat ze met heel wat vragen zitten en dat niemand deze concreet kan beantwoorden. Het veranderingsproces op zich, de cognitieve shift die van medewerkers verwacht wordt, wordt als een hindernis ervaren. Respondenten ervaren dat de weerstand van de medewerkers voor een sterke vertraging van het implementatieproces zorgt.

3.20.2 PRAKTISCHE OF ORGANISATORISCHE HINDERNISSEN

De praktische of organisatorische hindernissen die ervaren worden, zijn doorgaans hindernissen die algemeen verbonden zijn met de werking van een ambulant revalidatiecentrum. Door het gebruik en de implementatie van de ICF, door bijvoorbeeld meer aandacht te hebben voor het betrekken van de ouders, het centraal stellen van de hulpvraag, een grotere samenwerking tussen de verschillende disciplines onderling e.d., komen deze hindernissen meer op de voorgrond. Hierdoor maken ze deel uit van de hindernissen die ondervonden worden bij het implementatieproces.

Het gebrek aan tijd omwille van de hoge werkdruk wordt regelmatig als een praktische hindernis ervaren. Door deze beperkte tijd en versnipperde uurroosters is het niet evident om de zaken concreet te bekijken, om de medewerkers hierbij goed te begeleiden en actief bij het proces te betrekken, om te overleggen met de werkgroep en een algemeen overleg te plannen. Er is een beperkte tijd om te leren werken met de ICF. In sommige centra zijn er nauwelijks momenten waarbij alle personeelsleden samen aanwezig zijn. De zoektocht om te leren werken met het classificatiesysteem van ICF leidt er in sommige gevallen toe dat het opstellen van verslagen minder vlot gaat. Door tijdsgebrek worden bepaalde elementen niet ingevuld, waardoor de verslagen minder informatie bevatten. Hiernaast is het door de hoge werkdruk en de complexe uurroosters niet evident om de doelstellingen tussentijds te bespreken zodat deze flexibel kunnen aangepast worden aan de veranderende hulpvraag. Ook het aanpassen van de therapie aan de mogelijks gewijzigde noden van het kind is een uitdaging die niet steeds kan bereikt worden. Vooral grote centra hechten veel belang aan een vaste, voorspelbare structuur van de werking.

Centra ervaren het als niet evident om ouders praktisch te betrekken. Zo kunnen sommige ouders omwille van hun werk niet langs komen gedurende de openingsuren van het centrum. Ook op vlak van ICT werden er hindernissen gesignaleerd, o.a. dat medewerkers niet tegelijkertijd aan eenzelfde verslag kunnen werken, wat een vereiste is als men een gemeenschappelijk schema en verslag wil. Via onderlinge afspraken wordt naar een oplossing gezocht. Het digitaal invullen van het ICF-schema via Word vormt een praktische hindernis. Sommige centra zijn niet tevreden met de lay-out die ze zelf vormgaven en vinden dat het schema op die manier weinig overzichtelijkheid biedt. Enkele centra hebben hun werking nog niet volledig gedigitaliseerd, het maken van verslagen op papier, vormt een hindernis naar samenwerking toe.

Een volgende praktische hindernis waar herhaaldelijk naar verwezen werd, is de aanwezigheid van de lange wachttijden. Doordat het kind langer dan een jaar moet wachten voordat de onderzoeken en/of de therapieën kunnen starten, is het functioneren dat in kaart gebracht wordt aan de hand van de ICF niet meer up-to-date. Sommige centra stellen zich de vraag hoe ze dit kunnen aanpakken.

3.20.3 HINDERISSEN OP VLAK VAN REGELGEVING, HET BELEIDSMATIGE ASPECT

Er werd tijdens het onderzoek gewezen op de tegenstrijdigheid tussen de visie van de ICF en de regelgeving van het Riziv. Centra doen soms extra testen zodat er voldoende klinische percentielen in kaart gebracht worden, wat essentieel is in het kader van een terugbetaling van het Riziv. Er wordt een spanningsveld ervaren om functies te testen en cijfermatige gegevens weer te geven.

Verskillende medewerkers willen de context graag actief betrekken en willen zich ook verplaatsen naar de natuurlijke omgeving van de cliënt. Aangezien volgens de regelgeving van het Riziv extramurale activiteiten uitzonderlijk zijn, wordt dit door sommigen als een hindernis ervaren. Andere medewerkers vinden dat ze ondanks deze regelgeving voldoende vrijheid hiervoor hebben. Medewerkers vinden dat de doelgroepen, diagnoses en disciplines deels in strijd zijn met de ICF.

“We mogen niet vasthouden aan de eigen discipline, we moeten flexibel zijn. Dit is wat de ICF zegt. Het Riziv spreekt dit deels tegen, we moeten specifieke prestaties afleveren, disciplines staan er centraal.”

Ook de regels met betrekking tot beroepsgeheim werden aangehaald als een hindernis. Medewerkers ervaren het als storend dat de informatie niet zomaar vrij kan gedeeld worden tussen de verschillende betrokkenen en tussen verschillende organisaties. Dit vormt een belemmering voor een vlotte samenwerking. Er moet echter benadrukt worden dat privacy van belang blijft. Er kan heel wat informatie gedeeld worden tussen verschillende organisaties wanneer er de toestemming is van de betrokken persoon. Een open communicatie met de betrokkenen blijft van belang.

Ondanks de gesignaleerde hindernissen, zijn er ook enkele centra die op vlak van regelgeving geen hindernissen ondervinden om de ICF te implementeren en te hanteren. Naar hun mening zijn het zaken waar ze rekening mee kunnen houden en een oplossing voor kunnen bedenken.

3.21 DE IMPLEMENTATIE VAN DE ICF: TIJDINVESTERING OF TIJDBESPARING?

De meningen zijn verdeeld of het gebruik van de ICF een tijdinvestering of een tijdbesparing is. De respondenten zijn het er algemeen over eens dat er bij het begin van het implementatieproces sprake is van tijdinvestering. De zoektocht naar hoe de ICF geïmplementeerd kan worden, vraagt tijd. Ook het begeleiden van de medewerkers bij de cognitieve shift en de inspanningen met het vertrouwd raken met het theoretische kader, de vormingen die noodzakelijk zijn om deze kennis en visie naar medewerkers over te brengen, nemen de nodige tijd in beslag. Vervolgens wordt ook de nodige tijd en inspanningen verwacht voor het operationaliseren van de ICF naar de eigen werking, o.a. het ontwikkelen van instrumenten. Nadat de theoretische kennis is overgebracht en de instrumenten ontwikkeld zijn, moeten de medewerkers leren om het nieuwe classificatiesysteem te hanteren, om de gegevens te ordenen en te verzamelen volgens de nieuwe indeling. Respondenten gaven ook aan dat door het gebruik van de ICF de gegevens meer geanalyseerd worden weergegeven en verzameld, wat meer tijd in beslag neemt. De verwachting van het meer analytisch weergeven van de gegevens, wat deels een misopvatting is, werd reeds voordien gekaderd bij ‘Bedenkingen met betrekking tot de ICF’.

Respondenten ervaren na het eerste deel van het implementatieproces dat het gebruik van de ICF tijdbesparend is. Doordat de medewerkers zich meer kritisch opstellen, o.a. gericht bepalen welke

onderzoeken dienen te gebeuren, gaan ze sneller over tot handelen. De selectie van categorieën die vooraf werd opgemaakt, geeft bovendien heel wat richtlijnen en inspiratie naar wat men in kaart kan brengen. Door dit te toetsen met de situatie en de hulpvraag van de cliënt kan men dit sneller bepalen. Hierdoor neemt men een meer gemeenschappelijke kijk aan, wat de samenwerking ten goede komt en tijdbesparend is. Enkele centra gaven aan dat ze op termijn ook niet langer tijd zullen verliezen aan discussies over wat men bedoelt met een bepaalde term als ze consequent gebruik zullen maken van de ICF-terminologie.

Eens medewerkers vertrouwd zijn met het classificatiesysteem vinden ze het ook eenvoudiger om een verslag op te stellen door de voorgestructureerdheid. Doordat de duidelijke structuur reeds vooraf is aangebracht, moeten ze zelf veel minder zoeken naar hoe de zaken logisch geordend worden. Bovendien vindt men door de vaste structuur de elementen sneller terug en heeft men op deze manier sneller zicht op het geheel. Hiernaast werd ook enkele malen aangehaald dat door het gebruik van de ICF, de gegevens gerichter meegenomen kunnen worden doordat ze volgens hetzelfde classificatiesysteem opgebouwd zijn. Hierdoor verliest men geen tijd om de gegevens te herschrijven. Wanneer de gegevens van het onderzoeksoverleg geordend zijn volgens het classificatiesysteem van de ICF wordt dit als tijdbesparend ervaren voor het adviesgesprek. Het biedt een logische structuur die rechtstreeks aan de ouders kan voorgelegd worden. Er werd regelmatig aangehaald dat de middelen door het gebruik van de ICF op een efficiëntere wijze worden ingezet waardoor dit na enige tijdinvestering een tijdwinst betekent.

Ook onderzoek toont aan dat het gebruik van de ICF na een half jaar tot een jaar tijds- en kwaliteitswinst oplevert (Buitenhek & Isarin, 2012). Doordat de samenwerking met de verschillende betrokkenen beter verloopt, zijn de interventies en de behandeldoelen meer geschikt voor de situatie van de cliënt.

3.22 ERVARINGEN VAN DE MEDEWERKERS

Respondenten ervaren dat de meeste medewerkers open staan voor de biopsychosociale visie, maar dat het onduidelijk is voor de medewerkers hoe ze dit denken kunnen vertalen naar hun handelen. De mate waarin de biopsychosociale visie gehanteerd wordt, is verschillend van medewerker tot medewerker.

In elk centrum kunnen de medewerkers min of meer opgedeeld worden in drie groepen. De respondenten stonden er bij stil dat verschillende houdingen van medewerkers een andere aanpak vereisen. Er is de groep van medewerkers die enthousiast is over ICF, zij zien de meerwaarde in van het gebruik van de ICF. Het is belangrijk dat deze personen in de groep van trekkers zitten, dat het enthousiasme van deze personen wordt aangesproken om het implementatieproces vorm te geven. Daarnaast is er de groep van medewerkers die kritisch positief is ten opzichte van de ICF. Ze geven aan dat ze achter de visie staan en vinden het positief dat de ICF geïmplementeerd wordt, maar ze hebben kritische bedenkingen met betrekking tot het gebruik ervan. Bij deze groep is het belangrijk om hun vragen en bedenkingen in kaart te brengen. ICF-coördinatoren ervaren die kritische zin als erg belangrijk in het implementatieproces, het stellen van vragen wordt dan ook aangemoedigd. Hiernaast is er de groep medewerkers die kritisch negatief tegenover de ICF staat. Hierbij staan sommige medewerkers wel achter de visie van het biopsychosociale model, maar ze vinden het moeilijk om dit denken te vertalen naar het handelen, om bijvoorbeeld op een holistische wijze naar het functioneren te kijken, ruimer dan de blik van hun eigen discipline. Deze personen stellen zich de vraag waarom het nodig is om de ICF te implementeren in de werking. Ideeën als “is alles wat ik voordien deed dan zo verkeerd?” of “betrokken instanties en de ouders waren altijd zeer tevreden van ons verslagen, waarom moeten we die indeling nu veranderen?” werden aangehaald. Bij die medewerkers is het vooral belangrijk dat het doel en de meerwaarde van de ICF beklemtoond wordt.

3.22.1 VERKLARINGEN VOOR DE VERSCHILLENDE ERVARINGEN

Er werd ook gezocht naar verklaringen voor de verschillende ervaringen van de medewerkers. Een reden die aangehaald werd, is het verschil in jaren ervaring tussen de medewerkers. Vooral de oudere collega's, de collega's met veel jaren ervaring, vinden de aanpassing moeilijk. Door hun jarenlange expertise in de sector komt hun handelen als meer evident over waardoor het moeilijker is om dit kritisch in vraag te stellen en te veranderen. Men is het er algemeen over eens dat het een groot verschil maakt wanneer medewerkers het biopsychosociale denkkader en de ICF in hun opleiding gezien hebben. Door deze denkwijze en kennis kunnen ze dit eenvoudiger vertalen naar het handelen. Voor de medewerkers die hun job pas aanvatten gedurende de implementatie, is het minder moeilijk omdat ze geen vergelijking dienen te maken met een vorige aanpak.

Een ander aspect dat regelmatig werd vermeld, is het verschil in disciplines, de kijk die met een bepaalde discipline verbonden is. Heel wat respondenten ervaren dat artsen en psychiaters het hier doorgaans het moeilijkst mee hebben. Ze verklaarden dit enerzijds vanuit de medische, functionele geschooldheid en anderzijds vanuit praktische redenen. Doordat artsen vaak meer dan andere disciplines in verschillende settings werken, zijn ze in beperktere mate aanwezig. Hierdoor worden ze minder betrokken bij het implementatieproces van de ICF, zoals bijvoorbeeld het deelnemen aan vormingen. Er werd ook aangehaald dat artsen hierdoor verder afstaan van de andere therapeuten. Net zoals de andere verklaringen kan dit niet veralgemeend worden, in enkele centra waren de artsen actief betrokken of zelf trekker van het implementatieproces. In de centra waarbij artsen zich goed konden vinden in BPS-denken, werd aangehaald dat deze artsen doorgaans in meerdere mate in revalidatiecentra werkten. Aangezien ze er bewust voor kozen om in groepsverband te werken, had dit een impact op hun visie op het functioneren. De meerderheid van de respondenten ondervindt dat de visie van de ICF het best aansluit bij deze van de psychologen en de orthopedagogen. Maar ook het tegenovergestelde, dat het voor de psychologen en orthopedagogen moeilijk is om de BPS-visie te hanteren, werd vernoemd. Ook de mate waarin de leidinggevenden deze visie hanteren en betrokken waren in het implementatieproces, had een invloed op de ervaringen van de medewerkers.

Een ander verschil dat werd aangehaald, is het verschil in de dynamiek van teams. Medewerkers die overtuigd waren van de meerwaarde van de ICF, die het proces trekken en andere medewerkers inspireren, heeft een duidelijke invloed op de dynamiek in de teams en dus op het implementatieproces. Ook naar de doelgroepen waren er verschillen in het gebruik en beleving van de ICF. Respondenten vinden dat de ICF zich meer leent om het functioneren van personen met NAH in kaart te brengen. Teams die rond deze doelgroep werken, hebben hierdoor een positievere ervaring met de ICF. Ook is de ervaring van medewerkers sterk afhankelijk van de persoonlijkheid van de medewerker: de mate waarin hij of zij ruimdenkend en kritisch is en al dan niet open staat voor verandering. De ervaring is ook afhankelijk van moment tot moment. Op momenten waarop het minder druk is, staan medewerkers meer positief tegenover de ICF, ze zijn meer bereid om op zoek te gaan naar hoe ze het kunnen gebruiken. Op momenten waarop het druk is, is er meer sprake van ergernissen. Ook de mate waarin er voldaan is aan de voorwaarden voor de implementatie, is een bepalende factor. In het begin van het implementatieproces is er algemeen meer sprake van weerstand door de misopvattingen en onduidelijkheden die er zijn over de ICF. Hiernaast zijn de ervaringen van de medewerkers erg afhankelijk van de verwachtingen die er gesteld worden door het centrum. Als het centrum verwacht om actief gebruik te maken van het ICF-classificatiesysteem wanneer er nog onvoldoende kennis over verworven is, wordt dit negatief ervaren door de medewerkers. Ook de cultuur van het centrum, de mate waarin er mogelijkheid is om open feedback te delen en zaken te bespreken, is een bepalende

factor bij hoe de ICF ervaren wordt. Bij centra met een open cultuur, waar op een directe manier feedback gegeven wordt, is er minder sprake van weerstand.

3.22.2 ERVAREN MOEILIKHEDEN DOOR DE MEDEWERKERS OP INHOUDELIJK EN PRAKTISCH VLAK

Respondenten zijn het erover eens dat de cognitieve shift, het veranderen van de manier van denken en het vertalen naar het handelen, niet evident is voor de medewerkers. De mate van weerstand, de ervaringen van de medewerkers, is erg verschillend per centrum.

Respondenten ervaren dat medewerkers schrik voor het onbekende tonen, medewerkers vrezen dat het gebruik van de ICF allerlei negatieve gevolgen met zich zal meebrengen zoals het verlies van informatie, het verlies van hun discipline en hun deskundigheid. Vooral wanneer de meerwaarde van het classificatiesysteem niet duidelijk is, vertonen de medewerkers weerstand. Medewerkers hebben vanuit dit idee weerstand voor de beknoptere verslaggeving die verwacht wordt of om zaken weer te geven die niet strikt bij hun discipline horen. Het niet vermelden van de details van de onderzoeksresultaten en van specifieke anekdotes, wordt als moeilijk ervaren. Bepaalde keuzes van centra, bijvoorbeeld het beknopt uitschrijven van de verslagen, worden onlosmakelijk verbonden met de ICF, waardoor de weerstand hiertegen verbonden wordt met de weerstand ten aanzien van de ICF. Ook het afwijken van de testbatterij wordt in sommige centra als moeilijk ervaren vanuit de schrik om iets over het hoofd te zien. Medewerkers vinden het belangrijk om hun eigen expertise te beklemtonen. Van hieruit ervaren sommige medewerkers het als niet evident om discipline-overschrijdend te werken en te evolueren van een multidisciplinaire- naar een inter- tot transdisciplinaire aanpak.

Hiernaast ervaren de medewerkers onzekerheid voor bepaalde nieuwe aspecten die van hen verwacht worden, waar ze nog onvoldoende expertise van hebben zoals contact met de ouders, het in kaart brengen van het functioneren op niveau van activiteiten waarbij andere methodes zoals spelobservaties verwacht worden en het weergeven van zaken die niet strikt bij hun discipline horen. Zo vinden bepaalde medewerkers het moeilijk om iets te zeggen over het temperament van het kind en vinden ze het de taak van de psycholoog om dit te beschrijven. Doordat de invulling van bepaalde categorieën niet duidelijk is, beperken sommige medewerkers zich tot de categorieën die voor hen wel duidelijk zijn, die meer tot hun eigen discipline behoren. Zoals reeds aangehaald, beklemtoont deze valkuil het belang van de voorwaarde om voldoende kennis te hebben van het classificatiesysteem van de ICF voordat het kan toegepast worden.

Er werd ook enkele malen aangegeven dat medewerkers het moeilijk vinden om afstand te nemen van het professionele standpunt. Zo werd het bijvoorbeeld als moeilijk bevonden om coachend naar de ouders op te treden wanneer de professionele hulpvraag verschillend was van deze van het kind en/of de ouders. Doordat heel wat medewerkers zoekend zijn in het implementatieproces, er heel wat vragen en onduidelijkheden zijn, versterken de medewerkers elkaars weerstand en onzekerheid. Door deze zoekende houding bekijken de medewerkers de ICF al snel zwart-wit. Zoals reeds beschreven bij de ervaren hindernissen, ervaren medewerkers weerstand omwille van bepaalde twijfels en onduidelijkheden bij het ordenen van de gegevens in het classificatiesysteem.

3.23 GEBRUIK VAN ANDERE MODELLEN EN KADERS

In verschillende centra wordt er in combinatie met de ICF en/of voorafgaand aan het gebruik van de ICF, gebruik gemaakt van andere modellen en kaders om het biopsychosociale denkkader toe te passen. Volgende modellen en kaders worden als een meerwaarde ervaren om naast of ter voorbereiding van

de ICF te gebruiken: de holistische theorie, het gedragstherapeutische model, het ID-model van Giel Vaessen, de SWOT-analyse en de KinderRAP. Deze kaders en modellen worden als laagdrempeliger bevonden om te introduceren, van daaruit wordt de overgang gemaakt naar de ICF. In andere gevallen vormen deze modellen en kaders een aanvulling op de ICF en worden ze in combinatie gebruikt. Zo wordt bijvoorbeeld de KinderRAP als een meerwaarde benoemd naar behandelcommunicatie, om in overleg met de ouders en/of het kind het kernprobleem en de doelstellingen te bepalen. Aangezien het niet binnen het opzet van het onderzoek ligt, wordt niet verder ingegaan op deze kaders en modellen.

3.24 NOOD AAN ONDERSTEUNING EN EXPERTISE

Algemeen is er een grote nood aan ondersteuning en expertise, van de medewerkers maar ook van de ICF-coördinatoren. Er is heel wat nood aan concrete informatie, aan ondersteuning, aan instrumenten die ingezet kunnen worden om de ICF te vertalen naar de werking, aan vorming en aan feedback en coaching.

3.24.1 NOOD AAN INFORMATIE

Vanuit de vele vragen en onduidelijkheden is af te leiden dat er in de sector heel wat nood is aan informatie. Vele centra tonen interesse in de ICF, maar vinden het erg moeilijk om het te implementeren in hun werking. Enkele centra gaven aan dat ze nood hebben aan een concreet werkplan, een handleiding van hoe er met de ICF gewerkt kan worden, hoe een implementatieproces kan verlopen. De omvangrijkheid van de ICF en de beperkte richtlijnen die er zijn, worden als moeilijk ervaren. Er is meer nood aan informatie over hoe de ICF vorm kan krijgen in de praktische werking. Zo is er interesse in hoe andere centra gebruik maken van de ICF in hun werking en hoe het implementatieproces er vorm krijgt. Sommige centra stelden reeds de vraag om een teamoverleg bij te wonen van een ander centrum, om te kunnen observeren hoe een team kan verlopen volgens het classificatiesysteem van de ICF. Ook de vraag om een verslag volgens het classificatiesysteem van de ICF van andere centra door te nemen werd meermaals gesteld. Bepaalde centra stellen zich terughoudend op om dergelijke verslagen en informatie over hun aanpak tot de implementatie van de ICF aan andere centra door te geven.

Centra ondervinden dat voornamelijk de ICF-coördinatoren nood hebben aan concrete informatie zodat ze het implementatieproces kunnen sturen en de medewerkers kunnen ondersteunen. Door het gebruik van de ICF komen ook andere vragen met betrekking tot de dagdagelijkse werking op de voorgrond. Zo heeft een centrum nood aan concrete tips met betrekking tot het ideale verloop van het revalidatieproces.

3.24.2 NOOD AAN BEGELEIDING

Centra tonen heel wat nood aan concrete individuele begeleiding met betrekking tot het gebruik en de implementatie van de ICF die aangepast is aan hun specifieke werking. Centra gaven een nood weer aan ondersteuning bij bepaalde voorbereidende stappen van het implementatieproces zoals het maken van een selectie van categorieën en het opstellen van een handleiding om deze selectie te vertalen naar het verslag. Centra hebben nood aan begeleiding met betrekking tot de praktische toepassing van de ICF in de werking, zoals bij het opstellen van een verslag volgens de indeling van de ICF en het bevragen de component activiteiten en participatie. Door het gebruik van de ICF kwamen bepaalde noden meer op de voorgrond. Zo had een centrum nood aan begeleiding bij het formuleren van doelstellingen. Er is nood aan concrete tips hoe dit kan gedaan worden, aangepast aan de eigen unieke werking van het centrum.

3.24.3 NOOD AAN INSTRUMENTEN

Om de ICF te kunnen operationaliseren naar de eigen werking, is het belangrijk dat er instrumenten ontwikkeld worden. Vele centra gingen reeds aan de slag met het ontwikkelen van instrumenten. Heel wat centra die bevestigd werden, toonden een nood aan concrete instrumenten die overkoepeld voor de verschillende centra voor ambulante revalidatie ontwikkeld worden. Respondenten zijn van mening dat er nood is aan deze overkoepelende instrumenten zodat de ICF enerzijds op een meer consistente wijze kan toegepast worden en dit anderzijds werk besparend is voor de centra als ze de instrumenten niet volledig zelf moeten ontwikkelen. Zo haalden enkele centra aan dat er nood is aan een universeel sjabloon van geselecteerde categorieën die van toepassing is op de werking van een CAR. Een coördinator vindt het ook nuttig dat er naast een algemene selectie van categorieën, verschillende selecties gemaakt worden voor de verschillende doelgroepen zoals voor ASS. Ook de nood aan een universele handleiding die de categorieën concreet beschrijft vanuit de CAR-sector, waarin ook geplaatst wordt hoe de concrete elementen in kaart kunnen gebracht worden, aan de hand van welke meetinstrumenten en acties, werd enkele malen vernoemd. De meeste centra die bevestigd werden, gingen reeds aan de slag met het ontwikkelen van een dergelijke handleiding. Er is ook nood aan een instrument dat de reguliere vakterminologie vertaalt naar de ICF-terminologie. Enkele centra hebben reeds een dergelijk instrument ontwikkeld. Een coördinator haalde aan dat het nuttig zou zijn om een computerprogramma te hebben waardoor het schema eenvoudig op de computer geplaatst kan worden.

3.24.4 NOOD AAN VORMING

De respondenten zijn het er algemeen over eens dat vorming een belangrijk aspect is binnen het implementatieproces van de ICF. Er is een grote nood aan teamgerichte vormingen. Voornamelijk de centra die nog geen of beperkt gebruik maken van de ICF, tonen een grote nood aan teamgerichte vormingen. Respondenten gaven aan dat hier momenteel een tekort aan is. Centra waarin de medewerkers weerstand tonen ten opzichte van de visie of niet gestart zijn met het implementatieproces gaven aan dat deze vormingen laagdrempelig moeten zijn, dat ze de medewerkers in de eerste plaats moeten overtuigen van de mogelijkheden van de ICF en hen niet mogen overdonderen. Enkele centra bevestigden dit idee vanuit hun ervaring. Enkele respondenten vinden ook dat de vormingen concreet op maat van de sector van de CAR moeten zijn en antwoorden dienen te geven op de aanwezige onduidelijkheden en vragen.

3.24.5 NOOD AAN FEEDBACK EN COACHING

Heel wat respondenten hebben nood aan gerichte feedback op het gebruik van de ICF in hun werking. Enkele coördinatoren haalden het idee aan dat een persoon met expertise in hun centrum kan observeren om gerichte feedback te geven. De coördinatoren hebben enerzijds nood aan gerichte sturing van hoe ze het anders konden aanpakken en anderzijds aan bevestiging van de manier waarop ze gebruik maken van de ICF. ICF-coördinatoren hebben nood aan concrete feedback met betrekking tot de aanpak van het implementatieproces en het begeleiden van de medewerkers.

3.25 DE ICF IN DE OPLEIDINGEN VAN HET HOGER ONDERWIJS

Men is het er algemeen over eens dat het een positieve evolutie is dat de ICF en het biopsychosociale denkkader meer en meer aan bod komen in diverse opleidingen. Respondenten signaleerden ook dat het niet aan bod komt in onder meer de opleidingen Master in de psychologie en pedagogische wetenschappen. Van beide opleidingen waren er drie studenten aanwezig bij de gesprekken. Dit wordt als een tekort ervaren. Het is sterk wisselend van opleiding tot opleiding en van hogeschool tot

hogeschool in welke mate en op welke manier de ICF aan bod komt. Bij bepaalde hogescholen en opleidingen staat de ICF zeer centraal, wordt de volledige stage beoordeeld aan de hand van de ICF, bij andere wordt dit als één van de theoretische concepten gezien die aan bod komen in de opleiding. De manier waarop de ICF voorgesteld wordt in de opleidingen verschilt, vandaar vinden respondenten dat er nood is aan afstemming en samenwerking op het vlak van onderwijs om zo meer congruentie te bereiken. Ook vanuit het onderwijs is men volop op zoek naar hoe ze de kennis van de ICF kunnen overbrengen en welke plaats de ICF kan krijgen.

Er heerst het gevoel dat de studenten de nodige kennis lijken te hebben van de ICF, maar dat ze dit onvoldoende kunnen vertalen naar hun handelen. Respondenten stellen het in vraag of de oorzaak hiervan zich situeert binnen het onderwijs omdat er onvoldoende aandacht gaat naar het werken met de ICF dan wel dat de studenten in de praktijk te veel geremd worden door medewerkers om dit denken te vertalen in hun handelen.

DISCUSSIE EN BESLUIT

Uit dit verkennend onderzoek is het duidelijk dat de sector van de ambulante revalidatie volop in beweging is. Reeds geruime tijd is de visie van de sector van de ambulante revalidatie aan het ontwikkelen naar een meer biopsychosociale visie. De ICF sluit naadloos aan bij deze ontwikkeling. De mate waarin het denken aanwezig is en vertaald wordt naar het handelen verschilt.

In dit verkennend onderzoek naar de implementatie en het gebruik van de ICF in de ambulante revalidatiesector werd in eerste instantie in kaart gebracht welke centra op een expliciete wijze gebruik maken van de ICF. De foto die werd genomen van de situatie van augustus tot december 2014 wijst uit dat op dat moment de helft van de centra de ICF op een expliciete wijze gebruikten. Heel wat andere centra zijn in de voorbereidende fase of in de brainstormfase. De minderheid van de centra is nog niet gestart met de implementatie. Aangezien de centra in dergelijke mate in ontwikkeling zijn, is dit beeld geëvolueerd en zijn er vermoedelijk reeds meer centra die op een expliciete wijze gebruik maken van de ICF. In dit onderzoek ligt de focus op de centra die op een expliciete wijze gebruik maakten van de ICF gedurende deze periode. Het onderzoek heeft tot doel om de aanwezige kennis met betrekking tot de implementatie van de ICF te delen. Door ervaringen van de CAR uitvoerig te delen, wil het rapport inspiratie bieden voor andere organisaties, ook buiten de sector van de CAR.

Aan de hand van de verkennende gesprekken kan vastgesteld worden dat de centra hoge eisen stellen aan zichzelf en vastberaden zijn om op een meer biopsychosociale manier te werken en hierbij gebruik te maken van de ICF. De centra zien er het belang van in en steken heel wat energie in het implementatieproces. Ze zijn volop op zoek naar hoe ze op een efficiënte wijze gebruik kunnen maken van de ICF. Sommige centra legden al een hele weg af doorheen het implementatieproces, andere centra staan nog in de beginfase. Er zijn heel wat verschillende snelheden in het implementeren.

Het onderzoek wijst uit dat het voor de centra een zoektocht is om het implementatieproces vorm te geven, een zoektocht die op verschillende wijzen wordt vormgegeven. Net zoals in de literatuur is men het er binnen de CAR algemeen over eens dat de ICF een omvangrijk kader is dat geen evidentie vormt om te implementeren. Stappen die algemeen worden doorlopen zijn: het vormen van medewerkers, het aanstellen van één of meerdere personen die de coördinatie van het implementatieproces op zich neemt (ICF-coördinatoren genoemd), het betrekken van medewerkers via werkgroepen en het ontwikkelen van instrumenten om de ICF te operationaliseren naar de eigen werking. De instrumenten worden vervolgens stapsgewijs geïmplementeerd, in een deel van de werking, in een deel van het hulpverleningsproces, voor een bepaalde doelgroep en/of voor bepaalde kinderen ter proef.

De omvangrijkheid van de ICF, het conceptuele kader en het classificatiesysteem, zorgt ervoor dat de ICF een impact heeft op de volledige werking, op de verschillende fasen in het ambulante revalidatieproces en op het denken en het handelen van de medewerkers algemeen. In het onderzoek wordt beschreven welke plaats de ICF inneemt in het ambulante revalidatieproces, van de aanmelding tot de begeleidingsfase en welke invloed dit volgens de respondenten op hun denken en handelen heeft. Heel wat elementen binnen de werking en binnen de hulpverleningsvisie zijn onlosmakelijk verbonden met de ICF. De centra zijn zich hiervan bewust en staan door de implementatie van de ICF meer stil bij essentiële elementen binnen de werking en bij hoe ze de biopsychosociale visie kunnen vertalen naar het handelen. Zo wordt er meer bewust stilgestaan bij het actief betrekken van de cliënt en de ouders, het centraal stellen van de hulpvraag en empowerment. Er worden stappen ondernomen om de cliënten en de ouders meer actief te betrekken. Door hier meer bewust mee bezig te zijn, kwamen bepaalde problemen en vragen meer op de voorgrond. Aangezien deze zaken sterk verbonden zijn met het implementatieproces komen ze in het onderzoek aan bod, ook al zijn ze niet strikt verbonden met

de ICF. Eén van de vragen is hoe er moet worden omgegaan met een afwezige of een tegenstrijdige hulpvraag. Zoals Threats (2008) motiveert is dit één van de vragen die steeds aanwezig was maar door de implementatie van de ICF meer op de voorgrond komt. Omwille van de verbondenheid met het conceptuele kader werden de verschillende meningen hiertoe in kaart gebracht in dit verkennende onderzoek. Bepaalde centra benadrukken dat ze tot een compromis willen komen en de stem van de ouders centraal plaatsen, andere centra geven het eerder weer als een overtuigen van de ouders van de hulpvraag die de medewerkers hebben. Het is essentieel om beide standpunten in kaart te brengen en openlijk te bespreken om zo tot een plan te komen dat rekening houdt met de levensgebieden die voor de cliënt van belang zijn. Een gemeenschappelijk doel is van belang aangezien dit een belangrijke invloed heeft op de intrinsieke motivatie en het verantwoordelijkheidsgevoel van de cliënt en zijn betrokken netwerk (Brach, et al., 2007; Threats, 2008). Een ander probleem dat door het vertalen van het BPS-denkkader meer op de voorgrond komt doordat centra het netwerk van de cliënt meer actief willen betrekken, is het gegeven dat ouders niet steeds de verantwoordelijkheid willen of kunnen op zich nemen. Het zich evenwaardig opstellen als professional is een centraal aspect van de biopsychosociale visie. Er kan echter gesteld worden dat dit niet zo evident is en dat het hiernaast belangrijk is om de ouders te ondersteunen bij het stellen van een hulpvraag en het opnemen van verantwoordelijkheid. Daarom is het essentieel dat de ouders op maat geïnformeerd worden, dat de verslagen duidelijk beschreven zijn. De eenduidige, beschrijvende taal die de ICF hanteert, kan hiertoe bijdragen. Al zijn de meningen binnen het onderzoek daarover verdeeld.

In dit kader werd er ook nagedacht over het al dan niet expliciet vermelden van de ICF naar de ouders en/of cliënt toe. Dit staat nog in de beginfase. Enkele centra doen het standaard, heel wat centra experimenteren ermee, andere centra staan ervoor open om het idee in de toekomst te verkennen en andere centra vinden het niet geschikt om het gebruik van de ICF standaard te vermelden naar de ouders toe. Er werd op gewezen dat dit afhankelijk is van de intellectuele vermogens van de ouders aangezien het over complexe materie gaat. Zoals reeds aangegeven, bevelen de ethische richtlijnen voor het gebruik van de ICF aan dat de betrokken personen op de hoogte gesteld worden van het gebruik van de ICF. De ethische richtlijnen bevelen aan dat de persoon actief moet betrokken worden en de gelegenheid moet krijgen om de invulling van de categorieën te beoordelen. De ICF wordt als goed middel ervaren om in overleg te gaan met de ouders, om in overleg met de ouders het functioneren op een holistische en overzichtelijke wijze te bespreken. In de literatuur (Heerkens & van Ravensberg, 2007; Threats, 2008) wordt de ICF omschreven als een goed middel om met de cliënten in contact te treden aangezien het goed aansluit bij de kijkwijze van de cliënten.

Hiernaast worden er nog heel wat elementen weergegeven van het denken en het handelen waarop de ICF een invloed heeft zoals het zich meer kritisch opstellen en meer verbanden leggen tussen de verschillende elementen van het functioneren. Er werd aangegeven dat deze evolutie reeds geruime tijd aanwezig is, maar door de implementatie van de ICF versterkt wordt. De centra stellen zich kritisch op en stellen hun eigen houding in vraag met het oog op verbetering.

Net zoals de literatuur aangeeft, brengt ook het onderzoek enkele essentiële voorwaarden in kaart die aanwezig moeten zijn om de ICF te kunnen implementeren, waaronder voldoende kennis van de ICF, tijd en financiële middelen om alle medewerkers voldoende op te leiden en de betrokkenheid van de directie. Er worden concrete valkuilen ondervonden wanneer er niet aan de voorwaarden voldaan wordt. Onvoldoende kennis van het classificatiesysteem bij de medewerkers kan tot heel wat frustraties leiden bij het hanteren ervan. Omwille van deze moeilijkheden, worden bepaalde aspecten niet vertaald in het handelen waardoor bepaalde doelstellingen niet bereikt worden, zoals bijvoorbeeld op een meer interdisciplinaire wijze samenwerken.

De gesprekken tonen aan dat de ICF-coördinatoren erg bewust bezig zijn met het implementatieproces van de ICF. Dit valt af te leiden aan de hoeveelheid aandachtspunten, valkuilen en verbeterpunten die ze aanhaalden. De centra stellen hun eigen werking kritisch in vraag en gaan op zoek naar een mogelijke aanpak. Een aandachtspunt dat veelvuldig herhaald werd, is het belang van een stapsgewijze aanpak, zowel bij de implementatie als bij het vormen van de medewerkers.

Door een gebrek aan kennis over het conceptuele kader en het classificatiesysteem van de ICF, zijn er heel wat misopvattingen. Het ICF-Lab neemt het als een taak op zich om een correct beeld van de ICF te verspreiden. Vandaar werden deze misopvattingen concreet in het rapport gekaderd. In de eerste plaats dienen organisaties er zich duidelijk van bewust te zijn wat de ICF is en waarvoor het gebruikt kan worden. Een terugkerende misopvatting is dat de ICF een instrument is dat direct toepasbaar is. Het is echter een conceptueel kader en classificatiesysteem dat verder geoperationaliseerd dient te worden. Zo is het niet de opzet van de ICF om een diagnose weer te geven, het is de opzet om het functioneren op een holistische wijze in kaart te brengen. Nadat de diagnose bepaald werd, dient er in kaart gebracht te worden welke impact deze heeft op het functioneren. Aan de hand van een functioneringsprofiel kan bepaald worden aan welke ondersteuning de persoon nood heeft. Een diagnose geeft hier geen antwoord op.

Zoals in de literatuur beschreven staat, is het van belang om eerst te bepalen wat de doelstellingen zijn waarvoor men gebruik wil maken van de ICF. Het is van belang dat de ICF steeds als middel ingezet wordt om een specifiek doel te bereiken. De centra ondervonden gedurende hun implementatieproces het belang van de ICF als middel om concrete doelstellingen te bereiken. Enkele centra gaven aan dat ze een proces doormaakten waarbij het hanteren van de ICF als doel vooropgesteld werd. Vooral bij de overschakeling naar de verslaggeving volgens het classificatiesysteem van de ICF, werd regelmatig het doel van het gebruik van de ICF uit het oog verloren. Het is essentieel dat de visie steeds voorop staat, vervolgens kan bekeken worden op welke manier men kan te werk gaan om deze visie te bereiken en hoe men vervolgens de ICF als middel kan gebruiken om dit doel te bereiken. De link tussen het doel en gebruik van de ICF dient echter steeds voorop te staan. Wanneer dit doel, de meerwaarde van de ICF, niet langer duidelijk is, ontstaat er het gevaar dat er onder de medewerkers geen sprake is van intrinsieke motivatie, wat doorgaans weerstand met zich meebrengt. Hiernaast dient er ook bepaald te worden welke informatie men wil weergeven en tot op welk niveau het centrum hier gedetailleerd wil in zijn. Afhankelijk van deze beslissingen kan er bepaald worden tot op welk niveau de categorieën geselecteerd worden. De ICF moet gezien worden als een middel, er kan niet verwacht worden dat elke categorie van de gedetailleerde classificatie in kaart gebracht wordt. Bovendien is ook de hulpvraag en de unieke situatie van de persoon wiens functioneren in kaart gebracht wordt, bepalend voor welke categorieën in welke gedetailleerdheid geschetst worden.

Doorheen de gesprekken was duidelijk dat de visievorming en de intrinsieke motivatie die de medewerkers hebben om gebruik te maken van de ICF, essentiële elementen vormen. Wanneer de visievorming en intrinsieke motivatie voor het gebruik van de ICF onvoldoende aanwezig zijn, is er sprake van weerstand bij de medewerkers, wat een negatieve invloed heeft op het implementatieproces. Er is een duidelijk verschil van centrum tot centrum in de weerstand die ervaren wordt door de medewerkers. In bepaalde centra is er sprake van veel weerstand, in andere centra is er gedurende het implementatieproces nauwelijks tot geen sprake van weerstand. Er werden verschillende aspecten aangehaald waardoor het verschil in beleving tussen de medewerkers onderling kan verklaard worden zoals de discipline, het aantal jaren ervaring binnen de eigen discipline, de mate waarin de ICF of het biopsychosociale denken in de opleiding aan bod kwam, de persoonlijkheid, de wijze waarop het implementatieproces vorm krijgt in het centrum, de mate van de werkdruk, de cultuur van het centrum e.d.

In elk centrum zijn er vanuit de beleving drie groepen medewerkers: de medewerkers die enthousiast zijn over de ICF, de groep die kritisch positief is tegenover de ICF en de groep die kritisch negatief is tegenover de ICF. De ICF-coördinatoren behoorden tot de medewerkers die enthousiast waren over de ICF en waren in meerdere of mindere mate kritisch positief. De ICF-coördinatoren zijn algemeen overtuigd van de meerwaarde die de ICF kan bieden en het belang van de implementatie van de ICF. De implementatie van de ICF werd als een belangrijk middel ondervonden om de werking nog meer op een biopsychosociale manier te laten verlopen. Het onderzoek bracht de verschillende manieren in kaart hoe men dient om te gaan met deze verschillende reacties van medewerkers.

De centra gaan op zoek naar hoe ze de ICF kunnen operationaliseren zodat het aansluit bij hun werking. Vanuit de omvangrijkheid van het kader wordt een selectie gemaakt van elementen van de ICF die gehanteerd worden. Allereerst wordt een selectie gemaakt van de domeinen en categorieën die men als relevant beschouwt binnen de CAR, al dan niet met een verschil qua leeftijd of diagnose. Vervolgens wordt ook een beslissing gemaakt rond bepaalde elementen van de ICF, in welke mate en op welke manier deze elementen worden gebruikt: zoals de codes, de typeringen, de terminologie, de componenten activiteiten en participatie, het ICF-schema, de ordening van de verslaggeving e.d.

De mening over de codes zijn verschillend, sommigen ervaren ze als positief omdat het enige structuur biedt en de categorie op die wijze eenvoudig kan teruggevonden worden in het classificatiesysteem. Anderen bestempelen de codes als negatief omdat ze een overdonderend gevoel geven en geen meerwaarde bieden. Centra vragen zich af in welke mate en op welke manier er verwacht wordt dat de codes gebruikt worden. Er kan worden gesteld dat de codes geen essentieel onderdeel vormen van de ICF, maar eerder een methode zijn om de structuur van het classificatiesysteem weer te geven. Aan de hand van de code wordt de plaats van de categorie binnen het classificatiesysteem duidelijk en kan deze indien gewenst opgezocht worden. Indien men echter van mening is dat de codes als overdonderend overkomen, kunnen deze weggelaten worden. Er kan bijvoorbeeld ook gekozen worden om de codes enkel in het sjabloon voor de verslaggeving weer te geven en deze in het verslag zelf niet te vermelden. Zo kan er indien gewenst aan de hand van het sjabloon eenvoudig teruggegaan worden naar het classificatiesysteem via het boek of de browser.

Ook rond het gebruik van de typeringen zijn de meningen verdeeld. De meeste centra maken geen gebruik van de typeringen, maar omschrijven de beoordeling van de bepaalde categorie in woorden. Het is voor de centra niet duidelijk hoe deze typeringen kunnen gebruikt worden of op basis waarvan er moet bepaald worden welke score ze geven en welke meerwaarde dit heeft. Algemeen staan centra er weinig bij stil om deze toe te passen. Enkele centra gebruiken ze op occasionele basis, één centrum wil bekijken hoe deze in de toekomst kunnen gebruikt worden en een ander centrum neemt het gebruik ervan in overweging. De WHO (2013) wijst duidelijk op het belang van de typeringen. Wanneer de typeringen niet gebruikt worden, hebben de categorieën weinig betekenis. Waar de domeinen en categorieën het gebied van het functioneren aangeven, geven de typeringen de omvang van het functioneringsprobleem weer of de wijze en mate waarin de categorie een belemmerende of bevorderende invloed heeft op het functioneren. Vanuit het ICF-Lab zien we de meerwaarde in van het gebruik van de typeringen. Via de typeringen kan het functioneringsprofiel op een overzichtelijke wijze weergegeven worden, de evolutie van bepaalde categorieën kunnen visueel weergegeven worden. Het is belangrijk om er bij stil te staan in welke mate het een probleem vormt of in welke mate het een bevorderende of belemmerende factor is. Het kan als middel ingezet worden om de beleving van de cliënt en de professional te vergelijken. Op internationaal vlak is men meer overtuigd van de meerwaarde van de typeringen. De kennis en expertise hierrond kan verkend, doorgegeven en vertaald worden naar diverse sectoren. Het ICF-Lab wil centra coachen in het op een efficiënte wijze gebruiken

van de typering. Dit verkennend onderzoek wees uit dat vooral het in kaart brengen in welke mate het een belemmerende of bevorderende factor is, weinig op een expliciete wijze gedaan wordt.

De componenten activiteiten en participatie worden op verschillende manieren gebruikt. Beide componenten worden zowel afzonderlijk als samen weergegeven. De WHO (2013) raadt aan om in een beginfase hiermee te experimenteren en de ervaringen hierover met elkaar te delen, wat dit onderzoek mogelijk wil maken. Bepaalde centra wijzen erop dat het belangrijk is om deze afzonderlijk weer te geven aangezien het onderscheid anders verloren gaat en er het risico schuilt dat de component participatie te weinig aandacht krijgt. Andere centra vinden de lijn tussen activiteiten en participatie in die mate vaag dat ze beslissen om deze componenten gezamenlijk in kaart te brengen. Vanuit het ICF-Lab sluiten we ons aan bij Heerkens en van Ravensberg (2007) om voor elke categorie afzonderlijk te bepalen of deze onder activiteiten en/of participatie hoort. Het verschil tussen beide componenten is een belangrijk gegeven, naast de handelingen die een persoon stelt, is het ook belangrijk om in kaart te brengen hoe de persoon deelneemt aan het maatschappelijke gebeuren.

De componenten activiteiten en participatie werden ook op andere manieren beschreven in het onderzoek. Sommige centra gaven bij hun omschrijving van activiteiten en participatie aan dat er een verwarring is met de constructen vermogen en uitvoering. Deze constructen worden niet op expliciete wijze gebruikt. Ook vanuit een internationale bevraging door de WHO naar het gebruik van de ICF, bleek dat deze constructen nauwelijks gebruikt worden (WHO-FIC Network annual meeting Manchester, Persoonlijke communicatie, 18 oktober 2015). Toch kan het een meerwaarde vormen om dit bij bepaalde situaties in kaart te brengen. Verschillen hierin kunnen veel informatie geven.

Ook de beleving en het gebruik van het ICF-schema en het ordenen van de verslaggeving volgens het classificatiesysteem verschilde van centrum tot centrum. In bepaalde centra werd het schema als positief bevonden en vormde het een vast onderdeel van de werking, in andere centra werd het occasioneel gebruikt en nog andere centra gebruikten het niet.

In het werkveld ordent men enerzijds bepaalde informatie die men verzamelt volgens het classificatiesysteem van de ICF en anderzijds brengt men in kaart welke informatie men nog extra moet bevragen om het functioneren op een holistische wijze in kaart te brengen, waarbij de ICF als inspiratiekader wordt toegepast. Deze twee richtingen worden als belangrijk ervaren. Er werd meermaals aangehaald dat de ICF niet enkel een manier is om de informatie anders te ordenen maar vooral een middel is om het functioneren meer holistisch in kaart te brengen. Het ordenen van de verzamelde informatie volgens het classificatiesysteem van de ICF verloopt voornamelijk in het begin niet vlot. Medewerkers hebben heel wat vragen over de plaats waar ze bepaalde informatie moeten ordenen, onder welke component en categorie. De voorwaarde voldoende kennis te hebben van de ICF en voldoende inzicht te hebben in het classificatiesysteem is hierbij van toepassing. Door de vele vragen en onduidelijkheden hieromtrent ontstaan er frustraties wanneer bepaalde elementen niet geordend kunnen worden. In sommige situaties wordt het niet kunnen ordenen van gegevens binnen het classificatiesysteem toegewezen aan de ICF, er werd gesteld dat er een tekort is aan categorieën of dat het onduidelijk is wat er onder bepaalde categorieën valt. Als reactie daarop worden er aanpassingen in het classificatiesysteem gedaan om op die manier het classificatiesysteem van de ICF te verbeteren of aan te passen aan de eigen werking.

Binnen dit onderzoek werden de visies met betrekking tot deze aanpassingen concreet bevestigd. Het is duidelijk dat de respondenten verschillende meningen hebben over de mate waarin ze op een flexibele manier gebruik kunnen maken van de ICF. Coördinatoren die vóór de aanpassingen zijn, beargumenteerden dat de ICF een middel is en daarom flexibel kan worden ingezet, zolang het doel, op een biopsychosociale wijze werken, bereikt wordt. De tegenstanders beargumenteerden dat de

medewerkers moeten leren om het internationaal samengestelde classificatiesysteem te gebruiken zonder hier aanpassingen in aan te brengen. Omdat hier heel wat meningsverschillen en onduidelijkheden over zijn, wil het ICF-Lab haar visie hiertoe concreet weergeven. Het ICF-Lab stelt dat er op een flexibele manier met de ICF kan worden omgegaan om het doel te bereiken, maar dat er beter geen wijzigingen aangebracht worden in het classificatiesysteem. Met wijzigingen wordt bedoeld: aanpassingen op vlak van terminologie en categorieën die worden samen geplaatst. Wanneer er aanpassingen in de terminologie aangebracht worden, bereikt men één van de centrale doelstellingen van de ICF niet, namelijk tot een gemeenschappelijk taalgebruik komen. Het gevaar schuilt erin dat centra op die manier meer en meer afstand nemen van het classificatiesysteem van de ICF en op die manier hun eigen classificatiesysteem uitwerken. Hierbij volgt het ICF-Lab de mening van Threats (2008) die stelt dat enige consequentie belangrijk is maar dat professionals zich ook kritisch moeten opstellen om wijzigingen aan te kaarten. Net zoals er op internationaal niveau voorstellen worden gedaan tot wijzigingen, kan dit op termijn ook in Vlaanderen op een gecoördineerde wijze. Het ICF-Lab wil hier ondersteuning in bieden door een schakel te vormen tussen de wetenschap en het werkveld, zodat de eventuele aanpassingen correct zijn volgens het classificatiesysteem van de ICF. Indien men toch aanpassingen wenst te doen, is het belangrijk dat de oorspronkelijke plaats in de ICF duidelijk is. Het ICF-Lab wil organisaties begeleiden om op een correcte wijze gebruik te maken van de ICF, om het nodige inzicht te verwerven in het classificatiesysteem van de ICF en het op deze manier op een efficiënte wijze te operationaliseren naar de eigen werking.

Op beleidsmatig vlak worden er hindernissen ondervonden. De regelgeving van het Riziv wordt als hindernis ervaren om de ICF te implementeren en te hanteren. Er wordt gewezen op het belang van diagnoses, het testen van functies en concrete cijfermatige gegevens die aangeven dat de functies verstoord zijn, wat tegenstrijdig is met de ICF. De bevroegde ICF-coördinatoren zijn het er algemeen over eens dat deze regelgeving moet veranderen zodat de ICF beter geïmplementeerd en gehanteerd kan worden. Andere centra ervaren deze regelgeving als niet hinderlijk voor de werking bij de implementatie van de ICF.

Er zijn duidelijke verschillen aanwezig in de manier waarop de ICF in de werking geïmplementeerd en geoperationaliseerd wordt. De meerwaarde van een meer congruente aanpak waarbij expertise gedeeld wordt, werd aangehaald. Ook het belang van een eigen aanpak die aansluit bij de visie en de cultuur van het centrum werd benadrukt. Vanuit het ICF-Lab zien we het als een centrale doelstelling om de aanwezige kennis en expertise te delen. Door methodes die reeds uitgewerkt zijn en ervaringen ervan te delen, kan men in meerdere mate tot een consensus komen en kan er gezamenlijk naar een mogelijke aanpak en naar oplossingen gezocht worden. Het ICF-Lab wil de schakel vormen om expertise door te geven en samenwerking te bevorderen. Als de essentiële elementen van de ICF gehanteerd worden, kan elk centrum de ICF op maat operationaliseren om specifieke doelstellingen te bereiken. Naar het opstellen van het functioneringsprofiel is het belangrijk om op termijn tot een consensus te komen, tot een bepaalde methode om een functioneringsprofiel op te zetten, uiteraard afgestemd op de unieke situatie en verwachtingen van de persoon en de betrokken organisaties. Op die manier is de methode meer wetenschappelijk onderbouwd, wat zorgt voor meer kwaliteit en éénsgezindheid over het in kaart brengen van het functioneren tussen verschillende sectoren en disciplines. Concrete richtlijnen voor het in kaart brengen van het functioneringsprofiel zouden ook meer duidelijkheid bieden voor de professionals.

Het onderzoek toont aan dat er heel wat onduidelijkheden en vragen leven bij de centra. Vooral de categorieën zijn onduidelijk en het verschil met andere categorieën is niet altijd even helder. De korte beschrijvingen van de categorieën binnen het classificatiesysteem worden als onvoldoende ervaren. Op internationaal vlak wordt hier stap voor stap meer duidelijkheid in gebracht. Het ICF-Lab wil de nodige

kennis ontwikkelen en de beschikbare kennis vertalen en verspreiden naar diverse sectoren en settings. Om de beschrijving van de categorieën meer te doen aansluiten bij de eigen werking zodat deze meer hanteerbaar is voor medewerkers, ontwikkelen diverse centra handleidingen waarin er bij elke categorie een omschrijving wordt geplaatst. Er is een duidelijke nood aan begeleiding, het delen van expertise, instrumenten, vorming, feedback en coaching. Het ICF-Lab wil inspelen op deze nood en de centra en organisaties vanuit verschillende sectoren discipline-overschrijdend begeleiden bij het implementeren en gebruiken van de ICF. Zoals de WHO aanraadt, wil het ICF-Lab de aanwezige expertise met betrekking tot het gebruik van de ICF verspreiden zodat deze op een constructieve wijze kan worden ingezet. Dit onderzoeksrapport vormt een belangrijk middel om deze kennis te verspreiden. Zoals ook aangehaald door de ICF-coördinatoren in het onderzoek, gelooft het ICF-Lab erin, dat het gebruik van de ICF na een investering zal leiden tot een tijdsbesparing en een meer kwaliteitsvolle hulpverlening waarbij er op een efficiënte wijze wordt samengewerkt en waarbij de cliënt en zijn netwerk centraal staan.

Het aanbod en de visie van het ICF-Lab zijn concreet uitgeschreven en zijn terug te vinden op www.ICF-Lab.be.

4 AANBEVELINGEN

Dit onderzoek heeft aangetoond dat er al heel wat stappen gezet zijn om de ICF te operationaliseren en te implementeren in de centra voor ambulante revalidatie. Het heeft echter ook heel wat hindernissen blootgelegd die worden ervaren gedurende het implementatieproces en erop gewezen dat er heel wat noden zijn aan ondersteuning. Van daaruit worden er aanbevelingen geformuleerd om het implementatieproces te ondersteunen. Ook de rol die het ICF-Lab hierbij kan spelen, komt aan bod. Het ICF-Lab wil maximaal inspelen op de noden van het werkveld. Het wil de brug vormen tussen het wetenschappelijke veld en het werkveld.

Bovendien werkt het ICF-Lab samen met partners die gelijkaardige doelstellingen hebben om het gebruik van de ICF te faciliteren. Het is belangrijk dat de verschillende partners die expertise hebben over de ICF de krachten bundelen om het werkveld maximaal te kunnen ondersteunen.

4.1 MIDDELEN EN TIJD VOOR BEGELEIDING EN COACHING VAN DE MEDEWERKERS GEDURENDE HET IMPLEMENTATIEPROCES

De respondenten waren het er algemeen over eens dat voldoende opleiding essentieel is. Voldoende kennis van de ICF is een centrale voorwaarde voor het implementeren van de ICF. Een eenmalige vorming voor het team volstaat niet, voldoende herhaling is hierbij belangrijk. Ook moet de ICF op een consistente en graduele wijze aangeleerd worden. Zo moet er voldoende aandacht gaan naar het benoemen van de meerwaarde en mogelijkheden van de ICF, naar de gedachtegang die hiermee onlosmakelijk verbonden is. Heel wat respondenten gaven aan dat het niet eenvoudig is om de kennis over de ICF naar het medewerkersteam door te geven. Vandaar kiezen heel wat centra ervoor om deze taak door te geven aan externen. Voornamelijk bij onduidelijkheden en weerstand wordt dit als een belangrijke meerwaarde geacht.

Het is belangrijk dat medewerkers niet overdonderd worden met al te veel informatie en verwachtingen om de ICF toe te passen. De respondenten gaven duidelijk aan dat dit stapsgewijs opgebouwd moet worden. De medewerkers moeten op een gefaseerde manier de ICF leren kennen en gebruiken op een aan hun werking aangepaste wijze. Ondanks het inzetten op vorming, zijn er gedurende de verschillende fasen van het implementatieproces heel wat onduidelijkheden en vragen. Het is essentieel dat de medewerkers hierbij een goede begeleiding en coaching krijgen. Heel wat centra zetten hier actief op in. Bepaalde centra ervaren dat het erg veel tijd vraagt en vinden het niet steeds mogelijk om hier voldoende tijd en middelen voor te voorzien.

Vanuit de internationale literatuur wordt het belang van de ICF als gemeenschappelijk kader voor verschillende sectoren en disciplines sterk gemotiveerd (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; Heerkens & van Ravensberg, 2007; Stucki, et al., 2002; WHO, 2013). Van daaruit kan er gesteld worden dat het de moeite loont om inspanningen te doen om de ICF te implementeren en te operationaliseren (Australian Institute of Health and Welfare, 2003). Om deze inspanningen haalbaar te maken voor de professionals, is het essentieel om voldoende ondersteuning te voorzien.

Het ICF-Lab wil hier actief op inzetten. Het ICF-Lab wil teams op maat opleiden, volgens hun noden. Hierbij wil het ICF-Lab de biopsychosociale visievorming en het bereiken van de intrinsieke motivatie voor het gebruiken van de ICF als middel om de biopsychosociale visie te vertalen naar het handelen centraal plaatsen. Hierbij is het belangrijk dat de kennis op een correcte, stapsgewijze manier aangebracht wordt. Vandaar behaalden de medewerkers van het ICF-Lab het certificaat van ICF-Trainer van het WHO.

4.2 OPERATIONALISEREN VAN DE ICF NAAR DE EIGEN WERKING EN HET UITWERKEN VAN EEN IMPLEMENTATIEPROCES

De respondenten zijn het er algemeen over eens dat het operationaliseren van de ICF naar de eigen werking en het uitwerken van een implementatieproces de nodige tijd en inspanningen vergt. Zowel in het onderzoek als in de literatuur wordt gesteld dat tijdsinvestering in de beginfase tijdsbesparing en een kwalitatievere werking oplevert. Het is belangrijk dat er voldoende tijd voorzien wordt om de ICF te operationaliseren naar de eigen werking en het implementatieproces vorm te geven. In het onderzoek kwam naar voor dat het zowel belangrijk is om tijd te voorzien voor de ICF-coördinator(en), de werkgroep als voor de overige medewerkers.

In het onderzoek kwamen elementen aan bod omtrent de specifieke noden, noden aan onder meer kennis en coaching. Het is belangrijk dat de teams op geregelde basis hierbij stil kunnen staan. Daarnaast is het ook belangrijk dat de werkgroep en de ICF-coördinator die een trekkende rol opnemen in het implementatieproces, de medewerkers hierbij actief betrekken en ondersteunen. Dat ze zich ondersteund voelen door de directie is hierbij essentieel.

Deze investering in tijd en middelen kan echter beperkt worden als er meer overkoepelend gewerkt wordt rond de implementatie van de ICF. Dit sluit aan bij de volgende aanbeveling.

4.3 EEN OVERKOEPELENDE ONDERSTEUNING VAN DE CENTRA BIJ HET OPERATIONALISEREN EN IMPLEMENTEREN VAN DE ICF

Heel wat centra gaven aan dat er onduidelijkheden zijn over hoe de ICF kan geoperationaliseerd en geïmplementeerd worden. Heel wat respondenten hebben nood aan concrete feedback en begeleiding. Na de opleiding zijn er nog heel wat vragen. De rol van ICF-coördinator wordt als niet evident bevonden. Respondenten haalden aan dat ze het idee hebben nergens terecht te kunnen met hun vragen en dat ze nood hebben aan concrete feedback op het gebruik van de ICF door een extern persoon. Ook op de manier waarop ze de medewerkers stapsgewijs kunnen opleiden en begeleiden ondervinden enkele respondenten de nood aan ondersteuning. Wanneer dit verkeerd wordt aangepakt en de medewerkers overdonderd worden met kennis en verwachtingen ontstaat er heel wat weerstand. De manier waarop hieraan wordt vormgegeven, blijkt bepalend voor het verdere verloop van het implementatieproces.

De verschillende centra gaan onafhankelijk van elkaar op zoek naar hoe het implementatieproces vorm kan krijgen en ontwikkelen eigen instrumenten om de ICF te operationaliseren naar de eigen werking. Heel wat respondenten gaven aan dat ze benieuwd zijn hoe andere centra gebruik maken van de ICF, dat ze hier weinig tot geen zicht op hadden. Drie centra hebben op geregelde basis een overleg om zaken te delen en te bespreken, ook de centra die verbonden zijn met elkaar hebben hierover overleg. Enkele respondenten gaven aan dat ze hier graag met andere centra in overleg willen gaan, sommigen hebben reeds de vraag gesteld maar deze werd afgewezen. Ook het delen van instrumenten wordt als moeilijk bevonden. Respondenten gaven aan dat de instrumenten als vertrouwelijk beschouwd worden en niet worden gedeeld. Heel wat respondenten uitten hun ongenoegen hierover. Er werd beargumenteerd dat de expertise meer gedeeld moet worden zodat de centra elkaar kunnen ondersteunen. Andere respondenten waren bereid om bepaalde instrumenten te delen met andere centra.

Van hieruit kan gesteld worden dat er nood is aan een overkoepelde ondersteuning die de samenwerking tussen de verschillende centra kan bevorderen. Het ICF-Lab wil hier gericht op inzetten en wil samen met de centra op zoek gaan naar methoden om de samenwerking te bevorderen en expertise te delen. Het ICF-Lab wil ook meer openheid creëren over de verzamelde expertise en de ontwikkelde instrumenten te delen.

4.4 DELEN VAN DE AANWEZIGE KENNIS EN EXPERTISE MET BETREKKING TOT HET GEBRUIK, DE OPERATIONALISERING EN DE IMPLEMENTERING

Uit het onderzoek blijkt dat de ICF op heel wat verschillende manieren toegepast wordt. Er werden veel verschillende instrumenten en implementatiemethodes ontwikkeld. Hiernaast worden er wijzigingen aangebracht in het classificatiesysteem en zijn er verschillende interpretaties over het gebruik van bepaalde elementen van de ICF. Door de wijzigingen in het classificatiesysteem aan te brengen, ontwikkelen de centra een eigen classificatiesysteem dat licht verschilt van de ICF. Enkele respondenten gaven aan dat het verband tussen bepaalde categorieën van het classificatiesysteem dat gebruikt wordt in het centrum en het classificatiesysteem van de ICF niet steeds duidelijk is. Bepaalde respondenten uitten ongenoegen over de verschillende wijzen waarop er gebruik gemaakt wordt van de ICF. Ze vragen zich af of ze dan nog wel met hetzelfde bezig zijn.

De verschillende methodes en interpretaties bemoeilijken de samenwerking. Wanneer verschillende diensten en disciplines samenwerken, ondervinden ze moeilijkheden bij het doorgeven van informatie doordat de verschillende personen een andere kijk aannemen en hierdoor andere informatie verzamelen, deze op een verschillende wijze ordenen en de terminologie anders interpreteren. Heel wat respondenten zien de ICF als een goed middel om een gemeenschappelijke taal en kijk te hanteren en misinterpretaties te vermijden. Het positieve gevolg van de ICF-terminologie om zo tot een gemeenschappelijke taal te komen, werd veelvuldig vermeld maar anderzijds werd het ook aangegeven dat het als moeilijk bevonden wordt om een andere terminologie te gebruiken dan deze waar men vertrouwd mee is. Sommige respondenten benoemden dit als wennen aan een nieuwe terminologie, andere respondenten motiveerden dat ze niet akkoord gingen met het gebruik van verschillende termen van de ICF-classificatie. Er werd ook vermeld dat het niet steeds duidelijk is hoe men bepaalde categorieën kan interpreteren, de beschrijving die de ICF hiertoe biedt, wordt niet steeds als duidelijk of veelzeggend bevonden. Bepaalde centra stelden hiervoor een eigen handleiding op waarin ze bepaalde interpretaties meer verduidelijken.

De flexibiliteit van de ICF, de openheid waarbij de professional vrij is om de ICF te operationaliseren naar de eigen werking, biedt heel wat mogelijkheden maar zorgt er ook voor dat het een uitdaging vormt om de ICF op enige consistente wijze te hanteren (Australian Institute of Health and Welfare, 2003). Diverse instanties zoals het Australian Institute of Health and Welfare (2003) en de WHO (2013) bevelen daarom aan dat professionals experimenteren met verschillende methoden en vervolgens deze kennis en expertise actief delen. Door deze kennis en expertise te delen, kunnen er op termijn richtlijnen geformuleerd worden aan de hand van de elementen die als goed en minder goed bevonden worden. Op termijn kan men zo komen tot een consistente wijze in het gebruik van de ICF waarbij er sprake is van een gemeenschappelijke terminologie en gedachtegang. Op deze manier kan een centrale doelstelling van de ICF bereikt worden, namelijk het bevorderen van de samenwerking door het gebruik van een gemeenschappelijke taal.

Het ICF-Lab wil als expertisecentrum de aanwezige kennis en expertise verzamelen en verder verspreiden. Dit verkennend onderzoek vormt hier een eerste belangrijke stap in. Het ICF-Lab wil vanuit de aanwezige kennis en expertise de centra coachen bij het operationaliseren van de ICF naar de eigen werking door de nodige accenten en richtlijnen te formuleren. Het ICF-Lab wil ook actief inzetten op een samenwerking met diverse partners uit verschillende sectoren. Op die manier kan het ICF-Lab een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van meer uniformiteit in de aanpak.

4.5 NOOD AAN EEN HANDLEIDING EN EEN GEDIGITALISEERD INSTRUMENT OM EEN FUNCTIONERINGSPROFIEL AAN DE HAND VAN DE ICF OP TE STELLEN

Heel wat respondenten gaven aan dat het complex is om een functioneringsprofiel op te stellen volgens het classificatiesysteem van de ICF. Het werd als onduidelijk bevonden hoe bepaalde informatie in het classificatiesysteem kan geordend worden en hoe bepaalde informatie kan verzameld worden. Om de medewerkers hierbij te begeleiden, ontwikkelden heel wat centra een handleiding die een selectie weergeeft van categorieën en een korte beschrijving van wat hieronder begrepen wordt. In sommige handleidingen wordt ook aangegeven hoe deze gegevens verzameld konden worden. Heel wat respondenten gaven aan dat dit reeds een bruikbaar hulpmiddel was maar dat er nood was aan meer duidelijke richtlijnen over hoe het functioneren volgens het classificatiesysteem van de ICF in kaart kan gebracht worden. Enkele respondenten haalden aan dat het enerzijds erg tijdsintensief is dat de verschillende centra een eigen handleiding samenstellen en dat men anderzijds een eigen aanpak per centrum ontwikkelt dat niet bijdraagt tot een uniforme aanpak. Er zijn twijfels over de correctheid van de aanpak.

Er is nood aan meer concrete richtlijnen van hoe de ICF kan gebruikt worden in de praktijk, hoe er een functioneringsprofiel opgesteld kan worden volgens het classificatiesysteem van de ICF. De ICF geeft hiertoe weinig richtlijnen.

Het ICF-Lab wil de kennis over het gebruik van de ICF zowel op nationaal als op internationaal niveau in kaart brengen. De richtlijnen die de ICF geeft in de 'user manuals' (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; WHO, 2013) worden weergegeven in het theoretische deel van dit onderzoeksrapport. Het ICF-Lab wil ook verdere richtlijnen en kennis over het gebruik van de ICF, vertalen naar de Vlaamse context en doorgeven aan het werkveld. Het ICF-Lab kiest er echter bewust voor om geen belerende houding aan te nemen: het ICF-Lab kiest ervoor om organisaties te coachen bij het operationaliseren van de ICF naar hun eigen werking en wil deze taak niet overnemen van de organisaties door algemene richtlijnen te formuleren. Alleen door zelf vorm te geven aan het proces kunnen de medewerkers leren hoe de biopsychosociale visie kan vertaald worden naar het handelen en hoe de ICF hiervoor als middel kan gehanteerd worden. Het ICF-Lab wil handvaten, kennis en expertise aanreiken om organisaties hierbij te ondersteunen.

Het is essentieel dat de medewerkers in de eerste plaats inzicht verwerven in het classificatiesysteem, pas dan kunnen ze het op een uniforme wijze hanteren. De ICF is meer dan een manier om gegevens te ordenen, het is verbonden met een bepaalde gedachtegang die vertaald wordt in een classificatiesysteem. De gegevens moeten niet alleen verschillend geordend worden maar ook vanuit een biopsychosociale invalshoek in kaart gebracht worden. Het ICF-Lab wil hiertoe begeleiding bieden aan centra.

Heel wat respondenten gaven aan dat het digitale systeem momenteel niet gebruiksvriendelijk is. Zowel naar verslaggeving als naar het ICF-schema ontwikkelden de centra een digitaal instrument via Word of Exel. Er is nood aan een digitaal instrument dat ondersteuning biedt om het functioneringsprofiel in kaart te brengen. Hiertoe kan er inspiratie gehaald worden uit verschillende digitale instrumenten die reeds ontwikkeld werden. Zo ontwikkelde het Swiss Paraplegic Research Institute (Brach, et al., 2007) diverse instrumenten en ook de ICF Research Branch ontwikkelde een document dat kan worden gebruikt om een functioneringsprofiel samen te stellen, namelijk de ICF-based Documentation Form (Bickenback, Coenen, Hollenweger, Stucki, & Selb, 2013).

Om een bruikbaar instrument te ontwikkelen dat sector overschrijdend kan gebruikt worden, moeten er middelen en mogelijkheden voorzien worden. Een gebruiksvriendelijk digitaal instrument zou een belangrijke ondersteuning bieden aan centra en organisaties om de registratielast te verminderen.

4.6 VOLDOENDE (NIET-) FINANCIËLE MIDDELEN VOOR HET IMPLEMENTATIEPROCES

Het onderzoek heeft duidelijk uitgewezen dat het operationaliseren, het implementeren van de ICF en het opleiden van de medewerkers heel wat bijkomende inspanningen op de huidige werking vergt. Bijna alle respondenten waren het hierover eens. Centra gaven aan dat het erg moeilijk is om dit aspect er met de huidige werkdruk bij te nemen. Het vergt heel wat financiële middelen om de medewerkers op te leiden in de ICF. Er werd beargumenteerd dat er moest ingezet worden op betaalbare teamgerichte vormen.

Aangezien het van belang is dat alle medewerkers de nodige kennis van de ICF verwerven, wil het ICF-Lab teamgerichte vormen op maat van de organisatie geven. Door coachingsprocessen aan te bieden, wil het ICF-Lab organisaties ondersteunen om o.a. de taak van het opleiden en betrekken van de medewerkers op zich te nemen. Het ICF-Lab wil er naar streven om betaalbare dienstverlening aan te bieden. Om dit mee te faciliteren, kunnen er subsidies voorzien worden voor vormen en begeleidingsprocessen. De financierende overheidsinstanties kunnen op deze wijze ondersteuning bieden om de gezondheids- en welzijnszorg zo kwalitatief mogelijk maken. Ook kunnen er middelen voorzien worden voor ondersteunende diensten zoals deze van het ICF-Lab.

4.7 TOEKOMSTIGE PROFESSIONALS: VERWERVEN VAN DE NODIGE KENNIS VAN DE ICF

Het onderzoek heeft uitgewezen dat heel wat opleidingen in het hoger onderwijs de ICF een plaats geven in het curriculum. Wanneer medewerkers kennis van de ICF verworven hebben tijdens hun opleiding, heeft dit een duidelijke positieve invloed voor het implementatieproces van de organisatie. Doordat ze hier reeds vroeg in hun professionele ontwikkeling mee vertrouwd zijn, bezitten ze het biopsychosociale denken en kunnen ze dit beter vertalen naar het handelen. Het maakt voor de centra een groot verschil naar investering toe op vlak van het opleiden en begeleiden van de medewerkers bij het implementeren van de ICF.

Bepaalde respondenten gaven echter aan dat de ICF niet in alle opleidingen deel uitmaakt van het curriculum. De respondenten ervaren dit als een tekort en betreurden dat bepaalde studenten geen kennis verwerven van een dergelijk opkomend kader als de ICF.

Het is belangrijk dat hier actief op ingezet wordt, dat alle relevante opleidingen binnen de huidige welzijns- en gezondheidszorg gestimuleerd worden om de ICF op te nemen in het curriculum. Zoals reeds vermeld bij een vorige aanbeveling, is het essentieel dat de ICF op een consistente wijze aangeleerd wordt. De aanbeveling wordt gedaan om een dergelijke opleiding bij voorkeur te laten geven door gecertificeerde ICF-trainers. Dit certificaat garandeert dat de persoon voldoende kennis bezit van de ICF en deze op een correcte wijze kan overdragen.

Het ICF-Lab zet actief in op het doorgeven van expertise en kennis aan toekomstige professionals, dit zowel binnen als buiten Howest. Momenteel zijn er reeds drie gecertificeerde ICF-trainers binnen de opleiding Sociaal werk, ook in de opleidingen Ergotherapie en Toegepaste gezondheidswetenschappen verwierven lectoren het certificaat van ICF-trainer. Op deze wijze wil Howest erop toezien dat de ICF op een kwalitatieve manier aangeleerd wordt. Het ICF-Lab hoopt dat andere onderwijsinstanties dit voorbeeld volgen.

4.8 OP TERMIJN EEN DUIDELIJKE BESLISSING OM DE ICF TE IMPLEMENTEREN IN DIVERSE SECTOREN DOOR DE BEVOEGDE OVERHEDEN

Het belang van de ICF als middel om de werking op een biopsychosociale wijze te organiseren, wordt meer en meer ingezien door organisaties en beleidsmatige instanties. Diverse instanties, zoals CLB-koepels en het Riziv, bevelen het gebruik van de ICF aan. Vanuit bepaalde organisaties, waaronder CLB, CAR en VDAB, wordt de verwachting gesteld om de ICF op te nemen in de werking en de verslaggeving. De CAR zijn vrij in hun keuze om al dan niet gebruik te maken van de ICF, de wijze en de mate waarin ze de ICF implementeren. Behalve voor de doelgroep stotteren wordt er verwacht dat er bepaalde ICF-codes worden doorgegeven om aan te tonen dat er een multidisciplinaire aanpak vereist is. Van daaruit zijn er heel wat verschillen in het gebruik van de ICF binnen de ambulante revalidatiesector. Dit varieert van centra die geen gebruik maken van de ICF tot centra waarbij ICF reeds geïntegreerd is in de werking. Centra geven aan dat het moeilijker is om samen te werken met diensten wanneer zij niet of onvoldoende vertrouwd zijn met de ICF. Wanneer ook deze diensten gebruik zouden maken van de ICF en inzicht zouden hebben in het conceptuele kader en classificatiesysteem zou de communicatie en de samenwerking tussen deze diensten vlotter verlopen.

Vandaar wordt de aanbeveling gedaan dat de bevoegde overheden een beslissing nemen om de ICF te implementeren in de ruimere welzijns- en gezondheidssector. Indien deze sectoren algemeen gebruik zouden maken van de ICF, zou de communicatie en de samenwerking vlotter kunnen verlopen. Op internationaal vlak zijn er reeds landen, waaronder Italië, die op beleidsmatig vlak de beslissing namen om de ICF te integreren in de ruimere welzijns- en gezondheidssector (Buitenhek & Isarin, 2012). In de beginfase is het belangrijk dat er vanuit verschillende sectoren aanbevelingen gedaan worden, dat verschillende sectoren aangemoedigd worden om de ICF te implementeren maar hierbij de ruimte hebben om hier zelf keuzes in te nemen. Zoals het onderzoek uitwees, is het van belang dat de medewerkers intrinsiek gemotiveerd zijn en de ruimte krijgen om de ICF op een stapsgewijze manier te implementeren.

De Vlaamse regering nam in mei 2016 de beslissing om de BelRAI Screener als standaardinstrument te hanteren om de zorgbehoefte in kaart te brengen. Er werd reeds onderzoek gedaan om het verband tussen de InterRAI⁶ en de ICF in kaart te brengen (Berg, et al., 2009; Prodinge & Declercq, 2015). Er werd gesteld dat de InterRAI kan gehanteerd worden als middel om de ICF te operationaliseren (Berg, et al., 2009). De BelRAI is een instrument en is niet zoals de ICF een veelzijdig kader dat afhankelijk van de organisatie, de doelstelling waarvoor het gebruikt wordt e.d. kan geoperationaliseerd worden. De BelRAI is een minder omvangrijk maar daardoor ook een beperkter kader. Daarom gelooft het ICF-Lab in de sterktes van de ICF om als middel in te zetten, aangepast aan de eigen organisatie en doelstellingen. De omvangrijkheid van de ICF is essentieel om vanuit een holistische blik en de specifieke noden van de cliënt het functioneren in kaart te kunnen brengen.

⁶ De Internationale versie van de BelRAI, wat staat voor de International Resident Assessment Instrument.

BIBLIOGRAFIE

- Australian Institute of Health and Welfare. (2003). *ICF Australian User Guide. Version 1.0. Disability Series*. Canberra: AIHW.
- Berg, K., Finne-Soveri, H., Gray, L., Renrard, J. C., Hirdes, J., Ikegami, N., . . . Teare, G. (2009). Relationship between interRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF. *BMC Health Services Research, 9*(47), 1-11.
- Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., & Stucki, G. (2012). *ICF Core sets. Manual for Clinical Practice*. Göttingen: Hogrefe.
- Bickenbach, J., Coenen, M., Hollenweger, J., Stucki, G., & Selb, M. (2013). *ICF-based Documentation Form*. Retrieved januari 2015, from ICF Research Branch: <https://www.icf-research-branch.org/component/content/article/120-external-links/456-icf-based-documentation-form.html>
- Brach, M., Cieza, A., Hoogland-Eriks, I., Rauch, A., Stucki, G., & Wong, V. (2007). *Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in rehabilitation practice*. Retrieved mei 2014, from <http://www.icf-casestudies.org/index.php?id=1>
- Buitenhek, J., & Isarin, J. (2012). *Typering van zorg en cliënten Kentalis met ICF*. PonTeM.
- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Üstün, T. B., & Stucki, G. (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med, 212*–218.
- Coster, W., & Khetani, M. A. (2008). Measuring participation of children with disabilities: Issues and challenges. *Disability and rehabilitation, 30*(8), 639-648.
- Heerkens, Y. F., & van Ravensberg, C. (2007). *Toepassingsmogelijkheden van de multiprofesionele International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in de paramedische zorg*. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut.
- Holloway, J. D. (2004). *A new way of looking at health status. APA is leading the effort to create a guide for health professionals' use of the International Classification of Functioning, Disability and Health*. Retrieved from American Psychological Association : <http://www.apa.org/monitor/jan04/newway.aspx>
- ICF Research Branch. (n.d.). *ICF Core Set for Autism Spectrum Disorder (ASD)*. Retrieved juni 2017, from <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/other-health-conditions/icf-core-set-for-autism-spectrum>
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. (2007). *ICF. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (2e druk ed.)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. (2008). *ICF-CY. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Oostra, K., Liessens, D., Van Bost, G., Van Hove, H., & Van Weyenbergh, J. (2012). *Overeenkomst met de centra voor ambulante revalidatie (C.A.R.) van diverse taal-, spraak- en stemstoornissen, mentale stoornissen en gedragsstoornissen*. Brussel: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering .
- Permanente ondersteuningscel CLB GO! (2014). *Begeleidingsplan 2014 - 2016. Permanente Ondersteuningscel Centra voor Leerlingenbegeleiding GO!* . Brussel: Permanente ondersteuningscel CLB GO! Huis van het GO!
- Prodinge, B., & Declercq, A. (2015). *Integrating what matters to patients into health records based on the ICF: Examining the utility of interRAI to operationalize ICF Disability Set as a case in point*.

- Reed, G. M., Lux, J. B., Bufka, L. F., Peterson, D. B., Threats, T. T., Trask, C., . . . Hawley, J. A. (2005). Operationalizing the International Classification of Functioning, Disability and Health in Clinical Settings. *Rehabilitation Psychology, Vol. 50(2)*, 122–131.
- Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2012). *Bijlage. Meerjarenprogramma Steunpunt WVG (2012-2015)*. Leuven: Steunpunten beleidsrelevant onderzoek. Retrieved from http://www2.vlaanderen.be/weten/steunpunten/steunpuntenG3/beheersovereenkomsten/steunpuntwelzijn_meerjarenplan.pdf
- Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Üstün, T. B. (2002). Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *DISABILITY AND REHABILITATION, 24(5)*, 281 - 282.
- Threats, T. T. (2008). Use of the ICF for clinical practice in speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology, 10(1-2)*, 50-60.
- VAPH. (2011). *Classificerende diagnostische protocollen simulatie diagnose en indicatiestelling 2011-2012*. Brussel: Vlaams agentschap voor personen met een handicap.
- VCLB Werkgroep Diagnostiek . (2014). *Visie op diagnostiek binnen VCLB*. Brussel: Vrije-CLB-Koepel vzw (VCLB).
- WHO. (2013). *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO.
- WSE & VDAB. (2013, oktober). *Het maatwerkdecreet en decreet lokale diensteneconomie. Wat verandert er?* Retrieved september 2015, from Ersv Limburg: http://www.ersvlimburg.be/upload/40157148/downloads/limburg_netwerk%28t%29_17-10-2013_-_workshop_3_-_maatwerk_en_w%C2%B2_de_participatieladder_in_de_praktijk_en_de_kracht_van_netwerk_%E2%80%93_gtb-vdab_limburg_en_rondpunt_vzw.pdf