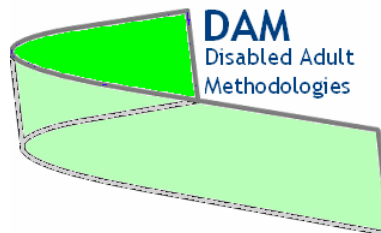




DAM

Disabled Adult Methodologies



Richtlijnen voor opleiding en training van mensen met een verworven handicap

Samenvatting: Dit document behandelt het voorstel van richtlijnen over interventies voor opleiding/kwalificatie van mensen met een verworven handicap; het is bestemd voor alle betrokkenen die met hen werken en die geïnteresseerd zijn om mee te werken aan dit proces; de belangrijkste referenties komen uit het Background Review document dat uitgebracht is in hetzelfde project en WHO ICF.

Trefwoorden: ICF, opleiding, training, getrainde, verworven handicap, resocialisatie, context, evaluatie, doelgroep

Auteurs: Maria Pia Viola Magni (Conorzio TUCEP); Rina Verdoodt (National Multiple Sclerosis Centrum); Pierre Ketelaer (International Multiple Sclerosis Organisation); Winrich Breipohl (Rheinische Friederich-Whilelms- Universität Bonn); Almudena Sainz (Federación Española para la Lucha contra Esclerosis Múltiple); Ilaria Baldini (Associazione COAT "Centro Orientamento Ausili Tecnologici"); Anna Toni (Onlus); Riccardo Magni (Pragma Engineering S.r.l.); Ludmila Waszkiewicz (Wroclaw Medical University)

Gereviseerd door: Prof. Fabio Ferrucci

Revisie nr: 9

The published contents are under the responsibility of their authors: they may not correspond with the opinion and the aims of the European Commission.

Inhoudsopgave

Inleiding _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

1. *Doelen van de richtlijnen* _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

2. *Gebruikers van de richtlijnen* _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

3. *Wanneer kunnen de richtlijnen gebruikt worden?* _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

4. *Een belangrijke basisveronderstelling: identiteitsherstel van de persoon* *Errore. Il segnalibro non è definito.*

5. *Evaluatie van de persoon met een handicap, de familie, de sociale context* *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Evaluatie van de persoon met een handicap

Kennis _____ **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Houdingen _____ **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Professionele doeltreffendheid _____ **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Evaluatie van de familie _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Kennis _____ **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Houdingen _____ **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Evaluatie van de sociale context _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Publiek kader _____ **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Werkgeverskader _____ **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Beroepskader _____ **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Omgevingskader _____ **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Beoordelingsinstrumenten voor de persoon, de familie en de sociale context *Errore. Il segnalibro non è definito.*

6. *De trainer- Een ideaal Curriculum* _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Kennis van de trainers _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Houdingen van de trainers _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Professionele doeltreffendheid van de trainers _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

7. *Stappen in het trainingprogramma* _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

8. *Evaluatie van het trainingprogramma* _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Evaluatie sociale context _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Sociale context Kennisindicatoren _____ **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Social context Houdingsindicatoren _____ **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Social context Gedragsindicatoren _____

Evaluatie van de doeltreffendheid van het programma

9. *Bijlagen* _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Bijlage 1 _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Bijlage 2 _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Bijlage 3 _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Bijlage 4: Resultaten van de focusgroepen

Resultaten van de focusgroep gericht op de trainers (SPANJE) _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Resultaten van de focusgroep gericht op de personen met een handicap (SPANJE) *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Resultaten van de focusgroep gericht op trainers (ITALIE) _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Resultaten van de focusgroep gericht op personen met een handicap (ITALIE) Errore. Il segnalibro non è definito.

10. Referenties _____ *Errore. Il segnalibro non è definito.*

Inleiding

Deze richtlijnen zijn het resultaat van het Grundtvig Project "DAM" (Disabled Adult Methodologie): ze zijn bedacht als een hulpmiddel om geschikte opleidings- en trainingsprojecten te ontwikkelen voor mensen met een verworven handicap met als doel een herintroductie in de werksituatie of de sociale context.

De Richtlijnen zijn opgemaakt uit bijdragen van:

- Inhoud en theoretische referenties voorgesteld in het *Background Document*, dit is een ander resultaat van het DAM Project.
- Resultaten, verkregen uit vier focusgroepen waarvan twee in Spanje en twee in Italië; de focusgroepen zijn enerzijds gericht op mensen met een handicap en hun families en anderzijds op personen die werken in de revalidatie van mensen met een verworven handicap.
- Methodologische benaderingen en ervaringsuitwisselingen tussen alle partners van het DAM Project, deze zijn:

Conorzio **TUCEP** (Perugia, Italië)

NMSC - National Multiple Sclerosis Centrum v.z.w. - (Melsbroek, België)

IMSO – International Multiple Sclerosis Organisation – (Melsbroek, België)

Rheinische Friederich-Whilelms- Universität Bonn (Bonn, Duitsland)

FELEM – Federaciòn Española para la Lucha contra Esclerosis Múltiple – (Madrid, Spanje)

COAT -Associazione "Centro Orientamento Ausili Tecnologici" Onlus – Trevi (PG), Italië

PRAGMA ENGINEERING s.r.l. (Perugia, Italië)

WMU – Wroclaw Medical University – (Wroclaw, Polen)

Om de inhoud van de Richtlijnen beter te begrijpen, nodigen wij de lezer uit om ook rekening te houden met het *Background Document*. In dat document vindt u een verklarende woordenlijst van de meest relevante sleutelwoorden, statistieken en socio-psychologische theorieën over verworven handicap. Ook vindt een overzicht van diensten en reglementeringen rond invaliditeit in de deelnemende landen en een visie op een benadering volgens de ICF.

De Richtlijnen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op ICF classificatie door OMS, omdat elk project zou moeten gericht zijn op de behoeften van de individuele persoon en geleid worden door een multidisciplinaire aanpak waarin medische, psychologische en sociale aspecten aan bod komen. (bio-socio-psychologisch model)

De Richtlijnen hebben de volgende structuur:

- Een algemene voorstelling van de doelen en de doelgroep en gebruik van de richtlijnen in de verschillende fases van revalidatie
- Verworven handicap als een probleem van identiteitsherstel (resocialisatieproces)
- De evaluatie van de invalide persoon, de familie en de sociale context als eerste stap om een trainingsproject te beginnen
- Het ideale curriculum van de trainers
- Stappen van het trainingsprogramma en evaluatie

In bijlage 1 en 2 stellen we een ICF checklist voor om de persoon, de familie en de sociale context te beschrijven, en een kort klinisch gezondheids informatieformulier.

In bijlage 3 vindt u een formulier om de werkvaardigheden van de gehandicapte persoon te beschrijven.

In bijlage 4 stellen we een interview voor om de geschiedenis van het "trauma" te onderzoeken (trauma als een ongeval of het voorkomen van een pathologie dat het leven van een persoon drastisch verandert)

In bijlage 5 vindt u de methodologische methodes en resultaten van de doelgroep.

1. Doelen van de richtlijnen

De Richtlijnen zijn geschreven voor de volgende doelen:

- gemeenschappelijke taal en concepten delen
- "de herintroductie tot werken van invalide personen" delen als een Europese waarde
- Een gemeenschappelijke sociale en politieke cultuur ontwikkelen rond het probleem van verworven invaliditeit met als resultaat een positieve houding naar dit probleem.
- De sociale, educatieve en beroepsomgeving sensibiliseren om barrières weg te nemen
- Het vergemakkelijken voor mensen met een verworven handicap om geïntroduceerd/hergeïntroduceerd te worden in sociale, beroeps en arbeidscontexten
- De toepassing van wetten voor invalide personen reëel maken
- Vaardigheden van trainers versterken om in verschillende sociale omstandigheden te werken en in verschillende situaties van invaliditeit
- Een methodologie voor te stellen die wordt toegepast vanaf de beginfase van een traumatische gebeurtenis of vanaf de manifestatie van het ziektebeeld
- Een multidisciplinaire aanpak reëel maken, netwerken ontwikkelen tussen verschillende professionele personen, organisaties en diensten
- Experimenteren met en het uitvoeren van nieuwe praktijken

De Richtlijnen zijn ook het uitgangspunt voor nieuwe samenwerking, om diepgaande beroeps en vaktherapie te onderzoeken en om educatieve projecten op te bouwen.

2. Doel van de Richtlijnen (gebruikers)

Deze Richtlijnen zijn hoofdzakelijk gericht tot “trainers”: met dit woord verwijzen we vanaf nu naar de “case managers” van een educatief en trainingsproject voor personen met een verworven handicap.

Verworven handicap impliceert altijd complexe situaties. Daarom is het belangrijk dat elke poging tot sociale reïntegratie gerealiseerd wordt door een geïntegreerde werkgroep. Zoals uitgelegd wordt in de *Background revisie* (ref. hoofdstukken over sociologische achtergrondtheorieën en ICF): een biosociopsychologische aanpak veronderstelt een multidimensionele en multiprofessionele tussenkomst, waar een werkgroep zich profileert als

- A) een actief instrument van analyse, beoordeling en evaluatie van de hele situatie
- B) een stabiele referentie voor de persoon omdat de professionele personen van deze werkgroep een project delen dat past bij en gericht is op de persoon
- C) een concreet en operationeel hulpmiddel dat de realisatie van het project kan verwezenlijken

Bij deze aanpak is een centrale professionele persoon aanbevolen die “trainer” genoemd wordt en die de fases van het educatieve/trainingsprogramma leidt en die alle betrokken personen coördineert.

De trainer kan eender welke professional zijn die betrokken is bij het pad naar sociale herintegratie van personen met een verworven handicap:

- Beroepstrainers
- Logopedisten
- Maatschappelijke werkers
- Psychologen
- Fysiotherapeuten
- Ergotherapeuten

We zijn vertrokken vanuit de behoeften van trainers en gehandicapte personen, geanalyseerd door de doelgroepen in Spanje en Italië. De teksten daarvan vindt u in de bijlage van het huidige document.

3. Wanneer kunnen de Richtlijnen gebruikt worden?

Alle interventies moeten erop gericht zijn om de kloof tussen heden en verleden te herstellen, met als doel de persoon een sociale rol terug te geven. Elke handeling moet grondig doordacht zijn, vanaf de beginfase van ziekte of invaliditeit.

De interventies moeten ontwikkeld worden:

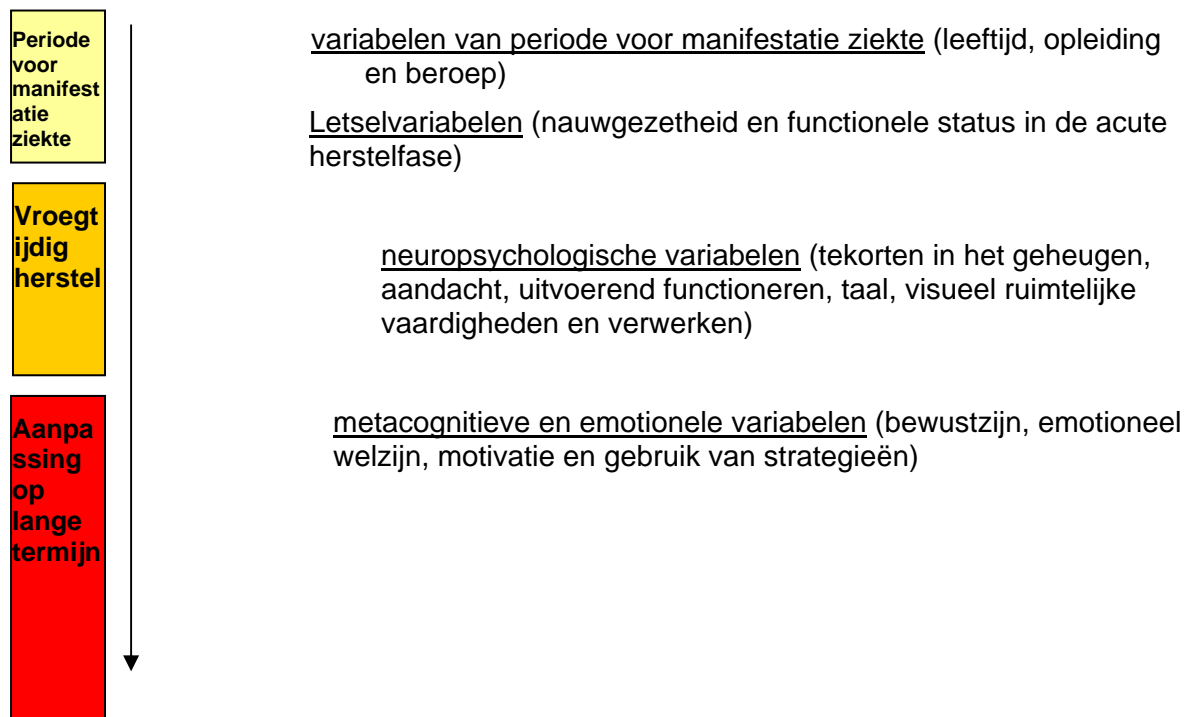
- 1) in het ziekenhuis, met een vroegtijdige activering van alle bestaande diensten
- 2) in de levenscontext van de persoon
- 3) in de sociale en regionale context, door hulpmiddelen te vinden en faciliteiten te voorzien waardoor de context de persoon helpt.

Zoals we hebben uitgelegd in het *Background Document* (zie hoofdstuk over literatuuroverzicht over beroepsrevalidatie), mag worden verondersteld dat elke interventie die een hertewerkstelling beoogt rekening moet houden met veel variabelen uit de periode voor de ziekte zich manifesteert.

Vroegtijdige tussenkomst, in het geval van een persoon met MS, moet beginnen net wanneer de persoon de eerste ziekteverschijnselen ervaart. Dit omvat evenzeer cognitieve problemen die mogelijk zouden kunnen optreden voor de voor lichamelijke problemen.

Zelfs als een persoon met MS zijn/haar job moet verlaten, zijn er andere jobs of andere activiteiten die mogelijk nog vele jaren kunnen uitgeoefend worden. Het doel van de vroegtijdige tussenkomst moet zijn: e persoon zo lang mogelijk laten werken of actief laten zijn.

Dit betekent op de een of andere manier hun profiel aanpassen en nieuwe vaardigheden en bekwaamheden ontwikkelen



Sociale en omgevingsvariabelen, steun van familie en vrienden, steun van de werkgever, revalidatie en werkervaring)

resultaat van tewerkstelling: soort werk, aantal uren, werkwijzigingen, kwaliteit van prestatie en duurzaamheid.

(van T. Ownsworth & K. McKenna)

Al deze variabelen moeten de vroegtijdige zorg van een persoon regelen vanaf het moment dat het ongeval (of verwonding of ziekte) gebeurt.

Voor "complete sociale herintegratie" verwijzen we naar een ideaal resultaat waar de persoon een persoonlijke bevredigende levenskwaliteit heeft, niet geïsoleerd leeft en waarin hem een zinvolle bezigheid wordt voorgesteld, niet noodzakelijk een job, maar wel een sociale context waarin hij taken kan uitvoeren in positieve relaties.

Een complete sociale herintegratie betekent dat de persoon geïntegreerd wordt in elk aspect van het leven. Dit betekent thuis, met de familie, op het werk (een nieuwe job of dezelfde job), in het sociaal leven, etc.

Thuis voert de persoon zelf zo veel en zo lang mogelijk dagelijkse taken uit, soms met technische hulpmiddelen en wat hulp van de familie.

Op het werk kunnen er veel aanpassingen gebeuren en in sommige landen zijn er publieke subsidies die bedrijven helpen om hun faciliteiten toegankelijk te maken voor mensen met een handicap.

Wat het sociale leven betreft zijn er veel hindernissen die de MS patiënt zal moeten overwinnen, zoals architecturale barrières, vermoeidheid, transport, incontinentie... Maar deze kunnen opgelost of geminimaliseerd worden op bepaalde manieren zodat de persoon een zo normaal mogelijk sociaal leven kan leiden.

4. Een belangrijke basisveronderstelling: identiteitsherstel van de persoon

Verworven handicap veroorzaakt angst en onzekerheid, instabiliteit en moeilijkheden om de toekomst te plannen.

Het vermogen van de invalide persoon om zich aan te passen aan de verworven handicap beïnvloedt de motivatie en wil om weg te raken uit een ernstige situatie. Dit element lijkt essentieel te zijn voor een succesvolle herintroductie-tot-werken project.

Verworven handicap is een traumatische gebeurtenis Waardoor de persoon en zijn familie in een complex drama terecht kunnen komen.

Deze traumatische gebeurtenis kan leiden tot depressie en het onvermogen zich aan te passen aan de ziekte: het kan de sociale rol van de persoon beïnvloeden – wegens verlies van werkvermogen, sociale status, verandering van esthetische kenmerken en fysieke prestaties, verandering van sociale context – waardoor de persoonlijke identiteit gewijzigd wordt, gebaseerd op de sociale context van het leven.

Een invalide persoon kan zich gekrenkt voelen in zijn/haar trots. Vaak wordt de patiënt “weggerukt” uit zijn oude leven en oude gewoonten; zelfs oude vrienden zijn geneigd te “verdwijnen”. De isolatie versterkt de persoonlijke problemen en moeilijkheden. Een voorbeeld in het echte leven: iemand begon te werken in een bedrijf, maar had iemand nodig die hem hielp elke keer hij/zij naar het toilet moest. Niemand wou hem helpen.

De invalide persoon kan geneigd zijn om apart te leven wegens gebrek aan motivatieprikkelers.

Er zou enige vorm van compatibiliteit moeten zijn tussen uitkeringen en lonen zodat mensen gemotiveerd zijn om te werken.

Indien de persoon niet bekwaam is om zijn eigen sociale rol te behouden, zal hij zijn zelfbeeld veranderen, hij zal zich minderwaardig voelen.

“Toen het ongeval gebeurde was ik in één seconde een andere persoon. Ik zou mezelf moeten ontmoet hebben, mezelf anders gekend hebben”

(M. Gillebert, 1992)

De “persoonlijkheidscrisis” (De Martino, 1973), de moeilijkheid om een continuüm te vinden met het verleden, moet het uitgangspunt zijn van het project van identiteitsreconstructie van mensen met een handicap.

Persoonlijkheid, identiteit en ruimte moeten weer hersteld worden op een biologisch, gedrags en relationeel niveau door het bereiken van autonomie en onafhankelijkheid.

“Al diegenen die wreed getroffen zijn door levenservaringen, moeten de deur naar het verleden sluiten zonder spijt, maar dankzij hun innerlijke kracht bereikt door hun ervaringen, zullen ze een compleet leven leiden met de anderen hun nieuwe geboorte” (Gillebert, 1992). Dit proces vereist steun: de trainers moeten deze ervaring van persoonlijkheidsvernieuwing ondersteunen.

“Persoonlijke identiteit is het gevoel doorheen de tijd een afzonderlijke eenheid te zijn” (Galimberti, 1992): elke persoon ontdekt de identiteit in cruciale momenten in het leven, wanneer de vraag rijst: Wie ben ik?

De constructie van persoonlijke identiteit is de uitgang van sommige individuatieprocessen die in verband staan met de link tussen geest, lichaam en bewustzijn.

De organisatie van persoonlijke identiteit is een altijd durend proces. Het stemt overeen met de organisatie van informatie over de eigen persoon, een ontwikkeling van zelfbewustzijn. Er zijn verschillende niveaus van eigen persoon¹:

- *Lichaam en lichamelijke perceptie*, volgens Stern (1985) verbonden met:
 - Het gevoel de auteur te zijn van acties (zelf werking)
 - Het gevoel van samenhang
 - De emoties (emotionele zelf)
 - Het gevoel van een continuüm met het verleden (historische zelf)

- *Sociale en intermenselijke zelf*: elk individueel leven staat in verband met de sociale en intermenselijke context. We zijn de spiegel van de relaties die we opbouwen met anderen.

- *Conceptuele zelf*: de manier waarop een persoon denkt over zichzelf (Rogers, 1942)

We kunnen veronderstellen dat elk Zelf herstel door elk van deze niveaus moet gaan: een vervormd beeld van het lichaam of een kloof met het verleden, of een gevoel van desintegratie en een gebrek aan samenhang zal het Zelfbeeld beïnvloeden en zal ongelijkheden verklaren voor het herstel van identiteit.

Erikson (1959) definieerde de ontwikkeling van identiteit als "Synthese van het Ego" of een "onbewuste inspanning om continuïteit te verlenen aan persoonlijkheid, het onderhoud van een innerlijke solidariteit met de idealen en de identiteit van een eigen referentie sociale groep.

Erikson suggereert acht stappen voor de constructie van identiteit dat we hier zullen illustreren: de persoonlijke identiteitsconstructie verloopt doorheen psycho-sociale crisissen en conflicten gelinkt aan persoonlijke transformaties van de subjectieve ervaring doorheen de tijd.

De ervaring van geremdheid in de vijfde stap stemt overeen met een stilstand van identiteitsontwikkeling, die kan leiden tot wanhoop.

¹ Voor meer details over het Zelf zie Del Miglio Carlamaria; 1989; Rogers Carl, 1942; Neisser Ulrich, 1967; Kohut, 1971, 1980

Psychosociale conflicten	Basis krachten
Vertrouwen versus ontrouw	Hoop
autonomie versus schaamte en twijfel	Wil
initiatief versus gevoel van onvolkomenheid	Intentie
Doeltreffendheid versus minderwaardigheidsgevoel	Gevoel van bekwaamheid
identiteitsgevoel versus afhankelijkheid	Gelovigheid
intimiteitgevoel versus isolatie	Liefde
creativiteit versus geremdheid	Vertrouwen
integriteit versus wanhoop	Wijsheid

(Uit Fedeli, 1990)

Goleman (1998) beschrijft een belangrijke factor van persoonlijkheid, de "emotionele bekwaamheid", dit is een bekwaamheid gebaseerd op emotionele intelligentie. Training op emotionele bekwaamheid komt overeen met training op identiteitsherstel.

De structuur van "emotionele bekwaamheid" wordt getoond in het volgende schema:

structuur emotionele bekwaamheid	
Zelfbewustzijn	Het is de erkenning van de eigen emoties, hulpmiddelen, intuïties: <ul style="list-style-type: none"> - Erkenning van emoties en hun effecten - Zelfanalyse van persoonlijke limieten en krachten -Vertrouwen in de eigen mogelijkheden en capaciteiten
Zelfcontrole	Het is het vermogen om de innerlijke condities, hulpmiddelen en drijfveren te controleren : <ul style="list-style-type: none"> - Zelfcontrole van emoties en versturende drijfveren - Verantwoordelijkheidsgevoel - Aanpassingsvermogen - Open staan voor nieuwe ideeën, stimuli, informatie
Motivatie	Het is gebaseerd op emotionele toestanden die de verwezenlijking van doelen drijven <ul style="list-style-type: none"> - Zelfrealisatie impuls - Intentie en inspanning - Optimisme

Empathie (zie ook Stein, 1992)	<p>Het is gelinkt aan de gevoeligheid voor de behoeften, gevoelens en interesses van anderen. Begrip voor de emoties van anderen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bevordering van de groei van anderen - In staat zijn de machtsverhoudingen in een groep te begrijpen
sociale vaardigheden	<p>Het is gelinkt aan de vaardigheid om wenselijke antwoorden van anderen te vermijden</p> <ul style="list-style-type: none"> - overtuigend zijn - Duidelijk communiceren - Leider zijn - Voorstander zijn van veranderingen - Relaties opbouwen - Samenwerking opbouwen - In team of in groep werken

(uit Goleman, 1998)

Eerst en vooral,

- Is het belangrijk om de eigenwaarde en identiteit van de persoon te redden. Het is noodzakelijk om te werken aan psychologische aspecten om de persoon in een nieuwe conditie te bepalen, om mogelijke aanvaardbare limieten op te stellen om latere frustraties te vermijden, en om emotionele bekwaamheid te ontwikkelen.

5. Evaluatie van de invalide persoon, de familie en de sociale context.

Het is niet aangewezen om verschillende niveaus van invaliditeit te vergelijken: Elke situatie heeft zijn eigen specifieke behoeften en het is moeilijk om een ernstige invaliditeit te vergelijken met een lichtere; het is niet aangewezen om verschillende typologieën van invaliditeit te vergelijken.

Daarom is het aangeraden om “*ad personam*” programma’s te ontwikkelen (ver van generische en heterogene programma’s): een educatief programma gericht op de herintroductie tot werken mag geen voorverpakt educatief programma zijn; het zou eerder nuttig zijn om een “*ad personam*” educatief programma te ontwikkelen, rekening houdend met enkele belangrijke factoren die verband houden met de persoon en de situatie.

Om te begrijpen wie de persoon was voor het trauma/ongeval en om te herinneren wie hij nu is, is het belangrijk om vele aspecten te beoordelen. Eerst en vooral:

- Om een educatief programma te ontwikkelen gericht op de herintroductie tot werken, is het nuttig om te beginnen met de reconstructie van de traumatische gebeurtenis volgens de **invalide persoon, zijn/haar familie** en zijn/haar **sociale context** perspectief.

De volgende tabel toont enkele aspecten die geweten moeten zijn over de persoon, de familie en de sociale context verwezen naar het verleden, de gebeurtenis (d.w.z. een ongeval of een ziekte), het heden, de toekomst (Toni, 1998).

	Het verleden	De gebeurtenis	Het heden	De toekomst
De invalide persoon	Hoe hij/zij was	Wat er gebeurd is	Wat er binnenin rond persoon veranderd is	Verlangens, en plannen, de verwachtingen en kansen
De familie	Hoe de familie was	Wat er gebeurd is	Wat er binnenin rond familie veranderd is	Verlangens, en plannen, de verwachtingen en kansen van de familie
Leven en sociale context van de invalide persoon	Hoe de context was	Wat er gebeurd is	Wat er binnenin rond context veranderd is	Verzoeken, en aanbiedingen, de verwachtingen en kansen van de context.

(uit Toni, 1998)

Om de vier aspecten (het verleden, de gebeurtenis, het heden en de toekomst) te analyseren die verband houden met de essentiële wereld van de persoon kan gebruik gemaakt worden van de "levensverhalen" methodologie. Deze aanpak beschouwt lange interviews.

Door deze interviews op te nemen is er mogelijkheid tot een diepere analyse.

De interviews kunnen uit twee stappen bestaan:

- een inleidend groepsinterview met de persoon en de familie om het verleden en de gebeurtenis samen te voegen
- een individueel interview, in het bijzonder gericht op de twee opeenvolgende momenten van het leven (het heden en de toekomst) om de meer vertrouwelijke thema's te behandelen en om elk element te grijpen dat nuttig kan zijn voor een nieuw levensproject.

De twee fases van interviews kunnen achteraf geïnterpreteerd worden, ook gebruik makend van de opnames. (Toni, 1998)

Om al deze aspecten te analyseren volgt hieronder een interview schema.

De invalide persoon

Het verleden

Wat voor persoon was ik? Wat is er innerlijk en uiterlijk veranderd?

De gebeurtenis

Waarom (de pathologie, het ongeval) is mij dit overkomen?

Het heden:

Hoe voel ik mijn lichaam aan.

Wie ben ik nu?

Heb ik mezelf aangepast aan een nieuw leven? Hoe kan dat mogelijk zijn?

Wat kan ik nu doen?

Wat zijn mijn hulpmiddelen?

Heb ik nog oude vrienden? Heb ik nieuwe vrienden?

Heb ik hobby's?

De toekomst:

Wat zal ik worden/doen?

Wat zijn mijn verwachtingen, motivaties, behoeften, projecten?

De familiale context

Het verleden

Wat voor familie waren we? Wat is er binnenin en rondom ons veranderd?

Welke verwachtingen? Welke sociale en economische voorwaarde?

De gebeurtenis

Wat is er gebeurd? Hoe heft de gebeurtenis de familiale balans veranderd? (krachtrelaties, conflicten) Welke moeilijkheden?

Het heden:

Hoe voelen we ons? (spijt, gevoel van onvolkomenheid, emoties en gedachten)

Wie zijn we nu?

Hebben we ons aangepast aan een nieuw leven? Hoe is dat mogelijk?

Wat zijn onze hulpmiddelen?

Wat kunnen we nu doen?

De toekomst:

Wat zullen we worden/doen?

Wat zijn onze verwachtingen, motivaties, behoeften, projecten?

De sociale context

Het verleden

Hoe was de sociale context voor de gebeurtenis? Wat is er veranderd?

De gebeurtenis

Wat is er gebeurd? Hoe heeft de gebeurtenis de sociale context (vrienden, familieleden) veranderd? Welke moeilijkheden?

Het heden:

Hoe neemt de sociale context de invalide persoon waar? (gedrag, stigma...)?

Waaruit bestaat de sociale context nu? (vrienden, familieleden, diensten, wetten...)

Hebben we ons aangepast aan een nieuw leven? Hoe is dat mogelijk?

Wat zijn de hulpmiddelen?

Wat kan de sociale context nu bieden?

De toekomst:

Wat zijn de sociale context verwachtingen, motivaties, behoeften, projecten?

Hier suggereren we wat andere aspecten om de invalide persoon, de familie en de sociale context grondiger te beoordelen.

De evaluatie van de invalide persoon

In een kader dat de persoon opvat als een globaal concept, moet de belangrijkste inspanning erop gericht zijn de psychologische en sociale status van de persoon zorgzaam en grondig te evalueren. Deze analyse kan de elementen aanreiken om een project te ontwikkelen dat als doel heeft de isolatiestatus te verminderen.

→ beoordeel in welke fase van aanpassing de persoon nu leeft

Volgens Antonak en Livneh kunnen we een psychologisch pad van aanpassing aan de handicap onderscheiden dat zich uit in enkele reactiefases:

- *Shock* wordt waargenomen als de initiële reactie van de persoon op het begin van een plotse en ernstige verslechtering (bijvoorbeeld ruggenmergletsel, hartinfarct) of psychologisch trauma (bijvoorbeeld diagnose van een chronische ziekte). Het is een reactie die wordt waargenomen door een psychische blokkade door de impact van een overweldigende traumatische ervaring.
- *Angst* wordt gezien als een fase van een angstige reactie op de initiële erkenning van de omvang van de traumatische gebeurtenis. Deze reactie mag niet verward worden met angst als een karaktereigenschap concept.
- *Ontkenning*, dat een meer problematische reactie geacht wordt om te verifiëren door de subtiele en vaak conflicterende aspecten, wordt gezien als een beschermingsmiddel tegen de pijnlijke realisatie van de implicatie van iemands toestand, inclusief de hoop op herstel van de beschadiging.
- *Depressie*, een reactie die vaak wordt waargenomen bij toevallig beschadigde personen, wordt typisch opgevat om de initiële realisatie van het verlies van iemands vroegere fysieke bekwaamheid dat voorkomt uit aanhoudend lichamelijk trauma. Het wordt gewoonlijk vergeleken met een reactie op het verlies van het verloren lichaamsdeel of functie.
- *Geïnternaliseerde angst* wordt gezien als de vertoning van zelfgerichte bitterheid en verontwaardiging die vaak samengaan met schuldgevoelens en zelfverwijten. Deze reactie is het duidelijkst bij personen die zich bewust zijn dat hun handicap een chronische conditie is.
- *Naar buiten toe gerichte vijandigheid* naar mensen, dingen of andere aspecten van de omgeving gebeurt wanneer de persoon met een handicap wraak lijkt te willen nemen op zijn/haar opgelegde functionele beperkingen. Het kan zeer duidelijk zijn bij toenemende chronische toestand.
- *Erkenning* bestaat uit de cognitieve erkenning (d.w.z. intellectuele aanvaarding) van de toekomstige verwikkelingen die het gevolg zijn van de handicap en de geleidelijke integratie van de functionele beperkingen die verband houden met iemands conditie in iemands zelfconcept.
- *Aanpassing* geeft een affectief zich eigen maken (d.w.z. emotionele aanvaardbaarheid) weer van de functionele implicaties van een handicap in iemands zelfconcept geassocieerd met gedragsaanpassing en sociale herintegratie in de nieuw waargenomen levenssituatie.

Elk onderdeel van deze aanpassingsfase is zeer belangrijk:
geïnternaliseerde angst bijvoorbeeld, wordt alleen een innerlijk hulpmiddel als
het zich ontwikkelt naar geëxternaliseerde vijandigheid en dan naar erkenning.

Het is niet nuttig om bijvoorbeeld een staat van depressie als negatief te beschouwen, want
het is belangrijk om rekening te houden met de mogelijke evolutie van deze staat en om de
persoon te helpen met elke innerlijke verandering.

Nu stellen we de aspecten voor die je moet onderzoeken wanneer je een
trainingsprogramma voor invalide personen gebruikt.²

→ beoordeel kennis, houdingen en mogelijk professionele
doeltreffendheid

Kennis

Voor kennis is het belangrijk de volgende aspecten te beoordelen:

- vroegere ervaringen
- curriculum
- nieuwe kennis om de beroepsactiviteit in te treden
- basiskennis van computers is noodzakelijk, net zoals in de gewone samenleving
- organisatorische vaardigheden (zoals bijvoorbeeld de missie van een bedrijf, rollen, taken, procedures en protocol)

Houdingen

Voor houdingen is het belangrijk volgende aspecten te beoordelen:

- toekomstverwachtingen
- subjectieve factoren die een sterke invloed hebben op motivatie en op het daaruit voortvloeiend succes van het project
- interesses(in het verleden, heden en toekomst)
- gedragsstijlen
- vermogen om suggesties en hulp te aanvaarden
- relationele en emotionele vaardigheden

Bandura (1986) beschrijft zelfcognitieve controle, een andere fundamentele houding, samengesteld uit:

² Deze paragraaf is geschreven op basis van enkele literatuurreferenties en op de resultaten van interviews met gehandicapte personen, met mensen die invalidenverenigingen vertegenwoordigen en mensen die werken met gehandicapte personen. In het bijzonder komen veel beschouwingen voort uit de resultaten van vier doelgroepen waarvan er twee in Spanje waren en twee in Italië tijdens de DAM Project uitvoering.

- *Zelfcontrole*, het vermogen om de persoonlijke rol en doelen te herkennen
- *Zelfevaluatie*, het vermogen om de verantwoordelijke instrumenten van gebeurtenissen te herkennen op een gepaste manier
- *Zelfdoeltreffendheid*: realistische verwachtingen hebben over de persoonlijke succeskans in een complexe taak
- *Zelfversterking*: het vermogen tot zelfbeloning na een doel te hebben bereikt

Professionele doeltreffendheid

Het is nuttig om volgende aspecten te evalueren:

- Het vermogen van de persoon om technische adviezen te benutten
- Persoonlijke en contextuele vaardigheden vergelijken
- Levensvaardigheden
- Werkelijke capaciteiten
- Vorige ervaringen

De evaluatie van de familie

Voor de familiale context is het belangrijk om te beoordelen:

Kennis

- De graad van besef van de familie over de werkelijke capaciteiten en moeilijkheden van de invalide persoon
- Het psychologische beeld van de familie over de invalide persoon
- Het culturele niveau en interesses van de familie

Houdingen

- Familiale balans en innerlijke psychologische drijfveren
- De graad van aanpassing, emotionele staat, angsten, ...
- De graad van volgzaamheid van de familie naar het programma
- Verwachtingen
- Behoeften

De evaluatie van de sociale context

Het is belangrijk om een analyse te maken van de sociale context door rekening te houden met drie hoofdfactoren

- publiek kader
- werkgeverskader
- beroepskader
- omgevingskader

Publiek kader

- informatiemogelijkheden
- training en revalidatiemogelijkheden
- stedelijke organisatie (structuren, barrières, transport, hulpnetwerken, vrijwilligersassociaties ...)
- typologie en kwaliteit van diensten
- internationale richtlijnen over invaliditeit
- data beschikbaarheid (epidemiologie, statistieken ...)
- verwachtingen (publieke opinie)
- cultureel stigma en barrières
- cultureel patroon
- bestuur
- ontwikkeling van sociale status
- diensten die in netwerk werken
- sociale en politieke leidraden en programma's
- educatieve programma's
- beschikbaarheid van diensten
- beroepsmogelijkheden

Werkgeverskader

- graad van kennis van de werkgever over invaliditeit
- strategieën en leidraden van de werkgever
- houdingen van de werkgever ten opzichte van invaliditeit
- acties en gedragen van de werkgever ten opzichte van invaliditeit

Beroepskader

Als we de veranderingen analyseren om de persoon in te schrijven voor een nieuwe job/activiteit, kan de gedetailleerde analyse van de interacties tussen zijn capaciteiten beroepsvereisten nuttig zijn. *Taakanalyse* is een techniek gebaseerd op observatie dat kennis ontwikkelt uit de analyse van de onderdelen van een complexe taak. Het is gebaseerd op de identificatie van de eenvoudige taakopvolging en geeft een beschrijving van de vereisten voor de correcte uitvoering ervan. Er zijn verschillende technieken om de analyse voor te stellen: gebaseerd op een lijst, een flowchart, een raster... Voor elke eenvoudige actie/taak moeten de bevoegdheden uitgedrukt door de persoon vergeleken worden, waarbij kritieke punten erkend worden en potentiële impasses.

Globaal gezien is taakanalyse een tijdrovend proces: het wordt vaak toegepast met de hulp van experts en ondersteund door software hulpmiddelen.

→ Hint: pas dit soort analyse alleen toe op taken die als zeer cruciaal gezien worden

Omgevingskader

De sociale context is ook vertegenwoordigd door betrokkenen die de invalide persoon omringen. Het is belangrijk om informatie te hebben over:

- De aanwezigheid van een ondersteunend netwerk van burens rond de invalide persoon
- De graad van besef van de burens over de moeilijkheden en mogelijkheden van de persoon
- Het niveau van potentiële hulp door de buurt

Evaluatie-instrumenten voor de persoon, de familie en de sociale context

1. Om de persoon te beschrijven, stellen wij voor om te verwijzen naar ICF-International Classification³ of Functioning check list by World Health Organization. Het is een klinisch formulier waar elk aspect van de persoon beschreven wordt voor een grondige beoordeling. (bijlage 1)

2. Om een meer gedetailleerde kennis te hebben van de gezondheidssituatie vindt u de "brief health information" vragenlijst en een formulier voor "General questions for "General Questions for Activity and Participation" by ICF- WHO (bijlage 2)

3. Om de potentiële capaciteiten van de persoon op het werk te beschrijven, illustreren we een formulier genomen uit ICF en uitgevoerd door een organisme van het Italiaanse ministerie voor Welzijn en Tewerkstelling "ItaliaLavoro" genaamd, betreffende Openbare Tewerkstelling, speciaal van toepassing op invaliden (bijlage 3)

³ Voor meer informatie, lees het achtergronddocument over ICF

6. De trainer – een ideaal curriculum

Hier behandelen we alle belangrijkste vereisten in verband met een trainingsprogramma dat als doel de beroepsherintegratie van invalide personen in het bijzonder heeft. Hier stellen we voor om kenmerken te analyseren dat door de trainer zouden moeten ontwikkeld worden in de drie aspecten van “kennis, Houdingen en Professionele Doeltreffendheid” verwezen naar de trainers.

	Kennis	Houdingen	Professionele Doeltreffendheid
Trainers	Levenslang leren Vorige ervaringen Curriculum Ad hoc training...	Verwachtingen Motivatie Gedragsstijlen Relationele en emotionele vaardigheden Empathie Leiderschap...	Educatieve behoeften en beoordeling van vaardigheden Ad hoc educatieve programma's...

Nu concentreren we op ons op kennis, houdingen en professionele doeltreffendheid van de trainers.

Kennis van de trainer

Psychologische en medische kennis	<p>Kennis over de ziekte of situatie van de invalide persoon om in staat te zijn een gepaste aanpak van de training uit te voeren. Daarvoor moeten ze ook weten hoe ze hen moeten behandelen. Dit geldt ook voor vrijwillige trainers.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychologische en pedagogische bekwaamheden, de kennis van psychologische aspecten gelinkt aan verworven handicap in verband met een nieuw zelfbeeld en lichamelijke van de invalide persoon. - Bekwaamheid om met medische problemen om te gaan (d.w.z. doorligwonden, catheterisatie, voeding...), de bekwaamheid voor medische hulp
Kennis over beroeps en trainingskansen	<p>Doelen van het project waarin ze zullen werken</p> <p>Kennis van de arbeidsmarkt, nieuwe markten, nieuwe technologieën, werkaanbod</p> <p>Cursussen dat echte mogelijkheden verschaffen om een job te vinden</p> <p>Beroeps rehabilitatie inhouden en methodologische methoden</p> <p>Bekwaamheid om training interventies te evalueren en controleren</p> <p>Op de hoogte blijven van veranderingen en nieuwe ontwikkelingen van de diensten</p>
Wetten en normatief kader	Bekwaamheid op vlak van wetgeving en op de hoogte blijven van nieuwe wetten

Houdingen van trainers

Relationele houdingen	<p>Empathie, geduld, geen sociale vooroordelen</p> <p>Sterke persoonlijkheid</p> <p>Communicatietalent</p> <p>Goed kunnen luisteren</p> <p>Bekwaam op vlak van relaties</p> <p>De bekwaamheid om een ondersteunende relatie te hebben doorheen de tijd</p> <p>In groep of team kunnen werken</p> <p>Tolerant zijn ten opzichte van de ritmes van de gehandicapte persoon (zijn verlies kunnen uitwerken, zijn depressie...)</p> <p>Bekwaam zijn om de persoon bij te staan in de emotionele en cognitieve strijd tussen verleden en heden</p> <p>Zich bewust zijn van de persoonlijke rol en van de rol van andere professionals</p> <p>Stress, leed en burnout</p>
Cognitieve houdingen	<p>Problemen kunnen oplossen en beslissingen kunnen maken</p> <p>Zich bewust zijn van het network rond hem en van de regels van elke betrokkene in het network</p> <p>Zich bewust zijn van hun doelen, hun rol, mogelijkheden en limieten</p> <p>Zeer geïnteresseerd zijn in de groep</p> <p>Problemen analyseren en de links begrijpen tussen biologisch en sociaal niveau</p> <p>In staat zijn hun acties uit te denken, programmeren en te evalueren rekening houdende met de netwerkcondities</p>

Professionele doeltreffendheid van de trainers

Er worden door de overheid bijna geen speciale trainingsprogramma's voor trainers van gehandicapte personen aangeboden die gericht zijn op herintroductie tot werken. Ze moeten het leren van de dagdagelijkse praktijk en ervaringen.

Professionele doeltreffendheid trainen kan beschreven worden als een combinatie van factoren:

Professionele doeltreffendheid naar de gehandicapte persoon en de familie	<p>Beginnen met de interesses en motivatie van de gehandicapte persoon, niet alleen rekening houdende met het perspectief van zijn overblijvende mogelijkheden</p> <p>Een relatie gebaseerd op macht en afhankelijkheid</p> <p>Creatief zijn om een manier te vinden om een vertrouwelijke relatie met de gehandicapte persoon op te bouwen</p> <p>Realistisch zijn en als er geen vooruitgang is niet depressief zijn: de trainers moeten aanvaarden dat niet iedereen zoveel vooruitgang zal maken als gewenst is</p>
---	---

	<p>De training aanpassen aan de behoeften en bekwaamheden van de persoon</p> <p>Een evenwicht kunnen zoeken tussen afstand en intimiteit. Meewerken aan een globale herintroductie (op psychologisch, emotioneel en sociaal niveau)</p> <p>Een oriëntatieactie maken</p> <p>Bemiddelen tussen de sociale en familiale context van de gehandicapte persoon</p> <p>Consequente methoden en verschillende trainingsmiddelen gebruiken</p> <p>Met de gehandicapte persoon werken, veel tijd met hem/haar doorbrengen om zijn/haar houdingen en potentiële capaciteiten uit te zoeken</p>
Professionele doeltreffendheid naar de beroepsomgeving	<p>Werkgevers bijstaan in een educatief-beroepsprogramma voor de gehandicapte persoon</p> <p>De omgeving aanpassen (organisatie van het huis, architecturale barriërs)</p> <p>Werkmogelijkheden evalueren om een specifiek trainingsprogramma te ontwikkelen</p> <p>De rol van les geven op zich nemen</p>
Professionele doeltreffendheid naar een professioneel netwerk	<p>Kennis over de werkwijze van andere diensten, hoe hen te contacteren en hoe er toegang tot krijgen</p> <p>Deelnemen aan meetings over toezicht</p> <p>In een network of groep werken in contact met of binnenin het bedrijf (of een andere beroepsomgeving)</p>

7. Stappen van het trainingsprogramma

Hoe kunnen we mensen met een verworven handicap helpen hun identiteit terug te vinden en nieuwe vaardigheden op te bouwen?

Het is nuttig om een multidisciplinair netwerk te organiseren dat zorgt voor de gehandicapte persoon en zijn/haar familie vanaf de traumatische gebeurtenis of de manifestatie van de ziekte. Dit netwerk moet hen bijstaan met een project om hen te helpen hun handicap te aanvaarden en zich aan te passen aan vele veranderingen. Trainers, werk dus niet alleen, want:

→ Het trainingsprogramma moet het resultaat zijn van een multidisciplinair teamproject

Het team moet bestaan uit:

Neuropsycholoog	Psycholoog
Fysiotherapeut	Spraaktherapeut
Beroepstherapeut	Maatschappelijk werkers

Het is nuttig om schakels en protocols tussen educatieve programma's en de beroepsomgeving te ontwikkelen door werkgroepen op te stellen die kunnen bestaan uit maatschappelijk werkers, opvoeders, werkgevers en andere professionele personen die zouden kunnen helpen bij een educatief-beroeps programma. Om dit te doen, zijn er enkele basis sociale vereisten nodig die we hier bespreken.

Een correct concept van rehabilitatie en training moet bedoeld zijn als een levensproject door gebruik te maken van elk hulpmiddel dat (potentieel) aanwezig is in en rond de persoon, om hem een nieuwe sociale rol te geven en nieuwe relaties met de wereld.

Het is nuttig om de methodologie van een "netwerk interventie" te onderzoeken en definiëren, rekening houdende met een globaal concept van de persoon, zijn behoeften en zijn context (zoals we terugvinden in bepaalde literatuur- Cottini, 1997)

Op basis van de hulpmiddelen en de levensvaardigheden van de groep die de persoon voorstelt in de evaluatie, is het mogelijk om

→ de doelen van het trainings/educatief programma af te bakenen

Het is mogelijk om te beslissen op welke bekwaamheden men zich gaat concentreren en naarwaar het programma te richten.

Er zijn twee belangrijke variabelen (ook volgens ICF classificatie): capaciteiten en prestatie

Voor een persoon is het belangrijk bekwaamheden te bereiken die hij/zij nog niet bezit, terwijl het voor anderen belangrijk is bekwaamheden terug te vinden of te versterken die hij/zij reeds bezit.

In de implementatiefase van traininginterventie is het nuttig

→ om over twee belangrijke aspecten na te denken:

- activiteiten en inhoud voorleggen in een afgeschermd of groepscontext
- educatieve/trainingsstrategieën (technieken)

Het is ook noodzakelijk om

→ een evaluatie te maken van het trainingsproces en om de persoon te helpen aan zelfevaluatie te doen

Om kennis te hebben over de mogelijkheden van de persoon is het voor hem belangrijk om een specifieke prestatie in een specifieke omgeving te aanvaarden: als het doel van het project een beroepsherintegratie is, moet de gehandicapte persoon dat zelf ondervinden in dat beroep en de daarbij horende specifieke omgeving om zijn functioneren te analyseren en de omgeving aan te passen (door het bijvoorbeeld uit te rusten met technische hulpmiddelen om fysieke barrières te overwinnen)

Trainingsprogramma formulier	
Naam	
Beschrijving algemene situatie	
Doelen	
Plan	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Controles	<p>12 maanden 18 maanden 24 maanden</p> <p>Referentiepersoon van het project</p> <p>_____</p>

Goleman (1998) ontwikkelt een trainingsprogramma met de volgende stappen:

“- **Job evalueren:** De training moet zich concentreren op de belangrijkste vaardigheden om in staat te zijn een specifiek werk te doen of een specifieke rol terug te krijgen (taakanalyse)

Advies: Een training gericht op irrelevante vaardigheden is niet aan te raden.

Beste werkwijze: De training richten op basis van een systematische evaluatie van de behoeften van de persoon

- **De persoon evalueren:** het individueel profiel van bekwaamheden en limieten moet zo gemaakt worden zodat de vaardigheden kunnen verbeteren.

Advies: Het is niet nuttig om mensen te trainen op vaardigheden die al verbeterd zijn

Beste werkwijze: de training aanpassen aan de individuele behoeften

- **De evaluaties presenteren:** het is belangrijk feedback te geven over bekwaamheden en limieten. Dit is emotioneel zeer belangrijk, maar professionaliteit is vereist om deze inhoud mee te delen.

Advies: Feedback die is op een ongepaste manier wordt meegedeeld kan de persoon storen, maar het kan ook een motivatieprikkel zijn.

Beste toepassing: emotionele intelligentie gebruiken om de evaluatie te presenteren

- **De voorbereiding van de persoon correct inschatten**

Advies: De training is niet aan te raden als mensen er niet klaar voor zijn.

Beste werkwijze: evalueren in hoever de persoon voorbereid is en rekening houden met voorbereiding is nodig als eerste doel

- **Motiveren:** Leren sluit nauw aan bij motivatie.

Advies: Als mensen niet gemotiveerd zijn, zal de training geen effect hebben

Beste werkwijze: De vermoedelijke resultaten en gevolgen van de training duidelijk maken

- **Veranderingen in zelfcontrole maken:** als de persoon het leerprogramma aanpast aan zijn behoeften zal het meer effect hebben

Advies: Trainingsprogramma's die voor iedereen werken, werken eigenlijk voor niemand

Beste werkwijze: De persoon zijn doelen laten kiezen en het plan zo richten om die doelen te bereiken

- **Zich concentreren op duidelijk en bereikbare doelen:** De persoon heeft duidelijk informatie nodig over de competentie die bereikt moet worden

Advies: programma's die gericht zijn op onduidelijke doelen mislukken en leiden tot verwarring

Beste werkwijze: specifieke competenties uitleggen en praktische voorwaarden aanbieden om ze te bereiken

- **Moeilijkheden en stappen achteruit vermijden:** gewoontes veranderen gewoonlijk traag

Advies: trage veranderingen kunnen de motivatie negatief beïnvloeden

Beste werkwijze: mensen helpen om te leren uit hun fouten en ervaringen

- **Feedback geven over prestatie:** feedback lijkt veranderingen te beïnvloeden en helpt bij motivatie

Advies: een verwarrende feedback kan leiden tot vervormingen in de training

Beste werkwijze: momenten van feedback, toezicht, analyse van het trainingsproces organiseren

Oefening ondersteunen: een blijvende verandering vereist verlengde oefening

Advies: een cursus of een seminarie is een begin, maar het is niet genoeg. Het is belangrijk rekening te houden met levenslange leertheorieën.

Beste werkwijze: van elke mogelijkheid gebruik maken om te oefenen

- **Ondersteunende interventies organiseren:** het kan nuttig zijn om homogene helpgroepen te maken

Advies: De eenzaamheid kan een barrière zijn

Beste werkwijze: een ondersteunend netwerk bouwen

- **Beschikbare modellen maken:** sommige efficiënte personen kunnen een model zijn die anderen inspireren tot veranderingen in hun gedrag.

Advies: als een trainer geen coherent gedrag vertoont, is hij niet betrouwbaar

Beste werkwijze: de trainer aanmoedigen hun competenties te laten zien en coherent te zijn

- **Stimuleren:** een stimulerende omgeving zal de veranderingen helpen en een veilige atmosfeer aanbieden

Advies: Als de training niet ondersteund wordt door echte aanmoediging, zal elke inspanning zonder doel zijn of gezien worden als te risicovol.

Beste werkwijze: de belangrijkheid van de gevraagde competentie aantonen om doelen te bereiken

- **Verandering in houdingen versterken:** beloningen zijn belangrijk voor iedereen

Advies: gebrek aan beloningen is niet motiverend

Beste werkwijze: ervoor zorgen dat de omgeving elke verandering van de persoon beloont

- **Evalueren:** het is belangrijk om methodes en criteria te definiëren om de ontwikkeling van het proces te begrijpen

- *Advies*: Geen evaluatie is niet nuttig om fouten te begrijpen en ze te voorkomen
- *Beste werkwijze*: een evaluatiesysteem ontwikkelen om de competentie te evalueren vanaf het begin tot het einde van het proces.

8. Evaluatie trainingsprogramma

Er moet een evaluatieteam zijn om het programma te evalueren

Eerst en vooral:

- De haalbaarheid van het programma evalueren in sociale (en ook economische) termen

Dan is het mogelijk om:

- de doeltreffendheid van het programma te evalueren

Evaluatie sociale context⁴

Hier suggereren we enkele mogelijke indicatoren voor de evaluatie van sociale haalbaarheid

Sociale context Kennis indicatoren

Enkele belangrijke kennisaspecten kunnen de arbeidsherintroductie van gehandicapte personen vergemakkelijken

- Consistente databases van mensen met een verworven handicap
- Netwerken die met elkaar in verband staan en informatie delen, meetings organiseren, methodologieën en probleembenadering vergelijken.
- Informatie over de toegankelijkheid van diensten
- Protocols die procedurele patronen, links en verantwoordelijkheden van verschillende diensten bepalen

Sociale context Houdingsindicatoren

- De capaciteit om vooroordelen en stigma's over invaliditeit te verminderen
- De capaciteit om ongelijkheid te verminderen
- De cultuur om mensen bronnen aan te bieden om hun verminderde mogelijkheden te versterken, eerder dan hun overblijvende capaciteiten te benadrukken
- De houding van de werkgever om gehandicapte personen te ontvangen en het project van herintegratie tot werken te ondersteunen

Sociale context Gedragsindicatoren

- Zorg en hulp door vrienden of sociaal netwerk (en de wil van de gehandicapte persoon om te vertrouwen op hulp van buitenaf)

⁴ Deze indicatoren komen uit de doelgroepen uit Spanje en Italië tijdens het Project

- Aanwezigheid en interactie van een geïntegreerd netwerk van diensten gericht op de herintroductie tot werken van gehandicapte personen
- Aanwezigheid van werkgelegenheidsmogelijkheden
- Training van de werkgevers om hen attent te maken op invaliditeitsproblemen en behoeften
- Sensibilisering van de publieke opinie wat betreft invaliditeitsproblemen en behoeften
- Aanwezigheid van inter-institutionele initiatieven om links en gesprekken tussen instituties te versterken
- Vermindering van bureaucratie en complexe organisatie van de diensten om de toegankelijkheid van programma's gericht op herintroductie tot werken te vergemakkelijken
- Stages en aanwezigheid van mentors
- Wegwerken van architecturale barrières
- Beloningen voor bedrijven die de wetten naleven. Er moet een stempel en een certificaat zijn voor bedrijven die hun best doen voor de integratie van gehandicapte personen
- Aanwezigheid van toezicht om operatoren, werkgevers bij te staan gedurende het hele proces

Evaluatie doeltreffendheid programma

We stellen het gebruik van het volgende hulpmiddel voor

Evaluatierooster van het trainingsproces en resultaten

Controle van het Project	
Naam	
Algemene overwegingen	
Doelen die al bereikt zijn	
Doelen die nog niet bereikt zijn	

Nieuwe doelen	
Trainingsprogramma	
Controleplan	

9. Bijlagen

Bijlage 1

ICF CONTROLELIJST

Klinisch formulier

voor International Classification of Functioning, Disability and Health

Dit is een controlelijst van de belangrijkste categorieën van het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de World Health Organization. De ICF controlelijst is een praktisch hulpmiddel om informatie vast te leggen en aan het licht te brengen over het functioneren en handicap van een individu. Deze informatie kan samengevat worden voor de dossiers (bijvoorbeeld in de medische wereld of sociaal werk). De controlelijst moet gebruikt worden samen met het ICF of de ICF Pocketversie.

H1. Gebruik bij het invullen van deze controlelijst alle beschikbare informatie. Duid het passende aan:

[1] geschreven verslagen [2] voornaamste ondervraagde [3] andere informanten [4] onmiddellijke observatie

Indien de medische en diagnostische informatie niet beschikbaar is, wordt aangeraden om Appendix 1 in te vullen: Beknopte gezondheidsinformatie (p 9-10). Dit kan door de ondervraagde worden ingevuld.

H2. Datum __ __ / __ __ / __ __ **H3. Dossier nr.** __ __ , __ __ __ , __ **H4. Nr. Deelnemer** __ __ , __ __ , __ __ __

Dag maand jaar CE of CS zaak nr. 1° of 2° Evaluatie FTC Site Deelnemer

A. DEMOGRAFISCHE INFORMATIE

A.1 NAAM (optioneel) Voornaam _____ Familiennaam _____

A.2 GESLACHT (1) [] Vrouwelijk (2) [] Mannelijk

A.3 GEBOORTEDATUM __ __ / __ __ / __ __ (dag/maand/jaar)

A.4 ADRES (optioneel)

A.5 JAREN Formele OPLEIDING __ __

A.6 BURGERLIJKE STAAT (duid alleen het meest gepaste aan)

- (1) nooit getrouwd [] (4) wettelijk gescheiden []
- (2) getrouwd [] (5) weduwe []
- (3) feitelijk gescheiden [] (6) samenwonend []

A.7 HUIDIG BEROEP (duid 1 optie aan)

- (1) loontrekkend [] (6) gepensioneerd []
- (2) zelfstandig [] (7) werkloos (gezondheidsredenen) []
- (3) onbetaald werk, zoals vrijwilligerswerk, liefdadigheid (8) werkloos (andere redenen)
- (4) student [] (9) andere []
- (5) huisvrouw/man [] (specificeer) _____

A.8 MEDISCHE DIAGNOSE van bestaande Voornaamste Gezondheidsproblemen, indien mogelijk geef ICD codes

- 1 Er is geen medische probleem
- 2 ICD code: __. __. __. __. __
- 3 ICD code: __. __. __. __. __
- 4 ICD code: __. __. __. __. __
- 5 Er is een Gezondheidsprobleem (ziekte, aandoening, letsel), maar de aard of diagnose is onbekend

DEEL 1a: VERSLECHTERING van LICHAAMSFUNCTIES

Lichaamsfuncties zijn de fysiologische functies van lichaamssystemen (ook psychologische functies)

Handicaps zijn functionele problemen zoals een duidelijke afwijking of verlies.

Eerste typering: graad van het letsel **0 Geen letsel** betekent dat de persoon geen probleem heeft. **1 Licht letsel** betekent een probleem dat minder dan 25% van de tijd aanwezig is, met een intensiteit die een persoon kan verdragen en dat zelden voorkomt gedurende de laatste 30 dagen. **2 Gematigd letsel** betekent een probleem dat minder dan 50% van de tijd aanwezig is, met een intensiteit die de persoon hindert in het dagdagelijkse leven en dat regelmatig gebeurt gedurende de laatste 30 dagen. **3 Zwaar letsel** betekent een probleem dat meer dan 50% van de tijd aanwezig is, met een intensiteit die de persoon gedeeltelijk verstoort in het dagdagelijkse leven en dat vaak voorkomt gedurende de laatste 30 dagen. **4 Volledig letsel** betekent een probleem dat meer dan 95% van de tijd aanwezig is, met een intensiteit dat de persoon volledig verstoort in het dagdagelijkse leven en dat elke dag voorkomt gedurende de laatste 30 dagen. **8 Niet gespecificeerd** betekent dat er onvoldoende informatie is om de ernst van het letsel te omschrijven. **9 Niet van toepassing** betekent dat het ongepast is om een bepaalde code toe te passen (bijvoorbeeld b650 Menstruatiefuncties in pre-menarche of post-menopauze leeftijd)

Korte lijst van Lichaamsfuncties	typering
b1. MENTALE FUNCTIES	
b110 Bewustzijn	
b114 Oriëntatie (tijd, plaats, persoon)	
b117 Intellectueel (incl. Retardatie, dementie)	
b130 Energie and drift functions	
b134 Slaap	
b140 Aandacht	
b144 Geheugen	
b152 Emotionele functies	
b156 Waarnemingsfuncties	
b164 Hoger niveau cognitieve functies	
b167 Taal	

b2. ZINTUIGELIJKE FUNCTIES EN PIJN	
b210 Zien	
b230 Horen	
b235 Vestibulair (incl. Evenwichtsfuncties)	
b280 Pijn	
b3. STEM EN SPRAAK FUNCTIES	
b310 Stem	
b4. FUNCTIES VAN HET CARDIOVASCULAIR, HEMATOLOGIE, IMMUN EN ADEMHALINGSSYSTEMEN	
b410 hart	
b420 bloeddruk	
b430 Hematologisch (bloed)	
b435 Immuun (allergieën, hypergevoeligheid)	
b440 Ademhaling (ademen)	
b5. FUNCTIES VAN HET SPIJSVERTERINGS, STOFWISSELINGS EN ENDOCRIENE SYSTEMEN	
b515 Spijsvertering	
b525 Ontlasting	
b530 behoud van gewicht	
b555 Endocriene klieren(hormonale veranderingen)	
b6. GENITO-URINIAIR EN VOORTPANTINGSFUNCTIES	
b620 Urine functies	
b640 Seksuele functies	
b7. NEUROMUSCULOSKELETAIR EN BEWEGINGSGERELATEERDE FUNCTIES	
b710 Bewegelijkheid van gewricht	
b730 Spierkracht	
b735 Spierspanning	
b765 Onvrijwillige bewegingen	
b8. FUNCTIES VAN DE HUID EN VERWANTE STRUCTUREN	
ANDERE LICHAAMSFUNCTIES	

DEEL 1b: ACHTERUITGANG van LICHAAMSSTRUCTUREN

Lichaamsstructuren zijn structurele delen van het lichaam zoals organen, ledematen en hun onderdelen.

Letsels zijn problemen in structuur als een belangrijke afwijking of verlies.

Eerstetypering: Graad van het letsel	Tweede typering: Aard van de verandering
--------------------------------------	--

<p>Geen letsel betekent dat de persoon geen probleem heeft</p> <p>1 Licht letsel betekent een probleem dat minder dan 25% van de tijd aanwezig is, met een intensiteit die een persoon kan verdragen en dat zelden voorkomt gedurende de laatste 30 dagen.</p> <p>2 Gematigd letsel betekent een probleem dat minder dan 50% van de tijd aanwezig is, met een intensiteit die de persoon hindert in het dagdagelijkse leven en dat regelmatig gebeurt gedurende de laatste 30 dagen.</p> <p>3 Zwaar letsel betekent een probleem dat meer dan 50% van de tijd aanwezig is, met een intensiteit die de persoon gedeeltelijk verstoort in het dagdagelijkse leven en dat vaak voorkomt gedurende de laatste 30 dagen.</p> <p>4 Volledig letsel betekent een probleem dat meer dan 95% van de tijd aanwezig is, met een intensiteit dat de persoon volledig verstoort in het dagdagelijkse leven en dat elke dag voorkomt gedurende de laatste 30 dagen.</p> <p>8 Niet gespecificeerd betekent dat er onvoldoende informatie is om de ernst van het letsel te omschrijven.</p> <p>9 Niet van toepassing betekent dat het ongepast is om een bepaalde code toe te passen (bijvoorbeeld b650 Menstruatiefuncties in pre-menarche of post-menopauze leeftijd)</p>	<p>0 Geen verandering in structuur</p> <p>1 Totale afwezigheid</p> <p>2 Gedeeltelijke afwezigheid</p> <p>3 Bijkomend deel</p> <p>4 Afwijkende dimensies</p> <p>5 Discontinuïteit</p> <p>6 Afwijkende positie</p> <p>7 Kwalitatieve veranderingen in structuur, inclusief ophoping van vocht</p> <p>8 Niet gespecificeerd</p> <p>9 Niet van toepassing</p>
--	---

Korte lijst van lichaamsstructuren	Eerste typering Mate van beperking	Tweede typering Aard van de verandering
s1. STRUCTUUR VAN HET ZENUWSYSTEEM		
s110 hersenen		
s120 ruggenmerg en perifere zenuwen		
s2. HET OOG, OOR EN VERWANTE STRUCTUREN		
s3. STRUCTUREN BETROKKEN BIJ STEM EN SPRAAK		
s4. STRUCTUUR VAN HET CARDIOVASCULAIR, IMMUN EN ADEMHALINGSSYSTEEM		
s410 Cardiovasculair systeem		
s430 Ademhalingssysteem		
s5. STRUCTUREN VERWANT AAN HET SPIJSVERTERINGS, METABOLISME EN ENDOCRIENE SYSTEMEN		
s6. STRUCTUREN VERWANT AAN HET GENITO-URINAIR EN VOORTPLANTINGSSYSTEEM		
s610 Urinair systeem		
s630 Voortplantingssysteem		
s7. STRUCTUREN VERWANT AAN BEWEGING		
s710 hoofd en nek streek		
s720 schouderstreek		

s730 bovenste ledematen (arm, hand)		
s740 Bekken		
s750 Onderste ledematen (been, voet)		
s760 Romp		
s8. HUID EN VERWANTE STRUCTUREN		
ANDERE LICHAAMSSTRUCTUREN		

DEEL 2: activiteitsbeperkingen & participatierestricties

Activiteit is de uitvoering van een taak of actie door een individu. Participatie is betrokkenheid in een levenssituatie

Activiteitsbeperkingen zijn moeilijkheden die een individu kan tegenkomen bij de uitvoering van activiteiten. Participatierestricties zijn problemen die een individu kan hebben bij betrokkenheid in levenssituaties.

De **Prestatie typering** geeft de **graad van participatierestrictie** aan door de **eigenlijke prestatie** of taak van de persoon te beschrijven in **zijn of haar huidige omgeving**. Omdat de huidige omgeving sociale context met zich meebrengt, kan prestatie ook opgevat worden als “betrokkenheid in een levenssituatie” of de “geleefde ervaring” van mensen in de huidige context waarin ze leven. Deze context omvat de omgevingsfactoren- alle aspecten van de fysieke, sociale en gedragswereld die gecodeerd kunnen worden door de Omgeving te gebruiken. De Prestatie typering meet de moeilijkheid die de respondent ervaart bij het **doen van dingen, uitgaande van de veronderstelling dat ze het willen doen**.

De **Capaciteit typering** geeft de **graad van activiteitsbeperking** weer door het **vermogen van een persoon** om een taak of actie uit te voeren te beschrijven. De Capaciteit typering richt zich op beperkingen die inherente of intrinsieke kenmerken van de personen zelf zijn. Deze beperkingen moeten directe manifestaties zijn van de gezondheidstoestand van de respondent, **zonder hulp**. Met hulp bedoelen we hulp van een andere persoon of hulp van een aangepast of speciaal ontworpen instrument of hulpmiddel of elke vorm van verandering aan een kamer, huis, werkplaats etc. Het capaciteitsniveau moet relatief beoordeeld worden naar wat er normaal van een persoon verwacht wordt of de capaciteit van de persoon voor ze hun gezondheidstoestand verworven.

Nota: Gebruik Appendix 2 indien nodig om informatie over de Activiteit en Participatie van het individu aan het licht te brengen.

Eerste typering: uitvoering

Graad van participatierestrictie

0 Geen moeilijkheid betekent dat de persoon geen probleem heeft.

1 Lichte moeilijkheid betekent een probleem dat minder dan 25% van de tijd aanwezig is, met een intensiteit die een persoon kan verdragen en dat zelden voorkomt gedurende de laatste 30 dagen.

2 Gematigde moeilijkheid betekent een probleem dat minder dan 50% van de tijd aanwezig is, met een intensiteit die de persoon hindert in het dagdagelijkse leven en dat regelmatig gebeurt gedurende de laatste 30 dagen.

3 Zware moeilijkheid betekent een probleem dat meer dan 50% van de tijd aanwezig is, met een intensiteit die de persoon gedeeltelijk verstoort in het dagdagelijkse leven en dat vaak voorkomt gedurende de laatste 30 dagen.

4 Volledige moeilijkheid betekent een probleem dat meer dan 95% van de tijd aanwezig is, met een intensiteit dat de persoon volledig verstoort in het dagdagelijkse leven en dat elke dag voorkomt gedurende de laatste 30 dagen.

8 Niet gespecificeerd betekent dat er onvoldoende informatie is om de ernst van het letsel te omschrijven.

Tweede typering: vermogen (zonder hulp)

graad van activiteitsbeperking

9 Niet van toepassing betekent dat het ongepast is om een bepaalde code toe te passen (bijvoorbeeld b650 Menstruatiefuncties in pre-menarche of post-menopauze leeftijd)

Korte lijst van A&P domeinen	Typering uitvoering	Typering vermogen
d1. LEREN EN KENNIS TOEPASSEN		
d110 Kijken		
d115 Luisteren		
d140 Leren lezen		
d145 Leren schrijven		
d150 Leren rekenen (rekenkunde)		
d175 Problemen oplossen		
d2. ALGEMENE TAKEN EN VERZOEKEN		
d210 Een enkele taak op zich nemen		
d220 Meerdere taken op zich nemen		
d3. COMMUNICATIE		
d310 Communiceren met—ontvangen-- gesproken boodschappen		
d315 Communiceren met—ontvangen—non-verbale boodschappen		
d330 Spreken		
d335 Non-verbale boodschappen voortbrengen		
d350 Conversatie		
d4. MOBILITEIT		
d430 Voorwerpen optillen en dragen		
d440 Fijn handgebruik (optillen, vastgrijpen)		
d450 Lopen		
d465 Zich bewegen met materiaal (rolstoel, skates, etc.)		
d470 Transport gebruiken (auto, bus, trein, vliegtuig, etc.)		
d475 Rijden (fietsen, motorrijden, autorijden, etc.)		
d5. ZELFZORG		
d510 Zich wassen (een bad nemen, zich afdrogen, handen wassen, etc.)		
d520 Zorg voor lichaamsonderdelen (tanden poetsen, scheren, verzorging, etc.)		
d530 Toilet		
d540 Zich aankleden		
d550 Eten		
d560 Drinken		
d570 Op de gezondheid letten		
d6. HUISHOUELIJK LEVEN		
d620 Aankoop van goederen en diensten (winkelen, etc.)		
d630 Maaltijden bereiden (koken etc.)		
d640 Huishoudelijk werk doen (poetsen, de vaat doen, de was doen, strijken, etc.)		
d660 Anderen helpen		

d7. INTERMENSELIJKE INTERACTIES EN RELATIES		
d710 Basis intermenselijke interacties		
d720 Complexe interpersoonlijke interacties		
d730 Banden met vreemden		
d740 Formele relaties		
d750 Informele sociale relaties		
d760 Familiale relaties		
d770 Intieme relaties		
d8. BELANGRIJKSTE LEVENSDOMEINEN		
d810 Informele opleiding		
d820 Schoolopleiding		
d830 Hogere opleiding		
d850 Lonend werk		
d860 Basis economische transacties		
d870 Economische onafhankelijkheid		
d9. BUURT, SOCIAAL EN BURGERLIJK LEVEN		
d910 buurtleven		
d920 Recreatie en vrije tijd		
d930 Religie en spiritualiteit		
d940 Mensenrechten		
d950 Politiek leven en burgerschap		
ANDERE ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIES		

DEEL 3: OMGEVINGSFACTOREN

Omgevingsfactoren vormen de fysieke, sociale en gedragsomgeving waarin mensen leven en hun leven leiden.

Typering in omgeving:

Barrières of hulpmiddelen

0 Geen barrières	0 Geen hulpmiddel
1 Zwakke barrières	+1 Zwak hulpmiddel
2 Gematigde barrières	+2 gematigd hulpmiddel
3 Zware barrières	+3 Aanzienlijk hulpmiddel
4 Complete barrières	+4 Compleet hulpmiddel

Korte lijst van Omgeving	Typering barrière of facilitator
e1. PRODUCTEN EN TECHNOLOGIE	
e110 Voor persoonlijk verbruik (voeding, medicijnen)	
e115 Voor persoonlijk gebruik in het dagelijks leven	
e120 Voor persoonlijke mobiliteit en transport binnen en buitenshuis	
e125 Producten voor communicatie	
e150 Design, constructie en bouwproducten en technologie van gebouwen voor publiek gebruik	
e155 Design, constructie en bouwproducten en technologie van gebouwen voor privé gebruik	
e2. NATUURLIJKE OMGEVING EN KUNSTMATIGE VERANDERINGEN AAN DE OMGEVING	
e225 Klimaat	
e240 Licht	
e250 Geluid	
e3. STEUN EN RELATIES	
e310 Nabije familie	
e320 Vrienden	
e325 Kennissen, collega's, burens en buurtbewoners	
e330 Mensen met een bevoegdheid	
e340 Mensen die voor persoonlijke zorg zorgen en persoonlijke assistenten	
e355 Gezondheidsprofessionals	
e360 Gezondheidsgerelateerde professionals	
e4. HOUDINGEN	
e410 Individuele houdingen van nabije familieleden	
e420 Individuele houdingen van vrienden	
e440 Individuele houdingen van mensen die voor persoonlijke zorg zorgen en persoonlijke assistenten	
e450 Individuele houdingen van gezondheidsprofessionals	
e455 Individuele houdingen van gezondheidsgerelateerde professionals	
e460 Sociale houdingen	
e465 Sociale normen, praktijken en ideologieën	
E5. DIENSTEN, SYSTEMEN EN BELEIDEN	
e525 Huisvestingsdiensten, systemen en beleiden	
e535 Communicatie diensten, systemen en beleiden	
e540 Transport diensten, systemen en beleiden	
e550 Wettelijke diensten, systemen en beleiden	
e570 Uitkerings diensten, systemen en beleiden	
e575 Algemene sociale ondersteunende diensten, systemen en beleiden	
e580 Gezondheids diensten, systemen en beleiden	
e585 Opleiding en trainings diensten, systemen en beleiden	
e590 Arbeids en tewerkstellings diensten, systemen en beleiden	
ANDERE OMGEVINGSFACTOREN	

Deel 4: ANDERE CONTEXTUELE INFORMATIE

4.2 Voeg alle persoonlijke factoren bij die een invloed hebben op het functioneren (bijvoorbeeld levensstijl, gewoontes, sociale achtergrond, opleiding, levensgebeurtenissen, ras, seksuele geaardheid en kwaliteiten van het individu)

RICHTLIJNEN VOOR HET GEBRUIK VAN DE ICF CONTROLELIJST

Dit is een controlelijst van de belangrijkste categorieën van het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de World Health Organization. De ICF controlelijst is een praktisch hulpmiddel om informatie vast te leggen en te verspreiden over het functioneren en de handicap van een individu. Deze informatie kan samengevat worden voor de dossiers (bijvoorbeeld in de medische wereld of sociaal werk)

- 1 Deze versie (2.1a) is voor het gebruik door een clanicus, gezondheids- of welzijnszorgwerkers
- 2 De controlelijst moet gebruikt worden met de volledige of korte versie van ICF dat in september 2001 gepubliceerd werd. Tot dan diende de ICIDH-2 Final Draft, volledige versie, WHO, 2001 als referentiedocument voor de ICF controlelijst. De gebruiker moet zich vertrouwd maken met het ICIDH-2 Final Draft document door een kort educatief programma over autodidactisch curriculum bij te wonen.
- 3 Alle informatie uit geschreven verslagen, voornaamste respondent, andere informanten en directe observatie kunnen gebruikt worden om de controlelijst in te vullen. Noteer alstublieft alle informatiebronnen die gebruikt zijn op de eerste pagina.
- 4 Delen 1 tot 3 moeten ingevuld worden door de typeringscode te schrijven bij elke functie, structuur, activiteit en participatieterm dat enig probleem vertoont voor de zaak die geëvalueerd wordt. De juiste codes voor de typeringen worden gegeven op de relevante pagina's.
- 5 Er kunnen opmerkingen gemaakt worden over alle informatie dat kan dienen als bijkomende typering of waarvan gedacht wordt dat het belangrijk is voor de zaak die geëvalueerd wordt.
- 6 Deel 4 (Omgeving) heeft zowel negatieve (barrières) als positieve (hulpmiddelen) typeringscodes. Zet voor alle positieve typeringscodes een plusteken (+) voor de code.
- 7 De categorieën uit de controlelijst zijn geselecteerd uit het ICF en zijn niet volledig. Als u een categorie moet gebruiken die niet in de lijst staat, gebruik dan de ruimte op het einde van elke dimensie om te noteren.

Bijlage 2**BEKNOPTE GEZONDHEIDSINFORMATIE****[] zelfrapportering [] uitgevoerd door een clinicus**X.1 Lengte: ___/___/___ cm (of inches)X.2 Gewicht: ___/___/___ kg (of pond)X.3 Dominant hand (voorafgaand aan de gezondheidstoestand): links [] rechts [] beide handen hetzelfde []X.4 Hoe schat u uw fysieke gezondheidstoestand in gedurende de laatste maand?
Zeer goed [] goed [] matig [] slecht [] zeer slecht []X.5 Hoe schat u uw mentale en emotionele gezondheid in gedurende de laatste maand?
Zeer goed [] goed [] matig [] slecht [] zeer slecht []

X.6 Heeft u op dit moment (een) ziekte(s) of stoornissen?

[] neen [] ja

Indien ja, verduidelijk: : _____

X.7 Heeft u ooit belangrijke letsels gehad die uw functioneren beïnvloed hebben?

[] neen [] ja

Indien ja, verduidelijk: : _____

X.8 Bent u gedurende het laatste jaar in het ziekenhuis opgenomen?

[] neen [] ja

Indien JA, vermeld de reden en voor hoe lang?

1 _____; ___ . ___ . ___ dagen

2 _____; ___ . ___ . ___ dagen

3 _____; ___ . ___ . ___ dagen

X.9 Neemt u medicatie? (voorgeschreven of zonder voorschrift)

[] neen [] ja

Indien JA, specificeer de belangrijkste medicijnen

1 _____

2 _____

3 _____

[] neen

[] ja

X.10 Rookt u?

X.11 Gebruikt u alcohol of drugs?

[] neen [] ja

Indien JA, specificeer gemiddelde dagelijkse hoeveelheid:

Tabak: _____

Alcohol: _____

Drugs: _____

ALGEMENE VRAGEN VOOR PARTICIPATIE EN ACTIVITEITEN

De volgende onderzoeken worden voorgesteld als een leidraad om de examinerator te helpen als hij de respondent interviewt over functioneringsproblemen en levensactiviteiten, in termen van het onderscheid tussen vermogen en uitvoering. Hou rekening met alle persoonlijke informatie die gekend is over de respondent en vraag bijkomende onderzoeken indien nodig. De onderzoeken moeten geherformuleerd worden als open vragen indien nodig om meer informatie te verkrijgen.

Onder elk domein vallen er twee soorten onderzoeken:

Het eerste onderzoek probeert de respondent zich te laten richten op zijn of haar **vermogen** om een taak of actie te verrichten en in het bijzonder om zich te richten op de capaciteitsbeperkingen dat **inherente of intrinsieke kenmerken van de persoon** zelf zijn. Deze beperkingen moeten directe manifestaties zijn van de gezondheidstoestand van de respondent, **zonder hulp**. Met hulp bedoelen we hulp van een andere persoon of hulp van een aangepast of speciaal ontworpen instrument of hulpmiddel of elke vorm van verandering aan een kamer, huis, werkplaats etc. Het capaciteitsniveau moet relatief beoordeeld worden naar wat er normaal van een persoon verwacht wordt of de capaciteit van de persoon voor ze hun gezondheidstoestand verworven.

Het tweede onderzoek richt zich op de **eigenlijke uitvoering** van de respondent van een taak of actie in de huidige situatie of omgeving van de persoon en informatie verkrijgt over de effecten van omgevingsbarrières of hulpmiddelen. Het is belangrijk te benadrukken dat u alleen geïnteresseerd bent in de moeilijkheidsgraad die de respondent ervaart bij het doen van dingen, **van de veronderstelling uitgaande dat de respondent die dingen wil doen**. Niets doen is irrelevant als de persoon ervoor kiest om het niet te doen.

I. Mobiliteit

(vermogen)

(1) Hoe moeilijk heeft u het om in uw huidige staat van gezondheid lange afstanden te lopen (1 kilometer of meer) zonder hulp?

(2) Hoe vergelijkbaar is dit tot iemand net als u, maar dan zonder uw gezondheidstoestand?

(Of: "...voordat u een gezondheidsprobleem of een ongeval had?)

(uitvoering)

(1) Hoe moeilijk heeft u het om in uw huidige omgeving lange afstanden te lopen? (zoals 1 kilometer of meer)?

(2) Is dit probleem verergerd of verbeterd door uw huidige omgeving?

(3) Is uw vermogen om lange afstanden te lopen zonder hulp ongeveer wat u doet in uw huidige omgeving?

II. Zelfzorg

(vermogen)

(1) Hoe moeilijk heeft u het in uw huidige gezondheidstoestand om uzelf te wassen zonder hulp?

(2) Hoe vergelijkt zich dit tot iemand net als u, maar dan zonder uw gezondheidstoestand?

(Of: "...voordat u een gezondheidsprobleem of een ongeval had?)

(uitvoering)

(1) Hoe moeilijk heeft u het in uw eigen huis om uzelf te wassen?

(2) Is dit probleem verslechterd of verbeterd door de manier waarop uw huis georganiseerd is of speciale hulpmiddelen die u gebruikt?

(3) Komt uw vermogen om uzelf te wassen ongeveer overeen met wat u doet in uw huidige omgeving?

III. Huiselijk leven

(vermogen)

(1) Hoe moeilijk heeft u het in uw huidige gezondheidstoestand om de vloer te poetsen van uw huis zonder hulp?

(2) Hoe vergelijkt zich dit tot iemand net als u, maar dan zonder uw gezondheidstoestand?

(Of: "...voordat u een gezondheidsprobleem of een ongeval had?)

(uitvoering)

(1) Hoe moeilijk heeft u het om in uw eigen huis de vloer te poetsen?

(2) (Of: "...voordat u een gezondheidsprobleem of een ongeval had?)

Is dit probleem verslechterd of verbeterd door de manier waarop uw huis georganiseerd is of de speciale hulpmiddelen die u gebruikt?

(3) Komt uw vermogen om de vloer te poetsen ongeveer overeen met wat u doet in uw huidige omgeving?

IV. Intermenselijke interacties

(vermogen)

(1) Hoe moeilijk heeft u het in uw huidige gezondheidssituatie om zonder hulp nieuwe vrienden te maken?

(2) Hoe vergelijkbaar is dit tot iemand net als u, maar dan zonder uw gezondheidstoestand?

(Of: "...voordat u een gezondheidsprobleem of een ongeval had?)

(uitvoering)

(1) Hoe moeilijk heeft u het in uw huidige gezondheidssituatie om nieuwe vrienden te maken?

(2) Is dit probleem verslechterd of verbeterd door iets (of iemand) in uw omgeving?

(3) Komt uw vermogen om vrienden te maken zonder hulp ongeveer overeen met wat u doet in uw huidige omgeving?

V. Belangrijkste levensdomeinen

(vermogen)

(1) Hoe moeilijk heeft u het in uw huidige gezondheidssituatie om al het werk gedaan te krijgen voor uw job zonder hulp?

(2) Hoe vergelijkbaar is dit tot iemand net als u, maar dan zonder uw gezondheidstoestand?

(Of: "...voordat u een gezondheidsprobleem of een ongeval had?)

(uitvoering)

(1) Hoe moeilijk heeft u het om in uw huidige omgeving al het werk gedaan te krijgen voor uw job?

(2) Heeft dit probleem het vervullen van uw jobvereisten verergerd of verbeterd door de manier waarop de werkomgeving georganiseerd is of de speciale hulpmiddelen die u gebruikt?

(3) Komt uw vermogen om uw job te doen zonder hulp ongeveer overeen met wat u doet in uw huidige omgeving?

VI. Buurt, Sociaal en Burgerlijk Leven

(vermogen)

(1) Hoe moeilijk heeft u het in uw huidige gezondheidssituatie om zonder hulp deel te nemen aan buurtbijeenkomsten, festivals of andere locale evenementen?

(2) Hoe vergelijkt zich dit tot iemand net als u, maar dan zonder uw gezondheidstoestand?

(Of: "...voordat u een gezondheidsprobleem of een ongeval had?)

(uitvoering)

(1) Hoe moeilijk heeft u in uw buurt het deel te nemen aan buurtbijeenkomsten, festivals of andere locale evenementen?

(2) Wordt dit probleem verslechterd of verbeterd door de manier waarop uw buurt georganiseerd is of de speciale hulpmiddelen, vervoermiddelen of andere dingen die u gebruikt?

(3) Komt uw vermogen om deel te nemen aan buurtbijeenkomsten zonder hulp ongeveer overeen met wat u doet in uw huidige omgeving?

Bijlage 3**Vermogen Definitie Formulier**

(bijlage voor de Medische Commissie van de Italiaanse Tewerkstellingsdienst)

Vermogen om beroepsactiviteiten te ondernemen	
Kennis vergaren en het op de juiste manier toepassen in verschillende situaties d198. Leren en kennis toepassen	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussenliggend <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Een positief en gezamenlijk gedrag handhaven in verschillende relationele situaties d710 Basis intermenselijke interacties d720 Complexe intermenselijke interacties d730 Relaties met vreemden d740 Formele relaties d750 Informele sociale relaties d760 Familiale relaties d770 Intieme relaties	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussenliggend <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Een complexe situatie aanvaarden te wijten aan het werkritme, omgeving, activiteit d240 Spanningen en psychologische verzoeken beheersen	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussenliggend <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Groepswerk ondernemen d2103 Een enkele taak uitvoeren in groep d2203 Meerdere taken uitvoeren in groep	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussenliggend <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Een taak alleen uitvoeren d2102 Een enkele taak alleen uitvoeren d2202 Meerdere taken alleen uitvoeren	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussenliggend <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Een taak uitvoeren onder toezicht d2108 Een enkele taak uitvoeren d2208 Meerdere taken uitvoeren d177 Beslissingen maken d175 Problemen oplossen	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussenliggend <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Zelfzorg	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussenliggend <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Communicatie	

Informatie leren en memoriseren d310 Communiceren met—ontvangen-- gesproken boodschappen d315 Communiceren met—ontvangen—non-verbale boodschappen d330 Spreken d335 Non-verbale boodschappen voortbrengen d350 Conversatie d355 Discussie b144 Geheugenfunctie	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijd <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Coherente en duidelijke informatie communiceren door spraak of geschreven middelen d330 Spreken d 345 Geschreven boodschappen	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijd <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Communiceren door andere middelen d335 Non-verbale boodschappen maken d340 Boodschappen maken door symbolen en tekens	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijd <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Lichaamspositie	
d4153 Kunnen blijven zitten	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijd <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
d4154 Kunnen blijven staan	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijd <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
d4102 In een knielende toestand kunnen zitten d4152 In een knielende toestand blijven zitten	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijd <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
d4101 Ineengehurkt zitten d4151 Ineengehurkt kunnen blijven zitten	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijd <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel

d4106 Neerliggen d4150 Kunnen blijven neerliggen	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijdse <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
d4106 Lichaamsgewicht verplaatsen d4108 Lichaamspositie veranderen	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijdse <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Mobiliteit	
Op een vlak oppervlak zijn benen kunnen bewegen d450 Wandelen d455 Bewegen d4552 Lopen d4553 Springen	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijdse <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Op verschillende soorten oppervlaktes of op een helling kunnen bewegen d450 Wandelen d4551 Klimmen	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijdse <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Optillen (een object kunnen opnemen om het te verplaatsen) d4308 Optillen en dragen	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijdse <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Mobiliteit van armen en benen	
Mobiliteit van bovenarmen en onderbenen b710 Mobiliteit van gewrichten b 720 Mobiliteit van beenderen b 730 Spierkracht b 735 Spierspanning	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijdse <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
d440 Fijn handgebruik d4400 Optillen d4401 Vastgrijpen d4402 Manipuleren d4403 Loslaten/laten vallen d4301 In de hand dragen d4305 Neerleggen	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijdse <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
d445 Fijn hand en arm gebruik	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tussentijdse <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel

<p>De voeten in een onbeweeglijke positie houden d4350 Trekken met onderbenen</p>	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tusselingsged <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Fysieke activiteit en uithoudingsvermogen	
<p>Taken uitvoeren die fysieke inspanningen en verlengd uithoudingsvermogen vragen b730 Kracht van spierfunctie b740 Weerstand van spierfunctie d430 Objecten vangen en dragen b4550 Algemeen fysiek uithoudingsvermogen b4552 Vermoeid worden</p>	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tusselingsged <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
<p>b750 Motorische reflexfuncties b755 Automatische bewegingsreactie b760 Controle van ongewilde bewegingen b770 Bewegingspatronen in wandelen</p>	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tusselingsged <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Omgevingsfactoren	
<p>e225 Het verduren van weersomstandigheden</p>	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tusselingsged <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
<p>e250 Het verduren van lawaai</p>	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tusselingsged <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
<p>e255 Het verduren van trillingen</p>	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tusselingsged <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
<p>Het verduren van kunstlicht of zonlicht e240 Licht</p>	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tusselingsged <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Job/werk situatie (organisatie van werk)	
<p>Tijdgerelateerde veranderingen verdragen b1300 Energieniveau b4550 Algemene uithouding</p>	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tusselingsged <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel

Uithouding van werkritme d240 Omgaan met spanningen en andere psychologische verzoeken b1300 Energieniveau b1642 Time management b4550 Algemene uithouding	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tusselingsged <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
De werkplaats op eigen kracht binnengaan d645 Bewegen met hulp van materiaal (rolstoel, skates...)	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tusselingsged <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel
Zich van huis naar het werk d465 Bewegen met hulp van materiaal (rolstoel, skates...) d450 Wandelen d470 Transport gebruiken (auto, bus, trein, vliegtuig, etc.) d475 Rijden (fietsen, motorrijden, autorijden, etc.)	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Minimum <input type="checkbox"/> Tusselingsged <input type="checkbox"/> Hoog <input type="checkbox"/> Potentieel

Synthese van capaciteiten en van potentiële beroepsmogelijkheden
(Beschrijving van de beste capaciteiten)

Potentiële capaciteiten	
(Beschrijving van capaciteit)	
Cap ja erbeterd	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nee
Middelen	
Voorspelbare tijd	
(Beschrijving van capaciteit)	
Bekwaam om te verbeteren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Middelen	
Voorspelbare tijd	

Bijlage 4: resultaten van focusgroepen

Methode

Er waren focusgroepen in Spanje en Italië.

In elk land waren er twee groepen: een groep die bestond uit personen die met mensen met een handicap werken (trainers doelgroep) en een groep die bestond uit de gehandicapte personen en hun families (gehandicapten doelgroep)

Doelstellingen van de trainers doelgroep

De trainers doelgroep werd georiënteerd om de volgende inhoud te analyseren:

- Het Kennisdomein onderzoeken: De trainingen van de opvoeders waarnemen (Hebben ze een specifiek curriculum?), de behoeften van de opvoeders en operatoren met betrekking tot de inhoud van vormings en educatieve processen, van pedagogische theorieën en instrumenten voor mensen met een verworven handicap die opnieuw zouden kunnen gaan werken
- Het Houdingsdomein onderzoeken: de relationele en emotionele vaardigheden en de gedragsstijlen van de opvoeders...
- De Professionele Doeltreffendheid onderzoeken: de belangrijkste praktische bevoegdheden van de opvoeders beschrijven en de factoren waarmee rekening gehouden moet worden wanneer er educatieve programma's voor personen met een handicap ontwikkeld worden.

Doelstellingen van de gehandicapten doelgroep

- Het Kennisdomein is:
 - Welke kennis kan nuttig zijn voor mensen met een handicap om terug te gaan werken
 - Welke inhoud van een hypothetisch trainingsprogramma
 - Welke vorige kennis van de persoon moet gered worden en moet in zijn voordeel gebruikt worden
 - Wat voor soort training kan aangepast worden met de bedoeling het werk te hervatten.
- Het Houdingsdomein is:
 - Welke houdingen van de gehandicapte personen moeten verbeterd worden om met succes opnieuw te kunnen gaan werken
 - Welke motivaties en verwachtingen hebben de gehandicapte personen en op welke manier kunnen die verwachtingen versterkt worden door een educatief programma
 - Welke emotionele en gedragsvaardigheden moeten ontwikkeld worden in een educatief programma
- Professionele Doeltreffendheid: de belangrijkste praktische bevoegdheden van de opvoeders beschrijven en de factoren waarmee rekening gehouden moet worden

wanneer er educatieve programma's voor personen met een handicap ontwikkeld worden.

Resultaten van de trainers doelgroep (SPANJE)

Kennisdomein

- Ze (de trainers) moeten kennis hebben over de ziekte of de situatie van de patiënt om in staat te zijn een gepaste aanpak van de training uit te voeren. Ze moeten ook weten hoe ze de patiënten moeten behandelen.
- Dit geldt ook voor vrijwillige trainers
- Ze moeten op de hoogte zijn van de arbeidsmarkt, nieuwe markten, nieuwe technologieën en werkgelegenheidsaanbod
- Ze moeten op de hoogte zijn van cursussen dat echte mogelijkheden leveren om een job te vinden, niet de typische computercursus. Daarom is het noodzakelijk om voordien een studie te hebben gedaan naar de vraag.
- Hun dingen leren dat hen echt interesseren en aantrekken omdat ze er niet op hopen om opnieuw dezelfde job te doen
- Het is zeer frustrerend hen iets te leren waartoe ze niet in staat zijn
- Aangepaste en individuele cursussen (ook op cognitief domein). Daarom is het nodig andere vaardigheden te trainen voor men overgaat tot de technische delen van de cursus.
- Ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, etc. hebben ook dat soort training nodig omdat de cursussen op hen rekenen als een ondersteunend element.
- Ergotherapeuten zijn fundamenteel. Ze bevorderen en verbeteren de bekwaamheden die nog aanwezig zijn en passen ze aan.
- Arbeidsadviseurs en maatschappelijk werkers zijn ook noodzakelijk.
- Technisch gediplomeerd personeel (de trainers/opvoeders)
- Verpleegsters/verplegers voor ernstig gehandicapten
- Verenigingen moeten trainers en opvoeders trainen omdat dit nauwelijks gebeurt door de overheid
- Ze weten niet of er speciale cursussen zijn voor trainers. Apanefa traint diegenen die daar les zullen geven. In de training ligt de nadruk vooral op het feit hoe de leerlingen de trainers kunnen begrijpen
- Het moet duidelijk zijn waar en met wie ze zullen werken, de cultuur van de entiteit, de doelen en het project waarin ze zullen werken
- Ze moeten psychologische en pedagogische vaardigheden hebben die ze verworven hebben tijdens hun opleiding. De trainers die voor het Nationaal Instituut van Tewerkstelling werken, eisen training om gehandicapte personen te trainen. De overheid moet organisaties inschakelen voor deze taak.

Houdingen

- Empathie, geduld, geen sociale vooroordelen

- Trainers zijn meestal gemotiveerd door hun roeping
- Zeer geïnteresseerd zijn in de groep
- Realistisch zijn en als er geen vooruitgang is niet depressief worden
- Het is een job die je niet lang kan volhouden wegens psychologische uitputting
- Een sterke persoonlijkheid hebben
- Realistisch zijn en doen wat ze kunnen

Professionele Doeltreffendheid

- Er worden door de overheid bijna geen speciale trainingsprogramma's voor trainers van gehandicapte personen aangeboden die gericht zijn op herintroductie tot werken. Ze moeten het leren van de dagdagelijkse praktijk en ervaringen.
- Er zijn geen aangepaste paden en er is een arbeidseffectieve vraag ondanks het bewaar
- Trainers moeten tolerant zijn en goed kunnen luisteren om te ontdekken wat ze zelf kunnen doen. Ze moeten ook geduldig zijn en het leerproces niet willen versnellen. Ze moeten individuele training geven.
- Ze moeten verworven vaardigheden evalueren, meer dan verworven kennis. Ook moeten ze interesse, participatie en vriendelijkheid evalueren. Eenmaal de gehandicapte persoon voor een bedrijf werkt moet hij/zij een mentor hebben die hun werk controleert.
- Om de kennis, bevoegdheden en vaardigheden van de trainer te verbeteren, is het nodig dat ze opgeleid worden door een door organisaties die zich bezig houden met de verschillende voorwaarden. Ze moeten leren over de ziekte en situatie van de getroffen personen.
- Ze moeten advies en richtlijnen geven in elke situatie (cognitief, fysisch, etc.). Het is mogelijk om op hetzelfde moment aan verschillende condities te werken.

Resultaten van de gehandicapten doelgroep (SPANJE)

Kennisdomein

- hun (de gehandicapte personen) arbeidsprofiel aanpassen indien nodig
- Hun eigenwaarde aannemen en herstellen. Het is nodig het psychologische aspect te laten werken om hen in hun nieuwe realiteit te plaatsen en het te aanvaarden. Hun limieten opmerken om verdere frustraties te vermijden.
- Om een alternatief aan te bieden, en als hij/zij kan werken, itineraria opstellen, naar hulpmiddelen zoeken om hun levenskwaliteit te verbeteren.
- Te veel cursussen zijn gericht op computers, design, etc. uitgevoerd door gehandicaptenverenigingen, revalidatiecentra en ziekenhuizen, ONCE. De meeste gevallen worden bestudeerd door mensen die eigenlijk niet opnieuw willen gaan werken.
- Het verschil tussen beroepstraining en training als sociaal hulpmiddel in gedachten houden. (beroeps workshops)
- Als de beroepstraining verstoord wordt, dient het tot niets meer. Aangezien er geen andere hulpmiddelen zijn, worden mensen naar deze cursussen gestuurd. Dit is niet aangenaam voor studenten, professoren, het systeem, etc.
- De maatschappij brengt hen terug tot de werkelijkheid en wanneer ze naar een bedrijf gaan, een test doen en afgewezen worden, komen ze opnieuw in een frustrerende situatie terecht.
- Basissen opstellen en dan de mensen opnieuw oriënteren. Leren over waaraan ze werkten voor ze de handicap verwierven, hun vorige en huidige bekwaamheden en hoe de werkplaats aan te passen. Dit is mogelijk in technische jobs.
- Er mee rekening houden dat de ziekte kan evolueren en de leeftijd is ook belangrijk. Mensen van 45 weten niet hoe ze tegenwoordig naar een job moeten zoeken omdat de dingen veranderd zijn.
- Basiskennis van computers is noodzakelijk net zoals in de gewone samenleving.
- Mensen met hersenschade zijn moeilijk te trainen omwille cognitieve en gedragsconsequenties en problemen met handmobiliteit.
- Ook op speciale werkcentra mensen met een hoog autonominiveau aanvaarden. Daarvoor moeten de kandidaten in groep kunnen werken, voor continue training etc. Diegenen die geen serieuze problemen hebben zijn geïntegreerd in de arbeidsmarkt.
- Het probleem is weten wat er gedaan moet worden met mensen die geen normale job kunnen doen of in een speciaal werkcentra kunnen werken, maar niet zo slecht zijn om naar beroeps workshops te gaan. Ze gaan meestal van workshop naar workshop, maar dat is de oplossing niet en het is bovendien erg frustrerend.
- Volgens een onderzoek uit 1999 naar handicaps in Spanje, boekt maar 17% van de mensen met een verworven handicap vooruitgang. De rest is gestabiliseerd of verslechterd en de leeftijd verergert alles. In CRMF verbetert 20/25%. Anderen verslechteren door psychologische redenen.
- Mensen met hersenschade behouden kennis maar je weet niet hoe je hun taken moet ontwikkelen omdat ze hun sociale vaardigheden verloren zijn.
- Een voorbeeld uit het echte leven: iemand begon te werken in een bedrijf, maar had iemand nodig die hem hielp elke keer hij/zij naar het toilet moest. Niemand wou hem helpen.

- In MS is het probleem geen toilet te hebben dichtbij de werkplaats. Als u krukken of een rolstoel gebruikt is het nog problematischer. In MS is handmobiliteit geen probleem als de handen niet aangetast zijn. Als ze cognitieve problemen hebben, worden sommige vaardigheden opnieuw getraind
- Bij ruggenmergletsels zijn er geen cognitieve problemen, maar kunnen er psychologische problemen zijn. Er zijn patiënten die graag willen trainen en ze specialiseren zich in specifieke domeinen en bereiken vaak een hoog niveau.
- De sociale, fysieke en familiale omgeving is fundamenteel en er zijn altijd obstakels. Overbescherming van de familie. Ouders zijn er niet op getraind hun zonen/dochters niet te overbeschermen.
- Er zijn geen nieuwe ideeën in training. Er zouden evaluatieteams moeten zijn om te evalueren wie voordeel kan halen uit de training en wie niet. Externe experts moeten op het einde evalueren of deze mensen goed getraind zijn.
- Nu gaat alles over computers. Er zijn mensen die niet van dit onderwerp houden.
- Er zijn enkele ervaringen geweest in Extremadura met personeel dat werkt voor de overheid, die als mentors dienen voor mensen met een mentale handicap, die hen trainen om voor de overheid te werken.
- Er zijn te veel mensen die toegewijd zijn aan computers. Dit is voordelig geweest voor mensen met een fysieke handicap. Andere talen leren is nog niet onderzocht en het is een interessant onderwerp.
- Toerisme voor de bejaarden en gehandicapten kan ook interessant zijn. Er zijn al privé-bedrijven die dit doen en die werkgelegenheid kunnen voortbrengen. Certificaties dat de omgevingen toegankelijk zijn, netwerken, etc.

Houdingen

- wanneer de pensioenen hoger zijn dan de lonen die ze krijgen, willen ze niet werken. Er zou enige vorm van compatibiliteit moeten zijn tussen pensioenen en lonen zodat mensen gemotiveerd zijn om te werken.
- Mensen met MS vragen enkel naar cursussen om actief, geamuseerd te blijven, maar niet om een job te vinden.
- Er moeten enkele certificaten zijn dat vanaf het begin bepalen dat de persoon in staat is nu te werken, in de toekomst zal kunnen werken of nooit zal kunnen werken. Misschien dringen de overheid en verenigingen die omgaan met gehandicapten op arbeidshervatting als de groep er niet echt om vraagt. Initiatieven waarvoor men subsidies krijgt, zijn steeds gericht op arbeidshervatting. Dit is nu aan het veranderen en persoonlijke autonomie is nu de belangrijkste doelstelling.
- Mensen met hersenschade zijn in het begin zeer gemotiveerd, ze zijn zich niet bewust van hun beperkingen en ze raken gefrustreerd wanneer ze niet geïntegreerd raken. Ze denken dat het slechts een kwestie van tijd is en dat ze naar hetzelfde leven zullen terugkeren. Ze hebben capaciteiten, maar geen sociale en emotionele bekwaamheden.
- De families moeten ontlast worden, maar een job is niet de oplossing
- Er zijn geen hulpmiddelen en die zouden er moeten zijn voor elk geval: speciale centra voor hersenschade, ruggenmergletsels, etc.

- Het is tegenwerkend om te proberen normaliseren wat niet zo is. Er zijn centra waar iedereen bij elkaar zit en op deze manier is het niet mogelijk ze te trainen. Gedurende de lessen moeten de werkmethodes aan iedere student apart aangepast worden. Ze hebben verschillende werkritmes etc. Ze moeten samen zitten voor vergelijkbare capaciteiten, zelfs als ze verschillende ziektes hebben.
- Trainers moeten een speciale cursus volgen voor de groep waaraan ze gaan lesgeven. Dit zijn trainingscursussen voor training. Ze moeten leren wat afasie, gedragsproblemen, incontinentie etc. zijn.
- Mensen met een handicap moeten leren hoe ze ermee moeten omgaan in groep te werken en hoe ze op de werkplaats kunnen geraken (transport).
- "Training flats" kunnen een voorstel zijn, net zoals service flats.
- Andere bekwaamheden ontwikkelen. De vereniging van Ruggermergletsel, cursussen gegeven door diegenen die zich al jaren in deze toestand bevinden aan mensen die hier nog maar pas door getroffen zijn: koppels aan koppels etc. zodat ze kunnen zien dat je nog uit eten kan gaan, ze leren hen hoe ze zich moeten voortbewegen, een taxi nemen etc.
- Diegenen die nog maar net getroffen zijn en in het ziekenhuis van Toledo verblijven voor paraplegie denken dat alles voldoende aangepast is en dat er veel hulpmiddelen zijn voor gehandicapte personen. Als ze uit de revalidatieperiode komen en terug naar huis gaan, worden ze ervan bewust dat de realiteit anders is.
- Ze ondervinden fysieke, sociale en familiale moeilijkheden, net zoals hun eigen psychologische moeilijkheden.
- We leven in een onvolwassen maatschappij dat de "anderen" discrimineert en uitsluit.
- Bewustzijn wordt bereikt door sanctie (roken is een voorbeeld). Bedrijven die gehandicapte personen niet aannemen zoals beschreven staat in de wet, moeten gesanctioneerd worden. LISMI en andere wetten worden niet toegepast omdat het geen zin heeft ze toe te passen.
- In verband met sociale en arbeidsintegratie staat Spanje onderaan de ranglijst van Europa. Het zou ook een goed idee zijn als de EU ook landen op deze manier sanctioneert.
- Uitwisselingsprogramma voor Europese gehandicapten. Een soort Erasmus.
- Beloningen geven aan bedrijven die zich aan de wet houden. Er moet een stempel en een certificaat zijn voor bedrijven die hun best doen voor de integratie van gehandicapte personen. Bedrijven die dit certificaat krijgen, zouden bij contracten met de overheid, etc. de voorkeur moeten krijgen.

Resultaten van de trainers doelgroep (ITALIË)

De deelnemers toonden belangstelling in de inhoud van de *doelgroep* en speelden een actieve en stimulerende rol.

De focusthema's zijn geanalyseerd op verschillende niveaus:

- Problemen omtrent handicap en gehandicaptenzorg
- Sociale en normatieve context
- Diensten, netwerk en organisatie
- Italiaanse werkgelegenheidscontext, werkgelegenheidscultuur en werknemers bewust van het probleem

Een concept is opgehelderd tijdens de discussie: de term "werkgelegenheid" moet sociale herintroductie doorlopen; het is niet alleen een job vinden of behouden, het is een globale interventie waarbij alle levensdomeinen van de gehandicapte persoon betrokken zijn.

Vandaag de dag zijn werkgevers niet gemotiveerd om gehandicapte personen aan te nemen, zelfs al geeft de wet duidelijke richtlijnen in deze betekenis, verkiezen ze om een boete te betalen. Er zijn geen stimuli of voordelen voor de werkgevers. Een beroepsopleidingsprogramma moet niet starten vanuit het perspectief "een job te vinden", dit kan de werkgevers afschrikken.

Ook is er het kostenprobleem van een beroepsproject met een gehandicaptendoelgroep: vorige ervaringen hebben het falen van educatieve programma's bewezen die niet overeen komen met beroepshulpmiddelen en die in inhoud niet beantwoorden aan echte beroepsbehoeften. Men moet van dit model afstappen om een meer effectieve link te creëren tussen educatieve programma's en beroepsmogelijkheden (door bedrijven en werkgevers in het programma te betrekken)

Enkele uitzonderlijke ervaringen kunnen als voorbeeld genomen worden (bijvoorbeeld het programma van Mc Donalds voor het syndroom van Down): Ze dragen bij tot een nieuw perspectief en nieuwe aandacht voor het gehandicaptprobleem.

Kennisdomein

Om een educatief programma te ontwikkelen dat gericht is op jobherintroductie voor mensen met een handicap, is het aan te raden om rekening te houden met:

In verband met de operator/opvoeder/trainer:

- De competentie om met medische problemen om te gaan (bv, katheterisatie, voeding ..)
- Bekwaam met medische hulpmiddelen
- De psychologische aspecten gelinkt aan een verworven handicap die samenhangen met een nieuw zelfbeeld en lichamelijke van de gehandicapte persoon
- Bekwaamheid in een normatieve situatie
- Ervoor zorgen op de hoogte te zijn van nieuwe wetten
- Het niveau van volgzaamheid van de persoon en zijn familie naar het programma

In verband met de gehandicapte persoon

- Het aanpassingsniveau aan de handicap

n. 116420-IT-2004

- De capaciteit om suggesties en hulp te aanvaarden
- De economische toestand
- De sociale en familiale rol

In verband met de sociale context (beroepscontext, diensten, beleidsniveau) moet men het volgende ontwikkelen:

- Consistente databases van mensen met een verworven handicap
- Interpersoonlijke netwerken die informatie delen, meetings organiseren, methodologieën en aanpakken van het probleem vergelijken
- Informatie over de toegankelijkheid van diensten
- Protocols die procedurele patronen, links en verantwoordelijkheden van verschillende diensten bepalen

Houdingsdomein

Het is nuttig om een multidisciplinair netwerk te organiseren dat zorgt voor de gehandicapte persoon en zijn/haar familie sinds de traumatische gebeurtenis of manifestatie van de ziekte. Dit netwerk moet hen bijstaan met een project om hen te helpen de handicap te aanvaarden en zich aan te passen aan vele veranderingen. Vandaag de dag is er een gebrek aan psychologische interventies die zouden kunnen helpen tijdens dit proces. De gehandicapte persoon is niet zoals hij was: meestal is hij bruusk afgesneden van zijn vorig leven en heeft hij nu nieuwe behoeften en grote moeilijkheden.

In verband met de operator/opvoeder/trainer:

- Relationele competentie
- Goed kunnen luisteren
- Een ondersteunden relatie kunnen behouden doorheen de tijd
- In groep/team kunnen werken
- De competentie om te helpen bij een globale herintroductie (op psychologisch, emotioneel en sociaal niveau)
- De competentie om de persoon te helpen bij de emotionele en cognitieve vergelijking tussen verleden en heden
- Zich bewust zijn van het netwerk rond hem en van de regels van elke betrokkene in het netwerk
- Tolerant zijn ten opzichte van de ritmes van de gehandicapte persoon (zijn verlies, depressie kunnen uitwerken)
- De capaciteit om een relatie te vermijden die gebaseerd is op macht en afhankelijkheid

In verband met de algemene Sociale context

- De capaciteit om vooroordelen en stigma's over invaliditeit te verminderen

- De capaciteit om ongelijkheid te verminderen
- De cultuur om verminderde mogelijkheden te versterken eerder dan hun overblijvende capaciteiten te benadrukken
- De houding van de werkgever om gehandicapte personen te ontvangen en het project van herintegratie tot werken te ondersteunen

Professionele Doeltreffendheid domein

In verband met de trainers

- Zich bewust zijn van de persoonlijke rol en van de rol van andere professionals
- Kennis over de werkwijze van andere diensten, hoe hen te contacteren en hoe er toegang tot krijgen
- Op de hoogte blijven van nieuwe veranderingen en ontwikkelingen van de diensten
- Werkgevers bijstaan in een educatief-beroepsprogramma voor mensen met een handicap
- Beginnen met de interesses en motivatie van de gehandicapte persoon, niet alleen rekening houdende met het perspectief van zijn overblijvende mogelijkheden
- Duidelijke informatie kunnen geven
- Deelnemen aan meetings over toezicht
- De opvoeders hebben de rol van lesgeven, in een netwerk of groep werken in contact met of binnenin het bedrijf (of een andere beroepsomgeving)
- Condities creëren om de omgeving aan te passen (organisatie van het huis, architecturale barrières)
- Mensen met een handicap helpen door een oriëntatieactie dat hem zou kunnen helpen zich bewust te worden van zijn verwachtingen en motivaties.
- De bekwaamheid om te bemiddelen tussen de sociale en familiale context van de gehandicapte persoon.

In verband met de sociale en werkgelegenheidscontext

- Geordende en territoriale diensten ontwikkelen: momenteel is er een gebrek aan mogelijkheden en de belangrijkste diensten zijn thuishulp en levering van medische hulpmiddelen
- Het aantal beroepsmogelijkheden verhogen
- Interinstitutionele initiatieven ontwikkelen om links en gesprekken tussen instituties te versterken
- Beroepsherintroductie van gehandicapte personen ontwikkelen, te beginnen met voordelen voor de werknemers, die gemotiveerd moeten zijn om de gehandicapte persoon te helpen
- Vermindering van bureaucratie en complexe organisatie van de diensten om de toegankelijkheid van programma's gericht op herintroductie tot werken te vergemakkelijken
- Bewustzijn creëren in de werkomgeving

- Links en protocols tussen educatieve programma's en de beroepsomgeving ontwikkelen, werkgroepen op te stellen die kunnen bestaan uit maatschappelijk werkers, opvoeders, werkgevers en andere professionele personen die zouden kunnen helpen bij een educatief-beroeps programma
- Het beroepsherintroductieprogramma vergemakkelijken door fasering
- Ongelijkheid en verschillen in interventie voor gehandicapte personen elimineren
- Ervoor zorgen dat architecturale barrières afgebroken worden
- Operatoren, werkgevers, opvoeders het hele proces lang bijstaan met toezicht

Resultaten van de gehandicapten doelgroep (ITALIË)

De deelnemers vertoonden de volgende specifieke emoties en gedragen in de doelgroep:

- Angst en onzekerheid: een handicap leidt tot instabiliteit en moeilijkheden om de toekomst te plannen
- Communicatiemoeilijkheden tussen de verschillende niveaus van handicap: elke situatie heeft zijn eigen specifieke behoeften en het is moeilijk om een ernstige invaliditeit te vergelijken met een lichtere.
- Communicatiemoeilijkheden tussen de verschillende typologieën van handicap

In de doelgroep was er een concept dat speciaal benadrukt werd: een educatief programma gericht op de herintroductie tot werken mag geen voorverpakt educatief programma zijn; het zou eerder nuttig zijn om een "*ad personam*" educatief programma te ontwikkelen, rekening houdend met enkele belangrijke factoren die verband houden met de persoon en de situatie.

Het debat was georganiseerd rond de volgende belangrijkste inhoud:

- a. In het Kennisdomein: de onderwerpen van een educatieve training en een educatieve aanpak
- b. in het Houdingsdomein: de psychologische aspecten van de gehandicapte persoon en van zijn/haar levenscontext, die vooraf onderzocht moeten worden voor de ontwikkeling van herintroductie tot werken project
- c. in de Professionele Doeltreffendheid: sociale en politieke elementen moeten verbeterd worden om de herintroductie tot werken van de gehandicapte te vergemakkelijken

Kennisdomein

Om een educatief programma te ontwikkelen dat gericht is op de herintroductie tot werken is het niet aan te raden om te beginnen met de inhoud, het is beter om deze suggesties te volgen:

In verband met de gehandicapte persoon

- Interesses
- Eigenlijke capaciteiten
- Zijn/haar vorige ervaringen redden om het educatief programma op hen te richten

In verband met de opvoeder/trainer

- Getraind zijn op de verschillende handicaps

In verband met de gehandicapte persoon

Het vermogen van de gehandicapte persoon om zich aan te passen aan zijn verworven handicap beïnvloedt zijn motivatie en wil om weg te raken uit een ernstige situatie. Dit element lijkt essentieel te zijn voor een succesvol herintroductie tot werken project.

Een verworven handicap is een traumatische gebeurtenis die een persoon en zijn familie kan meeslepen in een oneindig drama.

Deze traumatische gebeurtenis kan leiden tot een staat van depressie en een niet aanpassen aan de ziekte.

Een invalide persoon kan zich gekrenkt voelen in zijn/haar trots. Vaak wordt de patiënt "weggerukt" uit zijn oude leven en oude gewoonten; zelfs oude vrienden zijn geneigd te "verdwijnen". De isolatie versterkt de persoonlijke problemen en moeilijkheden.

De invalide persoon kan geneigd zijn om zich te isoleren wegens gebrek aan motivatieprikkels.

De belangrijkste inspanning moet erop gericht zijn de psychologische en sociale status van de persoon zorgzaam en grondig te evalueren. Deze analyse kan de elementen aanreiken om een project te ontwikkelen dat als doel heeft de isolatiestatus te verminderen.

Daarom is het aangeraden om "ad personam" programma's te ontwikkelen (ver van generische en heterogene programma's) en om de volgende aspecten te evalueren:

het niveau van aanpassingsvermogen van de persoon aan zijn handicap

het niveau van aanpassingsvermogen van de familie

de psychologische status van de gehandicapte persoon, die bestaat uit:

- a. de gemoedsgestelheid (goed of slecht gehumeurd, stabiliteit van het humeur)
- b. de wil en het motivatieniveau
- c. angst of staat van depressie
- d. cognitieve stoornissen (in alertheid, aandacht, geheugen, taal..)
- e. familiezin en hulp
- f. hulp en steun van vrienden of sociaal netwerk (en de wil van de gehandicapte persoon om te vertrouwen op hulp van buitenaf)

g. het vermogen van de gehandicapte persoon om andere situaties van handicap te aanvaarden

h. de potentiële capaciteiten verbeteren

In verband met de trainers

- gebruik een empathische aanpak
- Creatief zijn om een manier te vinden om een vertrouwelijke relatie met de gehandicapte persoon op te bouwen

Het Professionele Doeltreffendheid domein

In verband met sociale en politieke context

Om een succesvol project van herintegratie tot werken voor gehandicapte personen te realiseren, is het nuttig om enkele veranderingen in de sociale en politieke organisatie waar te maken.

In het bijzonder moeten de volgende aspecten verbeterd en ontwikkeld worden in de Italiaanse sociale context:

- Een geïntegreerd netwerk van diensten creëren dat erop gericht is om gehandicapte personen terug aan te zetten tot werken
- De beroepsmogelijkheden evalueren
- Overlapping van diensten vermijden (In Italië is het risico van overlapping verwant aan INAIL diensten, Lex 68/69 commissies, Openbare Tewerkstellingsdiensten)
- Duidelijke en toegankelijke paden creëren voor herintroductie tot werken
- Werkmogelijkheden duidelijk en beschikbaar maken
- Training voor werkgevers ontwikkelen om hen attent te maken op de invaliditeitsproblemen van herintroductie tot werken
- De publieke opinie wekken van invaliditeitsproblemen en behoeften

In verband met de opvoeder

- Een consistente methode en verschillende trainingsmiddelen gebruiken
- Met de gehandicapte persoon werken, veel tijd met hem/haar doorbrengen om zijn/haar houdingen en potentiële capaciteiten uit te vinden
- Werkmogelijkheden evalueren om een specifiek trainingsprogramma te ontwikkelen

10. referenties

Acts by Equal Project A.R.E.S.: *Models and tools for social profession*, Futura Soc. Coop. Arl ed, 2004

Antonak Richard, Hanoch Livneh, "Psychosocial adaptation to disability and its investigation among persons with multiple sclerosis", *Soc. Sci. Med.*, Vol. 40 No. 8, pp. 1099-1108, 1995

Bandura Albert, *Social Foundations of Thought and Action*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

Conclave Mario, Gorini Giovanna, *ICF e Politiche del Lavoro- La sperimentazione sul territorio*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Italia, 2005

Cottini Luigi, "L'insegnamento delle abilità integranti", in Meazzini Paolo, *Handicap, passi verso l'autonomia*, Giunti, Firenze 1997

Dalal Farhad, *Prendere il gruppo sul serio*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002

De Martino Ernesto, *Il mondo magico*, Boringhieri, Torino, 1973

Del Miglio Carlamaria, *Ecologia del Sé*, Bollati Boringhieri, 1989

Galimberti Umberto, *Dizionario di psicologia*, UTET, Torino, 1992

Gillebert M, Acts VII Int. Conf. on "Disabled people in the society", Città del Vaticano, 1992

Goffman Erving, *Encounters. Two studies in the Sociology of interaction*, Indianapolis, Bobbs-Merril, 1961; tr. it., *Espressione e identità. Giochi, ruoli, teatralità*, Il Mulino, Bologna 2003.

Goleman Daniel, *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano, 1998

Erikson Erik H., *Identity and life cycle*, New York, Norton, 1959

Fedeli Laura, *Individuazione e identità*, Borla, Roma, 1990

Fiedler Fred Edward, *A theory of leadership effectiveness*, McGraw-Hill, New York, 1967.

Kohut H., *The analysis of Self*, International University Press, New York, 1971

Kohut H., *The restoration of the Self*, International University Press, New York, 1977

Meazzini Paolo, *Handicap, passi verso l'autonomia*, Giunti, Firenze 1997

Neisser Ulrich, *Cognitive Psychology*, Prentice-Hall, New Jersey, 1967

Resnick L.B., Wang M.C., Kaplan J. *Task analysis in curriculum design: a hierarchically sequenced introductory mathematics curriculum*, in *Journal of Applied Behaviour Analysis*.

Rogers Carl, *Counseling and Psychotherapy*, Newer Concept in Practice, Houghton Mifflin, Boston, 1942.

Salvia J., Ysseldyke J.E. *Assessment* (1995) Houghton Mifflin, Boston.

Shepherd A. *Hierarchical Task Analysis*, Taylor & Francis, London, 2001

Stein Edith, *L'Empatia*, Franco Angeli, Milano, 1992

Stern D.N., *The interpersonal world of the infant*, Basic Books, New York, 1985

Taramelli Massimo, *L'unità spinale unipolare*, Franco Angeli, Milano, 1998

Toni Anna in Taramelli Massimo, *L'unità spinale unipolare*, Franco Angeli, Milano, 1998