

GO ERGO. GO!

Ik ben ergotherapeut en heb mijn plaats in de eerste lijn.



Hoe versterken wij, ergotherapeuten,
de autonomie van thuiswonende
kwetsbare personen?

COLOFON

Go Ergo. Go!
Een uitgave van de Koning Boudewijnstichting
Brederodestraat 21
1000 Brussel

Cette publication est également disponible en français
sous le titre : Go Ergo. Go!

Deze uitgave kan gedownload worden van onze website
www.fondsdanieldeconinck.be en www.kbs-frb.be

AUTEURS

Stijn De Baets, Patricia De Vriendt en Dominique Van de Velde -
Onderzoeksgroep Ergotherapie UGent en Academie Voor
de Eerste Lijn
Anne Ledoux - Haute Ecole Vinci et BeHive
Anne Cornu en Celine Wittock - Bijs
Hilde Pitteljon en Kimberly Dumarey - Dominiek Savio
Karen Lambrechts en Caroline Maas - Huis Perrekes
Murielle Konen en Manon Wikin - Eqla
Véronique Manguette, Anouk Plunus en Lucie Jamar -
Aide et Soins à Domicile
Anouk Dufour en Clémence Lefèvre - Alzheimer Belgique
Pierre Seeuws - Ergotherapie Belgium

EINDREDACTEUR

Guy Tegenbos, journalist

PROCESBEGELEIDING LEREND NETWERK COACHING

Stef Steyaert en Catherine Carton, WhoCares?

COÖRDINATIE VOOR DE KONING BOUDEWIJNSTICHTING

Gerrit Rauws, directeur
Tinne Vandensande, senior programmacoördinator
Yves Dario, coordinateur de project senior
Elise Gabriels, projectcoördinator
Remi Arnauts, project- en kennismanager

GRAFISCH CONCEPT EN ILLUSTRATIES

Billie Bonkers

WETTELIJK DEPOT

D/2893/2023/12

REFERENTIENUMMER

3917

April 2023

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD

INLEIDING

THEMA 1: STEL DE LEVENSDOELEN VAN DE PERSOON VOOROP

Waarom is dit thema belangrijk?	13
Wat leren de pilootprojecten ons over de inzet van ergotherapeuten om de doelen te bepalen?	15

THEMA 2: VERSTERK DE PERSOON EN ZIJN CONTEXT

Waarom is dit thema belangrijk?	19
Wat leren de pilootprojecten ons, ergotherapeuten, over de PZON en zijn context?	21

THEMA 3: FOCUS OP AUTONOMIE EN ZELFMANAGEMENT

Waarom is dit thema belangrijk?	23
Wat leren de pilootprojecten ons, ergotherapeuten over de PZON en zijn context?	26

THEMA 4: ONTWERP DE INTERVENTIE OP MAAT VAN DE PERSOON

Waarom is dit thema belangrijk?	29
Wat leren de pilootprojecten ons, ergotherapeuten, over interventies aangepast aan de persoon?	29

THEMA 5: GARANDEER DE ZORGCONTINUÏTEIT

Waarom is dit thema belangrijk?	37
Wat leren de pilootprojecten ons, ergotherapeuten, inzake zorgcontinuïteit?	39

THEMA 6: NETWERKEN EN COMMUNICEREN!

Waarom is dit thema belangrijk?	41
Wat leren de pilootprojecten ons, ergotherapeuten, verder nog over netwerken?	44

BELEIDSAANBEVELINGEN 47

ANNEX: ZES PROJECTFICHES 55

VOORWOORD

Deze gids neemt u mee in het verhaal van de eerstelijns ergotherapeut die werkzaam is in een interdisciplinaire context. De thema's van de zes hoofdstukken belichten essentiële concepten en tools die ergotherapeuten kunnen inzetten in hun dagelijkse praktijkvoering.

De ergotherapeut is een relatief jonge actor in de eerste lijn. Een belangrijke aanvulling op al wie daar actief is. De rollen en taken van de ergotherapeut kunnen sterk uiteenlopen binnen diverse zorgsettings en afhankelijk van doelgroepen. Dat kan gaan van het verlenen van advies in een behandelcontext, over het effectief ergotherapeutisch oefenen op activiteiten van het dagelijkse leven, tot en met het coachen of managen van de ondersteuning van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Maar bovenal is de ergo een teamspeler die de interdisciplinaire samenwerking met andere eerstelijnsprofessionals aanmoedigt. En daarbij vertrekt van de leefwereld en de waarden en normen van de persoon.

De gids bundelt de inzichten van het lerend netwerk van zes pilootprojecten dat gedurende drie jaar ergotherapeuten heeft samengebracht die inzetten op interdisciplinair samenwerken in de eerste lijn om de handelingsproblemen van kwetsbare personen thuis te verbeteren. Dat was de titel van een projectoproep van het Fonds Dr. Daniël De Coninck die de inzet van ergotherapeuten in de eerste lijn wil bevorderen. Het leernetwerk voorzag in procesbegeleiding, coachingsgesprekken, netwerkdagen en wetenschappelijke omkadering. Het Fonds is alle betrokken ergotherapeuten, eerstelijnsprofessionals, onderzoekers en procesbegeleiders uitermate erkentelijk voor de energie en deskundigheid waarmee de eerstelijnsmeerwaarde van de ergotherapeut wordt verhelderd.

Het Fonds Dr. Daniël De Coninck ondersteunt ten volle de beleidsvoorstellen waarmee deze gids afsluit. Het zijn zeven voorstellen die nodig zijn om de ergotherapeut optimaal in te zetten in de eerste lijn. Zij versnellen bovendien de evolutie naar een breed gezondheids- en welzijnsbeleid.

We wensen u bij de lectuur veel inspiratie en praktische tips en tools toe!

Patricia Adriaens,
voorzitster Fonds Dr. Daniël De Coninck

INLEIDING

Wij ergotherapeuten, begeleiden mensen om hen toe te laten toch betekenisvol te functioneren in het dagelijks leven, ondanks een aandoening of een beperking. Dat doen we al lang en goed, maar vooral in de tweedelijnszorg en in ziekenhuizen, revalidatie- en woonzorgcentra, scholen, residentiële voorzieningen...

Wij zeggen vandaag in dit boek: in de eerste lijn zijn we ook aanwezig maar niet sterk genoeg en niet genoeg gedragen; ergotherapeuten kunnen veel meer betekenen voor mensen die thuis wonen en daar willen blijven wonen. En zo zijn er almaar meer.

Wij hebben de personen met een zorg- en ondersteuningsnood in de eerste lijn iets eigens te bieden. Wat, hoe en waarom, leggen we uit in de volgende pagina's, op basis van wetenschappelijke inzichten en van de ervaringen van zes pilootprojecten die in dit boek geschetst worden en die werden ondersteund door het Fonds Dr. Daniël De Coninck.

Die zes dekken niet alle situaties waarin wij, ergotherapeuten, in de eerste lijn van betekenis kunnen zijn, maar ze geven wel een eerste belangrijke selectie. Deze gids focust op de rollen en taken die wij als ergotherapeuten kunnen opnemen, en geeft ook zoveel mogelijk praktische tips daarbij. Hij is geschreven door en voor ergotherapeuten.

Maar hij heeft de stille ambitie ook gelezen te worden door anderen die willen vernemen wat onze discipline in de eerste lijn kan betekenen voor personen met een zorg- en ondersteuningsnood. Hopelijk wordt het een revelatie.

Waarom ergotherapeuten in de eerste lijn?

Almaar meer mensen met een aandoening of een beperking willen, kunnen of moeten thuis wonen en leven, en velen onder hen participeren vandaaruit ook aan diverse vormen van maatschappelijk leven.

Daarnaast is onze bevolking drastisch aan het verouderen... Men associeert ouder worden met aftakelen, maar dat is een foute veralgemening. De ouderen van vandaag leven gemiddeld veel langer gezond en actief dan vroeger. Er duiken vaak wel chronische kwalen op. Sommige daarvan waren vroeger fataal; door de evolutie van de preventie en van de geneeskunde, is dat veel minder het geval en kunnen velen daar lange tijd nog goed mee leven. Dat laatste geldt trouwens ook voor jongere mensen met een beperking of een chronische aandoening.

Maar zeker als mensen meerdere van die beperkingen of chronische kwalen hebben, krijgen ze het op zeker moment wel moeilijk: dan beginnen de activiteiten van het dagelijks leven te haperen.

Vroeger was dat het einde van het autonoom leven. Daarna wachtte een leven dat in toenemende mate beperkt bleef tot zitten of liggen, en verzorgd worden, thuis of elders.

Dat hoeft vandaag niet meer zo te zijn. Eén van de elementen die daartoe kunnen bijdragen, is het inzetten van de ergotherapeutische expertise in de eerste lijn.

Niet wachten

Er moet niet gewacht worden met het inbrengen van de expertise van de ergotherapeut tot mensen niet meer zelfstandig wonen. De ergotherapeut kan met kwetsbare en potentieel kwetsbare personen, als ze nog thuis wonen, tijdig op zoek gaan hoe zij zich en/of hun omgeving kunnen aanpassen aan de (nakende) beperkingen zodat ze toch zo autonoom mogelijk in de eigen omgeving kunnen blijven. En laat dat laatste – in hun eigen omgeving blijven - nu precies dé grootste wens zijn van (bijna) allen.

Dat is wat we willen bereiken. Daarom is een hogere inzet van ergotherapeuten in de eerste lijn nodig.

Nieuw zorgmodel

De ergotherapeut moet dus een sterkere actor worden – een gevestigde waarde - in de eerstelijnsvoorzieningen. Een belangrijker aanvulling op al wie daar actief is. Dat past ook in het nieuwe model van zorg en welzijn. Lange tijd was de zorg vooral georiënteerd op een ziekte die koste wat het wil, genezen moest worden. Dat soort zorg blijft. Maar daarnaast komt er de zorg voor aandoeningen die niet weg gaan en waarmee een persoon door het leven gaat. Deze zorg gaat met de mensen met beperkingen of chronische aandoeningen op zoek naar hoe te leven mét die aandoeningen, en hoe dit leven zo autonoom, zo betekenisvol en zo haalbaar mogelijk te maken. En dan moet men niet uitgaan van een abstract gezondheidsideaal, maar van de doelen van de persoon zelf en zich richten op alles wat diens levenskwaliteit en participatie aan de maatschappij kan optimaliseren, soms stabiliseren.

De ergotherapeut kan bijvoorbeeld samen met een persoon die leeft met de gevolgen van een CVA (halfzijdige verlamming en dyspraxie – resulterend in voornamelijk moeilijkheden bij het stappen, fietsen, autorijden en koken) op zoek gaan naar elementen uit het dagelijkse leven die voor hem/haar belangrijk zijn, en die deze persoon graag opnieuw zelfstandig kan uitvoeren. De ergotherapeut kan samen met de PZON doelstellingen opstellen, zoals bijvoorbeeld zelfstandig kunnen koken, zich zelfstandig verplaatsen binnen- en buitenshuis...

De ergotherapeut kan met de man of vrouw met groene vingers maar met rug- en knieproblemen en opkomende evenwichtsstoornissen uitzoeken hoe de activiteiten van het dagelijks leven toch de baas te blijven, en hoe licht tuinwerk en het kweken van planten toch mogelijk te houden. De ergotherapeut kan bijvoorbeeld met de persoon in een rolwagen uitvissen welke informatie en aanpassingen nodig zijn om zelfstandig naar de familie en naar de film te kunnen gaan.

Hoe?

Die doelgerichte zorg versterken, sluit goed aan bij de competenties van de ergotherapeut. Maar die kan dit niet alleen. Samenwerken met de cliënt, met de andere zorgverstrekkers, met de mantelzorger en ruimere context van de cliënt, is dan ook belangrijk. Het moet een van de kerncompetenties zijn.

Samen moeten zij de levensdoelen van de cliënt dichterbij de realisatie brengen.

Dan moeten we natuurlijk te weten komen, **welke doelen** die persoon nastreeft en kan nastreven.

Dan moeten we leren hoe we erin kunnen slagen **die persoon binnen zijn context te versterken of zijn mogelijkheden te behouden**. Waar mogelijk streven we naar **autonomie en zelfmanagement**.

Daarvoor moeten we werken **op maat van de persoon**.

En we moeten zeker ook **zorgcontinuïteit garanderen**.

Netwerken, is absoluut noodzakelijk en vooral ook **goed communiceren** met alle betrokkenen.

Deze zes essentiële stappen analyseren we in volgende pagina's.

De ervaring van zes pilootprojecten

Die zes punten zijn meteen de zes hoofdstukken die we gedistilleerd hebben uit de leerervaringen die voortkomen uit zes projecten over het *'Interdisciplinair samenwerken van ergotherapeuten in de eerste lijn om de handelingsproblemen van kwetsbare personen thuis te verbeteren'*. Dat was de titel van een projectoproep van het Fonds Dr. Daniël De Coninck die de inzet van ergotherapeuten in de eerste lijn wil bevorderen.

Zes pilootprojecten uit heel het land legden hun ervaringen samen. Dat heeft geleid tot deze gids, met een overzicht van de bevindingen en de *learnings* van deze projecten voor de inzet van ergotherapeuten in de eerste lijn. Deze gids is gebaseerd op coachingsgesprekken met de projectverantwoordelijken en met medewerkers, op resultaten van het wetenschappelijk onderzoek en op zes 'lerende netwerkmomenten' die in de loop van de projectperiode plaatsvonden. De gids is ook het resultaat van meer dan zeventig uur gesprekken met de diverse belanghebbenden in dit project. Deze gids behandelt niet de ervaringen van projecten die mogelijk elders plaats hadden, en dekt ook nog lang niet alle situaties waarin de ergotherapeut in de eerste lijn kan optreden. Maar deze leringen geven wel een stevige basis.

De **zes pilootprojecten** die meegewerkt hebben aan deze gids zijn:

- **Bijshuis** - Een 'Bijzonder' therapeutisch project is een veilige en gezellige thuis waar 9 jongvolwassenen met een beperking samenwonen. Het werkt dankzij de ergotherapeute die het samenleven in goede banen leidt en zorg op maat van iedere jongere garandeert.
- **NAHDINE – Dominiek Savio** - is een innovatieve samenwerking tussen de persoon, de mantelzorger, de verzorgende uit de eerste lijn en de ergotherapeut uit de tweede lijn om de levenskwaliteit van personen met NAH (niet-aangeboren hersenletsels) in hun thuiscontext te verbeteren. Samen ontwikkelen zij trainingstrajecten op maat van de cliënt.

- **Opmaat - Huis Perrekes** - ondersteunt, coacht en stemt af met personen met dementie en hun context (formele & informele zorgpartners), zodat de persoon met dementie zo lang en zo goed mogelijk thuis kan blijven wonen.
- **Alzheimer Belgique** biedt ergotherapeutische ondersteuning thuis. Hun methode maakt het mogelijk om in enkele sessies een formeel en informeel netwerk rond de persoon met dementie en zijn mantelzorger te mobiliseren.
- **Alter Ergo** - Aide et Soins à Domicile de l'arrondissement de Verviers werkt samen met een netwerk van ergotherapeuten. Zij moedigen eerstelijnsactoren aan om te werken vanuit de levensdoelen van de persoon in een interdisciplinaire aanpak.
- **EQLA** ontwikkelt een ergotherapeutisch interventieplan op maat van mensen met een visuele beperking. De hulp van een ergotherapeut is van onschatbare waarde voor het behoud of herstel van de autonomie van personen met een visuele beperking.

Een uitgebreide projectfiche van de zes pilootprojecten vindt u als bijlage.

Rollen en taken

Deze gids focust op de mogelijke rollen en taken van de ergotherapeut in de eerste lijn, als lid van een breed interdisciplinair team dat bestaat uit de persoon met de zorg- en ondersteuningsnood, de medische en paramedische eerstelijnsprofessionals (huisarts, kinesitherapeut, verpleegkundige, maatschappelijk werker, opvoedingsondersteuner...) de ondersteunende thuiszorgdiensten (familiehulp, poetshulp...), en de informele hulpverleners (mantelzorgers).

De rollen en taken die de ergotherapeut opneemt, kunnen sterk uiteenlopen: van de bepaling van de levensdoelen, en de adviesverlening aan de context, over het effectief ergotherapeutisch oefenen op activiteiten van het dagelijkse leven, tot de coaching of het managen van de ondersteuning van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, bijvoorbeeld als zorgcoördinator of casemanager.¹

Nog even samenvatten: het doel van de interdisciplinaire samenwerking is het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood in zijn context. Bij personen met een zorg- en ondersteuningsnood is ergotherapie gericht op het mogelijk maken of behouden van zijn/haar dagelijkse betekenisvolle activiteiten.

De term interdisciplinariteit beschrijft de manier van samenwerken: die is gekenmerkt door een samenwerking van verschillende disciplines die elkaar kennen en erkennen en waarbij vertrokken wordt vanuit de levensdoelen die door de PZON (al dan niet in samenwerking met een professional) zijn geformuleerd. Dit betekent dat naast de zorg- en welzijnsprofessionals ook andere stakeholders zoals mantelzorgers, familie, regionale of lokale overheden, de buurt, enz. betrokken zijn. En uiteraard de PZON zelf.

¹ Beide termen worden nog vaak door elkaar gebruikt. De Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid ziet een zorgcoördinator als iemand die deel uitmaakt van het zorgteam, en de casemanager als een extern die tijdelijk het zorgteam versterkt.

Wat maakt de ergotherapeut uniek in dit samenspel in de eerste lijn?

Een ergotherapeut begeleidt mensen uit alle levensfasen bij het terugwinnen, verbeteren en in stand houden van hun functioneren in hun leer-, leef-, werk- en ontspanningssituaties. De middelen van de ergotherapeut zijn alle dagelijkse activiteiten en handelingen die de mensen in die situaties kunnen uitvoeren. (Vlaams Ergotherapeutenverbond, 2015)

Die missie past in een gewijzigde kijk op gezondheid: niet enkel de afwezigheid van ziekte of beperking bepaalt gezond zijn, maar evengoed het vermogen van iemand om zich te handhaven in zijn levenssituatie en eraan te participeren. Ergotherapeutische interventies richten zich op het betekenisvol handelen van mensen en de factoren die daarop van invloed zijn. Met zijn tussenkomsten streeft de ergotherapeut verandering na bij de cliënt, de omgeving of de inhoud van het handelen en in de wisselwerking tussen deze elementen.

Het doel van de interventies is de optimalisering van de levenskwaliteit op alle gebieden van het dagelijkse handelen zoals wonen, leren, werken en persoonlijke tijdsbesteding, vanuit een houding van integrale zorg, gebaseerd op een biopsychosociale visie en vertrekkend van de eigen levensdoelen van de persoon.



www.ergotherapie.be/content/Beroepsprofiel/Ergotherapie-Beroepsprofiel-2018.pdf



In deze gids gebruiken we de afkorting PZON voor 'persoon met een zorg- en ondersteuningsnood'; ter afwisseling gebruiken we de meer dagelijkse woorden 'de cliënt' of 'de persoon'.



- THEMA 1 -

STEL DE LEVENSDOELEN VAN DE PERSOON VOOROP

Levensdoelen. Op het eerste gezicht ligt het voor de hand wat ze zijn voor iemand. Toch is het moeilijk ze te definiëren. Waarover gaan ze? Zijn het levensdoelen of tussendoelen of zorgdoelen? Hoe krijgen we ze helder? Hoe te werk gaan? En hoe ze concreet maken? Een grote opdracht voor de ergotherapeut.

WAAROM IS DIT THEMA BELANGRIJK?

Eerste invalshoek: de ouderen. Met het vorderen van de jaren, worstelen veel ouderen met chronische aandoeningen: langdurige problemen die niet spontaan verdwijnen en zelden volledig genezen. Dan moet niet zozeer gefocust worden op het genezen van die aandoening, maar op het leren leven met de gevolgen ervan.

Dat is wat men noemt 'de paradigmashift' die in de zorg voor ouderen moet doorbreken en waarin ergotherapeuten een grote rol kunnen spelen: van ziekte-georiënteerde zorg (*problem-oriented care*) moeten we gaan naar doelgerichte zorg die vertrekt van doelstellingen van de persoon zelf (*goal-oriented care*). Vertrekpunt zijn dan de levensdoelen die de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (PZON) stelt: wat doet er voor hem/haar echt toe in het leven? Wat wil hij/zij bereiken? Het gaat dus niet meer om de aloude negatieve benadering – 'wat mankeert hem of haar?' – maar om een positieve benadering die uitgaat van de doelen van de persoon, en die de levenskwaliteit van die persoon wil maximaliseren. Een tweede paradigmashift die nodig zal zijn, houdt in dat men niet wacht tot de klachten manifest zijn; men moet proberen nakende en opkomende problemen zo vlug mogelijk te herkennen zodat preventie en vroege interventie van de ergotherapeut nog veel problemen kunnen voorkomen of uitstellen. Die tweede paradigmashift was in mindere mate de focus van de zes huidige projecten.

Voor wie werkt met personen met een blijvende beperking of aandoening – de invalshoek van de zes pilootprojecten - is het voorgaande altijd al de houding geweest. Hoe de omgeving en het leven met die beperking zodanig aanpassen dat de levensdoelen van de PZON toch optimaal vervuld kunnen worden?

Maar hoe achterhalen wat de doelen zijn van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood?

Dat is niet zo makkelijk. Waarover gaan ze? Zijn het wel levensdoelen? En zo ja, hoe krijgen we ze helder en concreet?

Hoe te werk gaan?

Levensdoelen helder krijgen kan via een gesprek met de persoon zelf en/of met de mantelzorger of andere belangrijke derden. Een ervaren en persoonsgerichte professional heeft vaak genoeg aan één simpele vraag om op gang te raken: 'Vertel eens: wat is voor jou een goede dag? Wat maakt jouw dag geslaagd? Waarvoor kom jij 's morgens uit je bed?' Andere professionals zullen graag gebruik maken van tools. Let op: het gaat over de levensdoelen van de PZON zelf, al kunnen mantelzorgers ook levensdoelen formuleren waarin de PZON een plaats heeft.

'De tools gaven mij de handvaten om echt te luisteren naar wat ertoe doet.' - Alzheimer Belgique



Welke tools geschikt zijn voor welke situatie en voor welke cliënt is in de eerste plaats een kwestie van voorkeur. De beschikbare tools en bijkomende informatie vind je terug via de QR-code.

ALTER ERGO

Mevrouw Juliette, 46 jaar oud, lijdt aan chronische lage rugpijn. Ze heeft een complex zorgtraject gevolgd van het "bottom-up"-type, waarbij eerst gekeken wordt naar de capaciteiten en vaardigheden van de persoon. In deze aanpak hebben professionals gekeken naar haar anatomie, nieuwe medische behandelingen, motorische revalidatie... De situatie van mevrouw Juliette verbeterde echter niet.

In het kader van Alter Ergo kreeg ik de vraag met mevrouw Juliette samen te werken. De aanpak die ik heb gebruikt, is van het "top-down"-type. Ik was in eerste instantie geïnteresseerd in haar functioneren. Om dit te doen, gebruikte ik een gevalideerde evaluatie om samen met haar haar belangrijke bezigheden te identificeren. Mevrouw Juliette formuleerde drie prioritaire doelen:

1. Haar werk als bloemist weer oppakken (gestopt 1 jaar geleden)
2. Een complexe maaltijd bereiden voor het hele gezin (wat ze al 3 jaar niet meer heeft gedaan).
3. Zorgen voor het dagelijkse onderhoud van het huis.

Vervolgens analyseerde ik samen met mevrouw Juliette welke vaardigheden nodig zijn om deze bezigheden uit te voeren. Voor de drie doelen moet ze, bijvoorbeeld, langdurig rechtop staan, een echte uitdaging voor mevrouw Juliette.

Na de analyse van alle vaardigheden ontmoette ik samen met mevrouw Juliette en haar echtgenoot de arts en de fysiotherapeut. We stelden samen een behandelplan op om de prioritaire doelen van mevrouw te bereiken. De chronische lage rugpijn is niet verdwenen, maar mevrouw kon de bezigheden behouden die voor haar belangrijk zijn.

WAT LEREN DE PILOOTPROJECTEN ONS OVER DE INZET VAN ERGOTHERAPEUTEN OM DE DOELEN TE BEPALEN?

Uit de zes projecten blijkt dat het helpen nastreven van de persoonlijke levensdoelen van de PZON een van de belangrijkste elementen in het zorgproces is en dat de ergotherapeut daarin bij uitstek een belangrijke rol kan spelen.

Essentieel is dat de cliënt de sturende kracht moet zijn bij de bepaling van de doelen. Vanzelfsprekend wordt ook de context van de PZON betrokken: de mantelzorger, de familie en de hulpverleners.

'Bij onze doelgroep (personen met dementie) is het niet altijd eenvoudig om de persoonlijke doelstellingen op te stellen. De context van de PZON is bijzonder belangrijk om de doelstellingen in kaart te brengen.' - Opmaat

De ergotherapeut kan ondersteuning bieden bij de formulering en de vormgeving van deze levensdoelen; hij kan de cliënt en zijn omgeving wijzen op de mogelijkheden die er zijn. Het kan ook nuttig zijn om prioriteiten toe te kennen aan de levensdoelen, door middel van een gesprek en door in discussie te gaan met verschillende stakeholders. Mogelijke vragen in zo'n gesprek kunnen gaan over de (levens)geschiedenis van de persoon, waarden, normen, handelingsproblemen, enz. Daarbij is het van belang iedere PZON individueel te bekijken en niet uit te gaan van een soort 'algemeen plan van aanpak'. Het is aangewezen te luisteren naar de hulpvraag van de PZON en deze hulpvraag te concretiseren door al dan niet gebruik te maken van de bestaande tools.

'Wij gebruikten onder meer het CLEVER-protocol om tot levensdoelen te komen. Het kostte wat tijd om de doelen helder te krijgen, maar het gaf ons zeer waardevolle informatie en leidt op langere termijn tot tijdwinst.' - Bijs

TIPS!

Dit zijn enkele aandachtspunten en adviezen voor de ergotherapeut in de eerste lijn, vanuit de zes pilootprojecten:

1

Persoon als partner.

Vertrek altijd vanuit het perspectief van de PZON en zijn omgeving.

2

Neem de tijd om samen tot levensdoelen te komen.

Toon respect en geef de cliënt en zijn omgeving de tijd die ze nodig hebben om tot persoonlijke levensdoelen te komen. Maak desnoods een 'omtrekkende' beweging. Ga niet te snel, maar ga 'op het gemak' het gesprek aan en vertrek vanuit dagelijkse en betekenisvolle activiteiten.

3

Peil naar de het onderliggende waardenkader van de PZON in deze activiteiten.

De activiteiten die de PZON aanhaalt in het gesprek, zijn vaak de uitkomst van wat hij/zij belangrijk of betekenisvol vindt, maar dit zegt niks over waarom hij/zij dit betekenisvol vindt (een voorbeeld: wellicht is niet het maken van soep op zich, maar de reden van het willen maken van soep belangrijker: iets betekenen voor anderen, erbij horen enz...). Om levensdoelen goed te kunnen bepalen, moet dit waardenkader bekeken worden. Onder de waarden die voor de PZON belangrijk kunnen zijn, vinden we onder meer: zelfstandigheid ervaren, erbij horen, eerlijkheid, openheid, willen zorgen voor anderen, sociaal contact ervaren...

4

Focus op de leefwereld en de waarden en normen van de cliënt.

Gesprekken voeren in het thuismilieu van de PZON, is een sterk middel. Zo komt de ergotherapeut heel dicht bij de leefwereld van de cliënt. Het geeft een goed idee van zijn context, waarden en levensdoelen. Het is ook belangrijk te werken aan een vertrouwensband met de cliënt en zijn omgeving. Vooral in het begin wordt daaraan best veel aandacht besteed: een extra professioneel toelaten in de zorg en begeleiding is niet altijd gemakkelijk voor mensen. Merk ook op dat doelen niet altijd expliciet gemaakt worden. Daarom is een waardig alternatief: het observeren van non-verbale signalen, het proberen aan te voelen wat belangrijk is voor de cliënt en daarna verwoorden wat je is opgevallen. Gebruik passende communicatie. Verval niet in vakjargon maar spreek de taal van de cliënt en zijn omgeving. Kern van de zaak voor de ergotherapeut is: zet de eigen waarden en normen en verwachtingen aan de kant, en focus op die van de cliënt.

5

Gebruik tools indien een gesprek niet tot doelen leidt of wanneer er meer structuur nodig is.

Kies evenwel niet op basis van de eigen kennis als ergotherapeut voor een bepaalde tool, maar kies op grond van wat voor de PZON belangrijk is, waar hij/zij zich goed bij voelt en kies een tool die het best past bij diens mogelijkheden, verwachtingen, gezondheidsvaardigheden...

6

Werk samen met de context van de PZON en betrek er de partner en belangrijke derden bij (zie thema 2).

Het verdient sterke aanbeveling om samen te werken met de omgeving van de cliënt om eenieders doelen helder te krijgen. Houd er wel rekening mee dat de doelen van de cliënt en zijn omgeving kunnen verschillen; de ergotherapeut moet daarmee omzichtig omgaan.

7

Raak vertrouwd met de terminologie die gebruikt wordt in de eerste lijn.

De ergotherapeut in de eerste lijn went best zo snel mogelijk aan de terminologie die daar gebruikt wordt. De ergotherapeut stemt zijn taal uiteraard eerst af op die van de PZON, maar ook op die van de andere eerstelijnsprofessionals. Dezelfde taal spreken als de collega's in de eerste lijn is belangrijk voor jezelf als ergotherapeut, maar zeker ook voor de cliënt en zijn omgeving.

8

Communiceer en werk samen met collega's.

Communicatie met de collega's is belangrijk, zéker ook in de fase van het bepalen van de levensdoelen. Gebruik een weloverwogen manier om de levensdoelen van de cliënt te noteren en ze voor andere professionals te ontsluiten. Met andere woorden: communiceer de doelen aan de collega's zoals de huisarts, de verpleegkundige, de kinesitherapeut, de maatschappelijk werker... de mantelzorger, de familie... Werk ook samen met hen om de levensdoelen helder te krijgen: ze beschikken vaak over informatie die anderen nog niet hebben maar die wel nuttig is.

9

Blijf puzzelen.

Vertaal de levensdoelen in concrete zorg-, behandel-, begeleidings- of adviesdoelen en maak de interventie op maat van het individu (dit wordt verder uitgewerkt in thema 4).



- THEMA 2 -

VERSTERK DE PERSOON EN ZIJN CONTEXT

WAAROM IS DIT THEMA BELANGRIJK?

De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de PZON, kan niet los gezien worden van de context waarin die leeft, werkt en zich ontspant. Context betekent hier zowel de sociale omgeving – de mensen - als de fysieke omgeving, de woning, de straat, het station, de voetbalkantine. Zich in die omgeving veilig voelen, wordt in alle projecten als zeer belangrijk ervaren. Het is een voorwaarde om persoonsgerichte zorg te kunnen verlenen aan iemand.

De plannen die op basis van zijn of haar levensdoelen worden opgezet (behandel-, coachings- en begeleidings- en adviesplannen), worden niet alleen afgestemd op de PZON, maar ook op de context. Dat vergt onder meer dat de ergotherapeut de personen die een belangrijke rol spelen, in kaart brengt en betreft bij het zorggebeuren.

Hoe de PZON versterken in zijn context?

De pilootprojecten hanteerden consequent **twee perspectieven**:

- **Individuele perspectief**: dat wil veranderingen teweegbrengen bij een individu: de PZON zelf of een individu uit zijn context. Zo kan men lichamelijke of mentale verbeteringen of stabiliseringen beogen bij de cliënt wat diens functioneren ten goede komt. Denk aan het verbeteren van het evenwicht bij personen met een valrisico. De begeleider de vaardigheid bijbrengen om een persoon met evenwichtsproblemen te ondersteunen, past ook in dit perspectief.
- **Het sociaal-maatschappelijke perspectief**: dan wordt gestreefd naar veranderingen in de fysieke of menselijke omgeving die het functioneren van de PZON kunnen verbeteren. Voorbeelden zijn: het herschikken van de meubels in de kamer, de herinrichting van de toegang tot de woning, de naasten leren omgaan met de gezichtsbeperking van de cliënt, een whatsapp-groepje vormen waarmee de cliënt zijn naasten kan informeren over zijn plannen, aandringen bij De Lijn om toegankelijke bussen in te zetten. Dit is bij uitstek werk voor een ergotherapeut: die mikt immers altijd op sociale inclusie en op participatie in de maatschappij volgens de eigen noden en wensen van de PZON.



De projecten geven aan dat het samenwerken met de sociale context, het inzetten van de omgeving, en het doorvoeren van veranderingen in de omgeving, voor een PZON bijzonder belangrijk zijn. Er zijn in dit verband tools ter beschikking en er is bijkomende uitleg via de QR-code.

DOMINIK SAVIO - NAHDINE

Een PZON met ernstige gevolgen van een NAH (niet-aangeboren hersenletsel) vertelt in een gesprek met de ergotherapeut dat hij graag in **contact wil blijven met familieleden**. Om dat te kunnen, moet hij het openbaar vervoer nemen, wat niet makkelijk is met een zware rolstoel. **Contact houden met zijn familie is voor deze persoon een levensdoel: de waarde van het sociaal contact, er zijn voor familie, samen dingen kunnen doen...**

De trein kunnen nemen is het middel. Onder impuls en met de steun van de ergotherapeut van NAHdine gaat de verzorgende daarom samen met de PZON naar het station in X. Samen zoeken ze uit hoe deze man bij z'n familie kan geraken door met de NMBS in overleg te gaan.

TIPS!

Wat leren de pilootprojecten ons, ergotherapeuten, over de PZON en zijn context?

1

Focus op de mogelijkheden en kansen van de PZON.

Voor de omgeving is het soms moeilijk om taken niet naar zich te trekken. Onnodig activiteiten en taken overnemen van de PZON – al gebeurt het met de beste bedoelingen - is niet wenselijk. Het objectief is dat die cliënt kan leven en wonen conform zijn levensdoelen, en vaak is dat: zo autonoom mogelijk. Soms is het nuttig de omgeving even te laten stilstaan bij het begrip 'aangeleerde hulpeloosheid', om die tot een minimum te beperken. Zo bevorder je de faciliterende krachten en beperk je de remmende krachten in de omgeving.

'We moeten afstappen van de aangeleerde hulpeloosheid. "Het zorgen voor" moet losgelaten worden. Door het activeren van de persoon zorg je ervoor dat die langer zelfstandig is. Dat is ook "zorgen voor".'- NAHdine

2

Breng de context van de persoon in kaart.

Een concreet beeld hebben van de context van de PZON, is aangewezen. Door de fysieke en sociale context – en hoe die invloed heeft op de PZON – in kaart te brengen, kan men facilitators en barrières in het proces opsporen.

3

Ga als ergotherapeut naar de (thuis)context van de persoon.

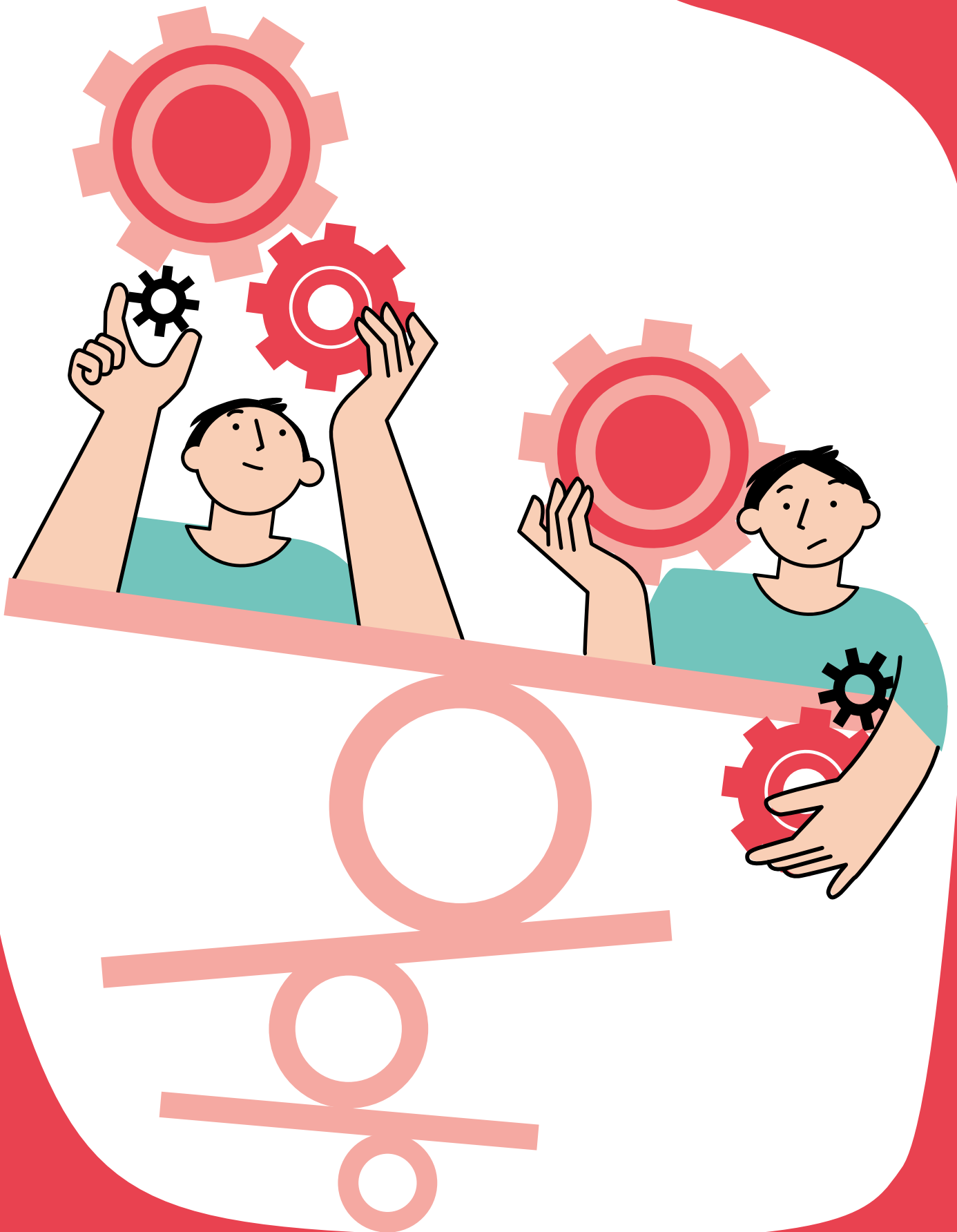
De persoon ondersteunen en/in zijn context, doe je best ... in de context zelf. Door te werken met en in de bestaande context van de PZON – thuis - kan er meteen worden ingespeeld op het dagelijkse handelen van de persoon. Heb oog voor mogelijke hinderpalen in de context van de cliënt.

De ergotherapeut kan een bemiddelende rol op zich nemen als er hinderpalen opduiken in de sociale omgeving van de PZON. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie met deze context is ook daarom van groot belang.

4

Schep duidelijke verwachtingen over de rol van de ergotherapeut.

Als een persoon de werking en het doel van ergotherapie beter kan inschatten, is aanvaarding van de ergotherapeut en zijn expertise makkelijker en is er minder weerstand. Als duidelijk is welke rollen de ergotherapeut kan opnemen, kan de persoon ook beter inschatten wat hij kan vragen.



- THEMA 3 -

FOCUS OP AUTONOMIE EN ZELFMANAGEMENT

WAAROM IS DIT THEMA BELANGRIJK?

Stimuleer autonomie en zelfmanagement, komt als boodschap uit alle zes de projecten die hier besproken worden.

- **Autonomie** kan op veel manieren omschreven worden, maar de kern is dat mensen in de mate van het mogelijke zelf beslissen over hun dagelijks leven en handelen of, als ze hierin beperkt zijn, zelf beslissen om taken door anderen te laten overnemen. 'Mensen in hun kracht zetten', noemen we dat. De werkelijkheid is zelden zwart-wit. Vaak spreekt men over een 'shared decision' of gezamenlijke beslissing van de PZON en zijn omgeving, waarbij de PZON toch de centrale rol heeft. Een andere term die hier belangrijk kan zijn, is interafhankelijkheid of 'interdependentie': mensen die, met behoud van hun autonomie, afhankelijk zijn van elkaar en op elkaar een beroep kunnen of moeten doen.
- **Het concept zelfmanagement** leunt daar dicht bij aan, maar legt de nadruk op de activiteiten die we essentieel (wassen, kleden, eten...) en betekenisvol noemen. Het zijn activiteiten die de PZON in het dagelijkse leven moet uitvoeren om zijn autonomie te behouden. Zelfmanagement stelt mensen in staat de belemmeringen die hun beperking of hun chronische aandoeningen met zich brengen, toch in te passen in hun dagelijks leven. Het gaat dan zowel om de symptomen en de behandelingen, als om de lichamelijke, psychische en sociale consequenties die aanpassingen in de levensstijl vergen. Ook hier is dit verhaal niet puur zwart-wit.

Beide concepten – autonomie en zelfmanagement - lijken te focussen op het individu, maar zowel bij autonomie als bij zelfmanagement heeft de sociale omgeving ook een grote rol. Het gaat om de PZON én zijn sociaal netwerk en zijn gehele context (zie ook thema 2). Autonomie en zelfmanagement worden vaak aangevuld met shared-decision making, samen-management of co-management, en interdependentie.

‘Om de autonomie in de thuiscontext te bevorderen, is het van belang de PZON minder afhankelijk te maken van de aangeboden diensten. Dit kan men realiseren door de cliënt verantwoordelijkheid aan te leren en hem/haar te leren begrijpen hoe je beter kan functioneren met de beperkingen die er zijn. Hiervoor is het van belang de interventie te baseren op de resterende mogelijkheden en die maximaal te ondersteunen om de waardigheid van de PZON te bevorderen. Dit kan door de PZON vertrouwen te geven in het eigen kunnen door middel van kleine interventies, zoals transfers, ADL-training... Zo kan iemand ervaren wat de eigen mogelijkheden zijn.’ - Alter Ergo

Hoe kan men autonomie en zelfmanagement bevorderen?

Door het zelfmanagement van de PZON te ondersteunen, kan de ergotherapeut de zelfeffectiviteit, de zelfzorgmogelijkheden, de psychosociale weerbaarheid en uiteindelijk de autonomie en zelfredzaamheid van de cliënt verhogen. Dat gebeurt door het aanleren van gezonde coping-vaardigheden ('hoe omgaan met?'), door het probleemoplossend vermogen te stimuleren, door samen haalbare doelen te bepalen en te behalen, en door gericht advies en coaching te geven.

In de pilootprojecten is ervaren dat het zelfmanagement zich vooral op drie domeinen afspeelt:

- **Rolmanagement** (managen van dagelijkse betekenisvolle activiteiten): help de persoon bij het deelnemen aan de samenleving, door werk, een dagbesteding, een vrijetijdsbesteding en het kunnen opnemen van andere sociale rollen (partner, (groot)ouder, vriend of vriendin); zorg dat de cliënt die voor hem of haar betekenisvolle activiteiten kan managen.
- **Emotioneel management**: ondersteun de persoon in het omgaan met gevoelens van stress, onzekerheid, eenzaamheid, angst of verdriet; zorg mee voor een goede balans tussen activiteit en rust.
- **Medisch management**: help de persoon in het management van de symptomen en de behandeling van de aandoening: het gebruik van hulpmiddelen, het innemen van medicatie, het kunnen opvolgen van de behandeling en de afspraken met hulpverleners.

Onderzoek heeft aangetoond dat in veel zelfmanagementprogramma's bij personen met chronische aandoeningen, te veel de nadruk gelegd wordt op het medisch management en te weinig op rol- en emotioneel management. De ergotherapeut is specifiek opgeleid om het rolmanagement te bevorderen. In deze pilootprojecten staat rolmanagement en het kunnen managen van betekenisvolle activiteiten steeds centraal.



Om het zelfmanagement te ondersteunen zijn er heel wat tools op de drie domeinen. Die tools en andere informatie vind je terug via de QR-code.



ALZHEIMER BELGIQUE

Als je een kwetsbaar persoon in zijn autonomie begeleidt, gaat dit gepaard met luistertijd, tijd voor interactie en uitwisseling, opdat de persoon zijn keuzes, wensen, maar ook angsten kan uitdrukken.

Ik heb mevrouw B ontmoet terwijl de gezinshulp aanwezig was. Mevrouw B woont alleen in haar grote huis en krijgt dagelijks gedurende één uur hulp van de gezinshulp. Zij helpt bij het toiletbezoek, het koken, de was en wat huishoudelijke taken. De thuiszorg en de familie hadden mijn medewerking gevraagd. De begeleiding van mevrouw B moest immers verlengd worden, maar mevrouw B weigert vaak de aanwezigheid van de gezinshulp, vanuit het idee dat die niet aan haar spullen mag komen. Haar omgeving is voornamelijk bezorgd over haar gewichtsverlies omdat mevrouw vaak vergeet te eten als ze alleen is.

Bij het eerste contact heb ik mevrouw tijdens haar maaltijd begeleid en hebben we elkaar leren kennen. Mevrouw B waardeert het sociale contact erg en ik blijf dit zo aanpakken. Het doel is haar behoeften te evalueren en te bevorderen opdat ze hulp accepteert. Mevrouw B vertelt mij herhaaldelijk dat zij de beslissingen wil nemen. Een voorbeeld: zij kan niet meer rijden en dat aanvaardt ze. Dit betekent echter dat haar dochter voor haar boodschappen moet doen, terwijl zij graag samen met haar dochter boodschappen wil doen om te kunnen kiezen wat zij wil kopen. Terwijl ik bij haar ben, test ik hoe het gaat om haar te begeleiden terwijl zij zelf bepaalde taken aanpakt: koffiezetten voor mij terwijl zij de koffiefilter niet kan vinden, zich aankleden en eten wanneer mevrouw zich na het bezoek van de thuiszorg opnieuw in haar pyjama heeft geïnstalleerd en haar maaltijd niet heeft aangeraakt.

Mevrouw B geeft duidelijk aan wat ze wil en bakent mijn handelingen goed af: ze accepteert dat ik een moment met haar deel en haar begeleid bij een taak, maar wil absoluut niet dat ik het zonder haar doe. Mevrouw is vaak verward en gedesoriënteerd in de tijd, maar blijft duidelijk over haar levensstijl en haar wens om actief betrokken te blijven bij haar leven – dit verklaart waarom ze een gesprek met haar kinderen en de coördinator van de dienst boycot als ze zich niet gehoord of begrepen voelt.

Mijn rol bij deze begeleiding was te bemiddelen tussen de coördinatie dienst, de thuiszorg, de dochters van mevrouw en mevrouw B zelf, en om daarbij vanuit haar behoeften te vertrekken, rekening houdend met haar ziekte, maar vooral met haar levensdoelen en haar wens om haar huis en leven nog te leiden zoals zij dat wilde. Mevrouw B weigert de hulp niet... Integendeel, ze verwelkomt graag iemand bij haar thuis. Maar de begeleiding moet zo aangepast worden dat mevrouw het gevoel heeft dat ze grip heeft op haar omgeving. Er is in die zin bewustwording gecreëerd bij de familie en de gezinshulp: mevrouw B systematisch betrekken, haar zelf taken laten uitvoeren, (enkel) tussenbeide komen wanneer het moeilijker is en samenwerking centraal stellen in de aanpak.

TIPS!

Wat leren de pilootprojecten ons, ergotherapeuten over de PZON en zijn context?

1

Focus op de dagelijkse taken van de PZON.

Mik op het leven van de persoon en het ondersteunen van de kwaliteit van dat leven. Het gaat dus zéker niet alleen over zorgtaken of over een verandering van levensstijl.

2

Houd rekening met medische aspecten, maar mik vooral op sociale rollen en emoties.

Autonomie en zelfmanagement gaan verder dan louter de medische aandoening; ze verleggen de focus in veel gevallen naar het opvangen van de sociale en emotionele gevolgen ervan. Dat neemt niet weg dat het altijd aangewezen is als ergotherapeut om toch inzicht te hebben in de aandoening van de PZON, om een correcte inschatting van het functioneren te kunnen maken. Een voorbeeld: voor personen met specifieke neuropsychologische gevolgen van een niet-aangeboren hersenletsel (NAH), is het soms moeilijk om voldoende ziekte-inzicht te verwerven; daardoor krijgen ze vaak geen duidelijk beeld van de eigen functioneringsmogelijkheden. Een zorgverlener/begeleider die dat inzicht wel heeft, kan zijn/haar werk beter verrichten en betere ondersteuning geven.

3

Geef tijd om te leren.

Vaak moet de cliënt zaken aanleren. Soms moet ook de zorgverlener leren. Geef dat leerproces de tijd die het nodig heeft.

4

Vorm een team met de PZON en zijn context.

Veel hangt af van de individuele situatie, maar algemeen geldt dat een mate van zelfmanagement en autonomie maar bereikt wordt door de ergotherapeut als die team vormt met de PZON en z'n omgeving, en met de andere zorg- en ondersteunende diensten.

5

Geef de PZON de autonomie om zelf zijn mate van zelfmanagement te bepalen.

- Dring zelfmanagement niet op. De zorgvrager moet het zelfmanagement zelf kunnen bepalen, in samenspraak met informele hulpverleners en de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.
- Om dit te kunnen realiseren en vol te houden is het nodig dat de PZON een goed begrip heeft van het eigen functioneren, en is ook het aanleren/behouden van bepaalde verantwoordelijkheden belangrijk. Objectieve gegevens zijn hierin belangrijk; eerlijke communicatie helpt om autonomie te realiseren.

- De basis is een gesprek met de PZON over de mogelijkheden/kansen om de autonomie te verruimen.
- Autonomie en zelfmanagement zijn van toepassing op essentiële activiteiten (bijvoorbeeld zich wassen) en op ruimere betekenisvolle activiteiten (bijvoorbeeld naar het werk gaan). De balans tussen het al dan niet behouden van de verantwoordelijkheid bij deze verschillende activiteitentypes is essentieel en kan best in samenspraak en gaandeweg uitgewerkt worden.

‘Een belangrijke afweging die gemaakt moet worden is wat men als begeleider wel of niet overneemt van de cliënt om de autonomie te ondersteunen. Een PZON kan volledig autonoom zijn, maar ook gedeeltelijk autonoom. Bijvoorbeeld: als iets minder prioritair is, kan het dat iemand minder belang hecht aan het zelfstandig kunnen uitvoeren van deze activiteit. De hulpverlener moet goed nagaan wat wel en niet overgenomen kan worden van de cliënt. De PZON heeft daarnaast ook het recht zelf de eindbeslissing te nemen.’ - EQLA

6

Een ergotherapeut voert zijn interventies best uit in de thuiscontext.

In alle pilootprojecten konden de interventies van de ergotherapeut thuis en in de eigen sociale context van de cliënt gebeuren. Dit heeft een grote meerwaarde. Een activiteit uitvoeren in de ‘echte context’ is immers essentieel voor de inoefening ervan. Dat vermijdt dat een ‘transfer’ van vaardigheden van een ‘artificiële’ naar de ‘echte’ context noodzakelijk is. Een voorbeeld is het bereiden van een maaltijd in de eigen keuken. Door dat gebeuren ter plekke te begeleiden en de PZON thuis te adviseren, is de kans groter dat deze persoon alle handelingen uiteindelijk ook grotendeels of volledig autonoom kan uitvoeren. Leer je dat aan in een kunstmatige context, zal vaak een deel van wat aangeleerd is, verloren gaan.

7

Informeert alle teamleden.

Om autonomie en zelfmanagement te bereiken, is het van belang dat de ergotherapeut bij alle teamleden benadrukt dat ze best focussen op betekenisvolle activiteiten en levensdoelen, en niet op de aandoening. Geef hen voldoende informatie over het functioneren van de PZON zodat ze gepast kunnen ondersteunen.



- THEMA 4 -

ONTWERP DE INTERVENTIE OP MAAT VAN DE PERSOON

WAAROM IS DIT THEMA BELANGRIJK?

Ondertussen is duidelijk dat alle thema's onderling nauw samenhangen. Hier komen de voorgaande allemaal samen: het streven naar autonomie en het verhogen van de mate van het zelfmanagement (thema 3) is gebaseerd op de doelen die samen geformuleerd worden (thema 1) en op het includeren van de context waarin de persoon functioneert (thema 2). Om dit te kunnen realiseren, zo bleek uit alle pilootprojecten, moet elke interventie van de ergotherapeut aangepast zijn aan de noden en de individuele levensdoelen van de PZON en zijn context.

Hoe kun je de interventie zo maken?



Een interventie op die manier opzetten, kan onder andere aan de hand van de stappen van methodisch handelen. Er zijn daarvoor een aantal theoretische kaders en ondersteunende tools. De beschikbare tools en de bijbehorende informatie vind je terug via de QR-code.

WAT LEREN DE PILOOTPROJECTEN ONS, ERGOTHERAPEUTEN, OVER INTERVENTIES AANGEPAST AAN DE PERSOON?

Hoe kunnen ergotherapeuten ertoe komen dat ze werken op maat van het individu? De lessen uit de pilootprojecten zijn helder:

- (1) werk systematisch en evalueer tijdig,
- (2) werk volgens een bio-psycho-sociaal model,
- (3) gebruik verschillende begeleidingsstijlen.

Er is overlap tussen deze drie aspecten, maar omwille van de duidelijkheid worden ze uit elkaar gehaald.

BIJSHUIS

Verzorging op maat van de cliënt

- In het Bijshuis hebben we jongeren met sterke zorgvragen. Omdat het team van thuisverpleegkundigen onderhevig is aan wisselingen, is het belangrijk dat het duidelijk is welke zorg de jongeren nodig hebben.
- Daarvoor zijn voor ieder kind dat verzorgd wordt door de thuisverpleegkundigen, verschillende systemen ontwikkeld die daarbij kunnen helpen. Zo is er een zorgplan voor elke jongere opgesteld waarin men algemeen kan zien wie een persoon is en wat voor deze persoon belangrijk is. Omdat dit absoluut niet voldoende zegt over de verzorging, is er ook een verzorgingsplan en de verzorgingsfiche. Het verzorgingsplan is een document waarin gedetailleerd beschreven is welke zorgen onze jongeren nodig hebben. Dit document is samen opgesteld met de ouders en begeleiders die voor de jongeren zorgen. Het wordt geregeld geüpdatet aangezien de zorgvraag snel kan veranderen. De verzorgingsfiche is een verkorte weergave van de noodzakelijke zorgen; ze hangt bij elke jongere in de badkamer, zodat er in één oogopslag gezien kan worden wat noodzakelijk is bij deze jongere. Ten slotte maken we bij bepaalde jongeren ook gebruik van een tilprotocol. Dit verduidelijkt met foto's en aanduidingen waarop men moet letten.

De ergotherapeut als coach binnen Bijs op vlak van ergonomie en preventie van jezelf en de cliënt.

- Het gebruik van tilliften en ergonomische principes was een moeilijk gegeven voor veel begeleiders en thuisverpleegkundigen in Bijs omdat dit iets is waarmee de begeleiders en verpleegkundigen weinig tot nooit in contact kwamen in hun vorige jobs.
- Eigen ergonomie is hierbij belangrijk maar ook de ergonomie en veiligheid van onze cliënten is van groot belang. Aangezien dit zo een belangrijk thema is in onze setting, werd er gecoacht in het gebruik van de tilliften en werden de tilprotocollen ontworpen zodat het duidelijk was welke principes bij iedereen toegepast kunnen worden. Wanneer nieuwe collega's starten in Bijs, zullen zij hierin ook ondersteund worden om zo ook rekening te houden met hun eigen ergonomische principes.

TIPS!

Wat leren de pilootprojecten ons, ergotherapeuten, over de PZON en zijn context?

1. Werk systematisch en evalueer tijdig

1

Maak kennis met de PZON vanuit het perspectief van de dagelijkse betekenisvolle activiteiten.

Setting the stage. Het eerste contact met de PZON krijgt vaak vorm in een intakegesprek in de thuiscontext. Leg de nadruk op de alledaagse activiteiten en wat belangrijk is voor de PZON. Op die manier ligt de focus op het leven van de PZON en niet op de beperkingen die deze ondervindt. Het is niet nodig al bij het eerste contact tot de levensdoelen te komen, het is van groter belang de PZON eerst te leren kennen. Dit versterkt de band. Het opstarten van de begeleiding start best vanuit de noden van de PZON.

2

Peil naar de levensdoelen van de PZON

Deze tip is uitgewerkt in thema 1.

3

Bouw een vertrouwensrelatie op.

Vertrouwen creëren gebeurt door in gesprek te gaan met de PZON en zijn omgeving. Ze moeten allemaal de kans krijgen elkaar te horen, en liever in een informele dan formele context. Door te spreken over alledaagse activiteiten kan men wederzijds vertrouwen opbouwen. Vertel ook over de eigen betekenisvolle activiteiten.

4

Vertaal de levensdoelen in concrete zorg-, behandel-, begeleidings- of adviesdoelen en werk op maat van de persoon.

- De levensdoelen vormen de start van het traject. Bijvoorbeeld: ik wil graag contact houden met mijn familie en daartoe wil ik de trein nemen, hoewel ik gebruik maak van een elektrische rolwagen.
- Analyseer de mogelijkheden van de PZON in diens context: breng de mogelijkheden (en de beperkingen) in het dagelijkse functioneren van de persoon in kaart. De focus ligt op de sterktes en de hulpbronnen, en niet enkel op de problemen.
- Dat levensdoel moeten we omzetten in concrete zorg-, behandel-, begeleidings- en adviesdoelen. Analyseer wat daarvoor nodig is samen mét de PZON.

5**Maak dan een concreet plan van aanpak.**

Maak een plan op, waarin stap voor stap wordt uitgeschreven wat nodig is: afspraken maken met NMBS, zelfstandig een treinticket kopen, zich op een perron veilig kunnen verplaatsen, met de rolwagen de lift kunnen nemen, afspreken met de familie...

6**Evalueer**

Evalueer niet enkel of de levensdoelen bereikt zijn, maar ga ook na of de onderliggende waarden gerealiseerd zijn. Bijvoorbeeld bij het doel 'koffiedrinken met mijn kleinkinderen' moet niet enkel gekeken worden of er inderdaad koffie is gedronken maar ook of de persoon het contact met de kleinkinderen als positief heeft ervaren.

7**Reflecteer over je werk als hulpverlener.**

Om goed werk te kunnen blijven leveren, is het van belang te reflecteren op het eigen werk als hulpverlener. Feedback, tips vragen, in- en uitzoomen op de situatie en zelfreflectiemomenten kunnen dit proces ondersteunen.

8**Wees aandachtig voor onvoorziene omstandigheden.**

Tijdens het uitvoeren van het zorgplan van de PZON, is het aangewezen een inschatting te maken van wat er mogelijk kan mislopen. Zo kan men preventief inspelen op gebeurtenissen. Bijvoorbeeld: wat te doen als de treinen niet rijden, vertraging hebben, in panne vallen?

2. Werk volgens een bio-psycho-sociaal-(ecologisch) model

- 1** Breng de mogelijkheden van de PZON in kaart, en in mindere mate ook de beperkingen. Belrai² kan daarbij mogelijk helpen.

Om de mogelijkheden van de PZON goed in kaart te brengen is een gesprek met de PZON aangewezen: besprekingen in teamvergaderingen zijn ook nuttig. Er kunnen ook tools gebruikt worden. Maar focus op wat de PZON kan en wil!

- 2** Hervat of onderhoud de betekenisvolle activiteiten van de PZON in zijn context.

Het streven moet zijn om de aandacht te richten op de voor de PZON betekenisvolle activiteiten. Dit betekent vaak behouden van activiteiten, stimuleren van activiteiten, herwinnen van activiteiten. Dit betekent ook dat rekening gehouden wordt met hoe de cliënt de activiteit ziet of ervaart. Bijvoorbeeld koffiezetten kan er voor persoon A helemaal anders uitzien dan voor persoon B.

- 3** Bevorder de maatschappelijke participatie.

Focus op (objectieve) mogelijkheden, het opleiden van de thuisbegeleiding en interventies in de natuurlijke omgeving van de PZON. De thuisbegeleiding, met daarbij ook de ergotherapeut, stimuleert mee de autonomie en kan hulpmiddelen inschakelen. Ook van belang is het stimuleren van het gevoel van eigenwaarde, de PZON kansen bieden en meerdere activiteiten aanreiken. Een belevingsgerichte aanpak kan hiertoe bijdragen

'Het is van belang het gevoel van eigenwaarde te stimuleren, kansen te bieden en meerdere activiteiten aan te bieden.' - NAHDine

- 4** Bevorder de autonomie (in de kracht zetten, interdependentie,..) en het zelfmanagement (samen-management, co-management) van de PZON (zoals uitgewerkt in thema 2).

Het is van belang niet onnodig zaken over te nemen van de PZON. Bewaar de balans tussen kunnen en aankunnen, anders gezegd: tussen draaglast en draagkracht. Wat hiertoe kan bijdragen is: zin/betekenis toevoegen, het gevoel van falen vermijden, structuur en handvaten bieden (ondersteuning).

- 5** Evalueer op de verschillende niveaus.

 - Evalueer de kwaliteit van leven. Metingen van de kwaliteit van leven kun je doen om de interventies te rechtvaardigen en de rol van de ergotherapeut concreter te maken. Het is mogelijk kwalitatieve informatie te verzamelen over de PZON en zijn omgeving, ook bij andere zorgprofessionals in de eerste lijn
 - Evalueer het functioneren van de PZON in zijn context
 - Evalueer de doelen (zie hoger)
 - Evalueer de maatschappelijke participatie.

² belrai.org

EQLA

Simone is 76 jaar oud en woont samen met haar man Jean. Ze lijdt al meer dan 25 jaar aan AMD (netvliesveroudering). Langzaam is haar gezichtsvermogen afgenomen en werd ze steeds minder zelfstandig en meer afhankelijk van haar man. Ze moest stoppen met werken en rijden.

Simone voelt zich nutteloos. Ze doet niets meer in huis: geen huishoudelijke taken, niet koken, zelfs geen boterham smeren. Dit laatste weegt op haar, want 'zelfs jonge kinderen kunnen zelf hun boterham smeren - zie waartoe ik ben gereduceerd'. Jean is een ondersteunende echtgenoot, hij doet alles om het huishouden 'draaiende te houden'. De boodschappen, het huishouden, de maaltijden, de betalingen...! Hij zegt dat hij uitgeput is. Geïsoleerd als ze zijn, zijn ze op de rand van psychologische uitputting.

Wanneer Simone onze ergotherapeut raadpleegt, heeft ze een zeer duidelijk verzoek: ze houdt ervan om in haar buurt, in parken en bossen te wandelen. Haar man ging met haar mee, maar ze voelt zich onveilig bij hem. Hij lijkt haar angsten niet te begrijpen, zei dat ze niet 'de baby moet uithangen'... Hun wandelingen werden een nachtmerrie en langzaam maar zeker heeft ze het opgegeven om haar huis te verlaten. Samen met het echtpaar inventariseert onze ergotherapeut de uitgesproken behoeften: het is belangrijk dat beide personen gehoord worden. Er is wat Simone wil en wat Jean hoopt. De ergotherapeut begint dus met de begeleiding van een visueel beperkte persoon... en start met haar echtgenoot Jean! Hij kan leren hoe hij Simone kan begeleiden. We laten hem visueel verlies ervaren zodat hij de terughoudendheid van zijn vrouw begrijpt. En we geven hem precieze informatie over hoe hij Simone gerust kan stellen tijdens haar verplaatsingen.

Tijdens de tweede afspraak is het Jean die Simone begeleidt. Om geleidelijk op te bouwen, heeft de ergotherapeut een vrij rustig park gekozen, een plek die Simone goed kent. Na enkele weken keert het vertrouwen terug in het koppel. Ze hebben nu de mogelijkheid om vaker te wandelen, belangrijke momenten die ze opnieuw samen delen.

Al snel wil Simone andere doelen uit haar ergotherapeutisch interventieplan concretiseren: haar eigen boterham smeren, aardappelen schillen, haar inductiekookplaat gebruiken, haar wasmachine gebruiken, administratieve documenten beheren.

3. Maak gebruik van verschillende begeleidingsstijlen

- 1 **Neem een coachende rol op t.o.v. andere professionals en stakeholders en vertrek daarbij van de levensdoelen van de PZON.**
 - De thuissetting is de ideale plaats voor deze coaching: daar kan de ergotherapeut makkelijker samen met PZON concreet aan de doelen werken. Daar is het vaak ook makkelijker andere stakeholders te betrekken. Mogelijke coachingstechnieken zijn 'guiding', 'bedside teaching' en het delen van tips en tricks.

'Het is belangrijk om steeds te vertrekken van de waarden, de normen en emoties van de cliënt.' - Bijs

- 2 **Bied steun.** Het is van belang te streven naar langetermijnsteun. Dat kan bijvoorbeeld door alle professionals te betrekken die aan huis komen.
- 3 **Reik stimulansen aan.** Mik op kleine dingen, zaken uit het dagelijkse leven die samen met de persoon te bereiken zijn; die zijn vaak belangrijker dan gedacht wordt.
- 4 **Coördineer de zorg vanuit een generieke en specifieke kennis.** Principes die van belang zijn voor de zorgcoördinator zijn: verbindend werken, de PZON centraal stellen, en kwalitatieve zorg en ondersteuning. Gebruik niet alleen de kennis van de levensdoelen, maar gebruik ook de expertise inzake pathologieën.
- 5 **Voorzie in een sociaalpsychologische follow-up.** Tijdens de follow-up kan het van belang zijn dat de ergotherapeut zich richt op sociale en psychologische aspecten die minder gerelateerd zijn aan de ziekte.



- THEMA 5 -

GARANDEER DE ZORGCONTINUÏTEIT

WAAROM IS DIT THEMA BELANGRIJK?

Met zorgcontinuïteit wordt bedoeld dat de PZON geen onderbreking ervaart in de aangeboden zorg en ondersteuning.

De pilootprojecten over de inzet van ergotherapeuten in de eerste lijn wijzen op **drie niveaus** op het belang hiervan.

- Zo'n geïntegreerde aanpak in de eerste lijn vertrekt van de situatie van de PZON (en zijn mantelzorg) en van de levensdoelen die de persoon vooropstelt. Met die elementen als vertrekpunt wordt de meest geschikte zorg en ondersteuning verleend door de juiste persoon, op het juiste moment en gedurende de vereiste tijdspanne.
- Voor de PZON bij wie verschillende actoren betrokken zijn, is er overleg nodig en moeten de acties worden gecoördineerd, zowel op het niveau van zorg voor de individuele persoon (=microniveau), als op het mesoniveau (locoregionaal) en ook op beleidsniveau; zo ontstaat geïntegreerde zorg.
- Is er samenwerking met actoren buiten de eerste lijn, met name met gespecialiseerde centra, dan moet ook daar – transmuraal – zorgcontinuïteit gegarandeerd worden. Dat kan als het werk van alle betrokken actoren – PZON, mantelzorg, eerste en tweede lijn, welzijnspartners... – naadloos op elkaar is afgestemd.

OPMAAT

Mijnheer P is sinds 1 jaar weduwnaar, woont alleen, heeft beginnende dementie. Er zijn twee betrokken dochters en een vriendengroep van vier koppels die regelmatig bij heer P binnenspringen.

Nood: Er is evenwel geen contact of afstemming onder de vrienden en de kinderen. Wie ervaart wat? Wie ziet welke noden? Wie wil zich engageren?

Er zijn tips nodig in belevingsgerichte begeleiding.

Doel: mijnheer P ondersteunen om zo lang en zo goed mogelijk thuis te wonen.

Actie: Er werd een bijeenkomst gepland met de vriendengroep en de kinderen, zonder P. Tijdens deze bijeenkomst werden de verschillende ervaringen en observaties gedeeld, was er ruimte voor vragen en afstemming, werden er handvatten gegeven in het belevingsgericht omgaan met de zaken waar de heer P mee worstelt (bv. het niet meer mogen autorijden). Er werd een whatsapp-groep gemaakt. Eén vriendin was bereid om samen met P boodschappen te doen. Er werden afspraken gemaakt over de begeleiding bij betaling tijdens etentjes, over de begrenzing bij het drinken van alcohol, over wie contactpersoon was, en wanneer een volgende bijeenkomst gepland wordt.

Hoe zorgcontinuïteit garanderen?

Om voor de PZON de zorgcontinuïteit te garanderen is het aanbevolen rekening te houden met enkele basisprincipes:

- Vertrek van de levensdoelen van de cliënt. Zie thema 1.
- Organiseer een multidisciplinair overleg onder leiding van een zorgcoördinator over én mét de cliënt. Dit overleg kan de zorg- en ondersteuningsnoden stroomlijnen en tot duidelijke afspraken leiden bij de formele en informele hulpverleners.
- Probeer een holistisch beeld te krijgen van de cliënt; dat is nodig om een geïndividualiseerd zorg- en ondersteuningsplan op maat te kunnen opstellen.
- Zorg voor een 'rode knopprocedure' waarop je kan terugvallen indien er zich crisissituaties voordoen en zorg dat het zorgteam die ook kent. Bijvoorbeeld: als een PZON als levensdoel heeft zelfstandig de trein te nemen, en die komt door verhoogde stress in een verkeerde stad terecht, wat doe je dan?
- Doe in hoogcomplexe situaties een beroep op een casemanager. In zo'n complexe zorgsituaties kan zo'n casemanager aangewezen zijn om het zorgproces tijdelijk te ondersteunen tot de zorgcoördinator/zorgbemiddelaar, de persoon met een zorgnood zelf of zijn mantelzorger de zaak weer kan overnemen.



Tools die de zorgcontinuïteit kunnen bevorderen kan je bekijken via de QR-code.



TIPS!

Wat leren de pilootprojecten ons, ergotherapeuten, inzake zorgcontinuïteit?

1

Bezorg aan het hele zorgteam duidelijke informatie over het ergotherapeutische handelen.

Om de zorgcontinuïteit te bevorderen, kan het bieden van duidelijke informatie aan het hele zorgteam rond de PZON, een meerwaarde zijn. Dat kan aan de hand van een concreet zorgplan of een protocol, maar ook door ondersteuning en coaching te bieden aan de diverse zorgverleners en stakeholders.

'Het is belangrijk voor de PZON en zijn omgeving dat informatie op een vlotte en correcte wijze aan de verschillende partners doorgegeven kan worden. Veelal gaat dit om medische informatie, maar we mogen niet vergeten dat het ook zinvol is om te delen met de verschillende zorgverleners wat voor de PZON belangrijke activiteiten van het dagelijkse leven zijn.' - EQLA

2

Neem een coördinerende rol op als ergotherapeut.

De ergotherapeut kent het functioneren van de persoon zeer goed en kan een coördinerende rol opnemen door de zorg en ondersteuning mee te organiseren. Hij kan ook de rol opnemen van zorgcoördinator in de thuiscontext van de PZON.

'De ergotherapeut kan ook als zorgcoördinator/casemanager³ ingezet worden en zo de algemene doelstellingen van de zorg en de ondersteuning van de PZON en zijn context van nabij opvolgen, steeds binnen het kader van wat betekenisvol is voor de PZON.' - NAHDine

³ Volgens de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid is een zorgcoördinator iemand die deel uitmaakt van het zorgteam, terwijl een casemanager een externe is die tijdelijk tussenbeide komt in zeer complexe situaties.



- THEMA 6 -

NETWERKEN EN COMMUNICEREN!

WAAROM IS DIT THEMA BELANGRIJK?

Uit alle projecten komt ontegensprekelijk naar voren dat ergotherapeuten zich moeten inbedden in het zorglandschap: dat ze zich moeten verbinden met andere disciplines, met de eerstelijnszone en met de lokale organisaties en instellingen binnen en buiten de gezondheids- en welzijnszorg.

We hebben al gezien dat ergotherapeuten een netwerk moeten vormen rond de PZON: de cliënt zelf, de verschillende disciplines zoals de huisarts, maatschappelijk werker, verpleegkundige, kinesitherapeut enz., maar ook de mantelzorger en de familie van de PZON, en bij uitbreiding alle relevante personen uit de maatschappij die ondersteuning kunnen bieden aan de PZON, tot de lokale buurtwinkel, de kapper, de slager... Hoe meer en beter ze de ergotherapeut kennen, hoe sterker de inbreng die deze kan doen ten voordele van de PZON.

Daarvoor is het werkwoord 'netwerken' van belang.

Het is keihard: als ze de ergotherapeut niet kennen en niet kunnen inschatten, komt die niet of moeilijk aan de bak. Als ze de competenties ervan niet kennen en de toegevoegde waarde ervan niet kunnen inschatten, is de kans klein dat de ergotherapeut betrokken wordt en dat cliënten ernaar doorverwezen worden.

Omgekeerd: als de potentiële cliënten en collega's-zorgverleners de ergotherapeut en het beroep beter kennen, en inzien welke toegevoegde waarde geboden wordt, is de kans op doorverwijzing groter en neemt de kans toe dat de ergotherapeut ten volle zijn inbreng kan doen, en daar wordt die, maar vooral de cliënt beter van. En dat laatste is het doel: ergotherapeuten willen van betekenis zijn voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.

Ergotherapeuten zijn nog ongewoon in de eerste lijn. Men kent er hun competenties nog niet of nog niet goed. Daarom moeten degenen die er nu al actief zijn, beseffen dat zij de voortrekkers zijn. Het is van belang aanwezig te zijn, aandacht op te wekken, verbindingen te leggen en vertrouwen te wekken. Netwerken, heet dat.

Waarom? Om een plaats in de eerste lijn te veroveren, om daar een gewaardeerde inbreng te hebben.

BIJSHUIS

Samenwerken met het netwerk van de cliënt

Het netwerk is enorm belangrijk in het dagelijks leven van een cliënt. Onze cliënten doen verschillende activiteiten die ze zonder een netwerk niet zouden kunnen doen. Gaan wandelen, fietstochtjes maken, op uitstap gaan... Omdat de jongeren vaak een sterke zorgvraag hebben, is het van belang om het netwerk ook in die zorgvraag te betrekken. Vrijwilligers gaan vaak alleen weg met de cliënten en dan is het belangrijk dat ze weten wat ze moeten doen als er bepaalde situaties zich voordoen, zoals het krijgen van een epi of woedebui.

Multidisciplinair samenwerken

Om een zo passend mogelijke zorg te kunnen aanbieden, is het noodzakelijk om de expertise van verschillende disciplines te koppelen. Wanneer we naar een verzorgingssituatie kijken, zal de verpleegkundige de medische aspecten het best onder de knie hebben, en kan de ergotherapeut helpen bij het gebruik van tilliften en het ergonomisch handelen. De begeleiders en opvoeders weten dan weer hoe het algemeen welbevinden van de persoon doorheen de dag was. Als ze hun waarnemingen en expertise aan elkaar doorgeven, kunnen ze op bepaalde situaties anticiperen. Stel dat een van de cliënten meerdere epilepsieaanvallen heeft gehad, dan is het belangrijk dat de begeleider dit kan doorgeven aan de verpleegkundige zodat de zorg aangepast kan worden: tempo verlagen, de lichten doven, de verzorging niet te lang maken...

Communiceren naar de verschillende betrokkenen

Bij het starten van een nieuw proces komt heel wat communicatie kijken. Het is belangrijk om iedereen van bij de start mee te nemen. Bij een van de jongeren hebben we sinds kort structuuractiviteiten geïmplementeerd. Dit wil zeggen dat door middel van vier verschillende activiteiten doorheen de week, deze jongere weet welke dag het is. Zo wordt er elke maandag een activiteit uitgevoerd, en dinsdag een andere, en zo voort.

Om tot deze activiteiten te komen, moest er heel wat gecommuniceerd worden. We moesten op zoek gaan naar de doelen en dan op maat van de cliënt een plan van aanpak opmaken. Aangezien onze jongeren niet alleen wonen, is het ook zeer belangrijk om rekening te houden met de huiscontext: wat hebben de andere jongeren nodig en hoe kunnen we de noden van onze cliënt hierbij doen passen. Er werden verschillende overlegmomenten georganiseerd waarbij zowel de ouders, begeleiders, teamcoach, ergotherapeut en een externe autisme-expert werden betrokken. Op deze manier konden we onze expertise, ervaringen, vragen en ideeën samenleggen en tot een plan komen dat aangepast is aan de cliënt, terwijl ook rekening gehouden wordt met de context waarin de cliënt leeft.

'Aanwezig zijn is de eerste stap om van betekenis te zijn.'
- Lerend netwerk pilootprojecten

Wat kan een individu doen?

- Leer uitleggen wat de unieke competentie is van een ergotherapeut in de eerste lijn
- Zoek partners. Wie heeft interesse? Wie is te mobiliseren? Zijn er concurrenten of partners?
- Ontwikkel een projectplan (brieven aan huisartsen, aanwezigheid op vergaderingen, gebruik van sociale en digitale media...)
- Bepaal de boodschap die moet worden uitgedragen (evidence-based, good practices...)
- Bepaal de tools om een netwerk op te bouwen (LinkedIn, flyers...)
- Onderhoud de relaties: maak een samenwerkingsovereenkomst op, beperk confrontaties, ontwikkel relaties op verschillende niveaus: staf, collega's, management...

Collectief

Voor een persoon is het moeilijk de wereld te veranderen. Daarom is het goed dat ergotherapeuten zich organiseren, ook lokaal. Dat kunnen ze door lokaal een eigen netwerk te vormen, om samen duiding te geven bij hun beroep. Dat verloopt doorgaans via de vorming van 'kringen' zoals de andere professionals zich lokaal organiseren. Het is ook van belang dat ze als groep aan de bredere bevolking, aan de andere professionals en aan het beleid duidelijk maken wat hun rol is op het vlak van preventie en gezondheidsbevordering, en hoe zij een unieke bijdrage kunnen leveren tot de gezondheid en het welbevinden van de personen met een zorg- en ondersteuningsnood, en hoe ze kunnen bijdragen tot de kreet die haast alle PZON slaken: 'Ik wil zo lang mogelijk thuisblijven!'.

In zo'n ergotherapeutennetwerk kan de individuele ergotherapeut ook steun en informatie vinden en ervaringen en moeilijkheden uitwisselen.

Zo'n netwerk kan ook zorgen voor vertegenwoordiging van de ergotherapeuten in de zorgraad van de eerstelijnszone, de plaats waar de eerstelijns werkers van die zone onderling afspraken maken. Dat is hét forum om collectief op te treden. Daarnaast is het van belang stappen te zetten naar de huisartsenkring, de eerstelijnspraktijken, de lokale thuisverplegings- en thuiszorgdiensten, enz.

Hoe mee bouwen aan het netwerk?



Tools die kunnen helpen bij het uitbouwen van een netwerk – hoe jezelf pitchen, hoe aan de slag gaan als zelfstandige, het belang van intervisiemomenten en kringwerking – en die meer informatie bieden over netwerking in het algemeen, vind je via de QR-code.

TIPS!

Wat leren de pilootprojecten ons, ergotherapeuten, verder nog over netwerken?

Netwerken weven rond de PZON, is erg belangrijk voor het zorgproces. Het werkt verrijkend, en kan bijdragen tot een meer gericht zorgplan.

‘De creatie van een groter netwerk bevordert het inbrengen van nieuwe ideeën, projecten en werkmethoden.’ - Lerende netwerk pilootprojecten

1

Werk samen met de thuiszorgdiensten.

- Bij het aanbieden van zorg in de thuiscontext van de PZON, is het erg van belang om op dezelfde lijn te zitten als de thuiszorgers die de persoon omringen. Overleg met hen, sluit zo nodig compromissen over wie wat doet, en hoe. Een hulpmiddel kan een dagboek zijn of een elektronisch patiëntendossier (EPD) waarin iedereen zijn gegevens over de zorg van de betrokken PZON noteert en waardoor de thuiszorgers met elkaar in contact kunt blijven zonder dat ze elkaar moeten zien. De ergotherapeut kan hier ook tips geven voor de omgang met de cliënt en over diens aandoening.
- Bij zo'n samenwerking heeft ook intervisie een rol te spelen. Dat is een methode om hulpverleners meer inzicht te geven in hun denken en handelen. Ruimte laten voor vragen, ondersteuning door anderen en het delen van ervaringen kan het leerproces versterken. Het kan ook een meerwaarde zijn tijdens huisbezoeken de PZON te betrekken bij deze samenwerking. De PZON staat sowieso altijd centraal en kan een sterke verbindende factor zijn in de samenwerking.

‘Het belang van een netwerk? Het besef dat we gemeenschappelijke waarden hebben en de geruststelling dat we niet alleen zijn in het avontuur.’

- Lerend netwerk pilootprojecten

2**Werk samen met de huisarts.**

Ook het contact met de huisarts is van belang voor de ergotherapeut; beiden moeten elkaar op de hoogte houden van belangrijke veranderingen en van de manier van werken.

3**Werk ook met alle andere disciplines.**

- Interdisciplinair samenwerken met de kinesitherapeut, de verpleegkundige, de ondersteunende diensten, de maatschappelijk werker, de psycholoog, de casemanager, de gezinshulp, enz... is noodzakelijk. Dat niet doen, schaadt de cliënt. Als verschillende disciplines samenwerken, bouwen ze een soort leergemeenschap uit. Ze leren elkaars disciplines kennen en kunnen zo beter inspelen op de noden van de PZON als cliënt en als mens.
- Bij een interdisciplinaire aanpak is het concretiseren van elkaars werking en aanpak belangrijk. Leer ook elkaars visie kennen om zo samen een weg te vinden in het zorgproces. Naar elkaar luisteren en van elkaar leren, staan voorop, altijd met het belang van de PZON in het achterhoofd. Denk er bij het delen van visies ook aan af te stappen van het puur-medische model. Het is van belang de hele mens in beschouwing te nemen en de PZON niet te herleiden tot zijn pathologie.

4**Werk ook samen met de PZON en zijn/haar netwerk.**

- Die samenwerking zorgt ervoor dat de PZON altijd centraal staat. De aanwezigheid van zijn of haar dichte omgeving kan extra steun leveren en kan ook bijdragen aan een goede interactie tussen verschillende betrokkenen in de zorg. Ze kan een positieve rol spelen in de evolutie van het zorgproces.
- De rol van de ergotherapeut bestaat er ook in dit netwerk te stimuleren om de PZON te ondersteunen waar en wanneer nodig, niet om zaken onnodig over te nemen. Uiteraard is de eerste taak van de ergotherapeut de PZON te stimuleren om bepaalde zaken zelfstandig uit te voeren.

- Verder is het van belang dat de thuisomgeving zelf voldoende steun krijgt en dat er over de behoeften van en de zorg en ondersteuning voor de cliënt goed teruggekoppeld wordt naar de familie. Dit kan bijdragen tot de acceptatie van de hulp door de familie: het is belangrijk dat er een vertrouwensrelatie bestaat onder alle partijen.
- Bij het opbouwen van een netwerk is het in het algemeen van belang dat de ergotherapeut aanwezig is in de omgeving van de PZON. Zo'n aanwezigheid kan een sterke bijdrage leveren aan het zorgproces en aan de samenwerking met andere zorgverleners. Verder is het van belang het netwerk dat is gevormd, ook te onderhouden, met het oog op een blijvende samenwerking van belangrijke betrokkenen.

5

Werk samen met de thuiszorgdiensten.

Belangrijk bij de samenwerking met al die mensen, is de profilering van de ergotherapeut. De betrokkenen moeten de toegevoegde waarde van de ergotherapie kennen en waarderen. De ergotherapeut moet dan ook zo concreet mogelijk communiceren over zijn discipline.

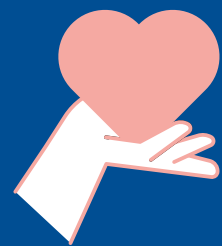
6

Communiceer met de persoon, zijn context en andere zorgverleners.

Daarmee is een laatste belangrijk woord gevallen. Communiceren. Het moet een basisvaardigheid zijn van elke ergotherapeut. Communiceren met de PZON in de eerste plaats, en met zijn context. De levensdoelen moeten helder zijn, en daaruit volgende zorgdoelen moeten gedragen zijn. Communiceren met andere zorgverleners vergt een andere 'taal' en wat andere vaardigheden maar is evenzeer van tel: om zijn inbreng te kunnen doen, om mekaar op de hoogte te brengen, om af te stemmen en om van elkaar te leren. Communiceren met beroepsgenoten, is ook belangrijk: om ervaringen uit te wisselen, om van elkaar te leren, om samen de meerwaarde van de ergotherapie uit te dragen.

Zonder goede communicatie, geen kwalitatieve zorg!

BELEIDSAANBEVELINGEN



gestoeld op de recentste wetenschappelijke inzichten en
op de ervaringen van zes projecten 'Ergotherapie in de eerste lijn' van
het Fonds Dr. Daniël De Coninck

De ergotherapie is nog maar beperkt aanwezig in de eerste lijn; ze levert haar bijdrage vandaag vooral in de tweede lijn én in instellingen zoals scholen, revalidatie- en woonzorgcentra, residentiële voorzieningen... Ze doet daar goed werk. Ze kan evenwel een grotere meerwaarde hebben in de eerste lijn dan ze vandaag heeft. Ze kan daar de kwaliteit van leven van mensen met beperkingen of met diverse aandoeningen aanzienlijk verbeteren.

De ergotherapie biedt expertise in het zoeken - met de personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hun fysieke en sociale omgeving - van methodes en technieken om de gevolgen te stabiliseren of te verminderen die acute en chronische aandoeningen en beperkingen hebben op het dagelijks leven en op de autonomie en de zelfstandigheid van de betrokkenen. Ze streeft dat na samen met de persoon zelf, zijn mantelzorger of zijn sociale omgeving, mede door aanpassingen in de ruimtelijke omgeving, de inschakeling van hulpmiddelen, enzovoort...

Die **toegevoegde waarde** kan zich situeren op drie niveaus:

- door de noodzaak van opname in een collectieve woonvorm te voorkomen of te vertragen,
- ten tweede preventief: door tijdig te interveniëren bij naderende of uitbreidende aandoeningen en beperkingen zodat de gevolgen ervan ingeperkt en/of vertraagd worden en alzo de kwaliteit van leven verbeterd wordt,
- en ten derde door verbetering of stabilisering te brengen in de kwaliteit van leven van mensen - jongeren en ouderen - die in hun thuissituatie al zorg ontvangen voor chronische aandoeningen en beperkingen.

De ergotherapeut kan, zowel in preventie als in curatie, in verschillende rollen optreden. De belangrijkste zijn die van adviesverlener, behandelaar (inoefenen van...) en manager van het zorgproces.

WAAROM NU? WAT IS DE 'URGENCY'?

De bevolking verandert. Een toenemend aandeel van de groeiende groep ouderen leeft veel langer in goede gezondheid en kan lang zelfstandig wonen en autonoom en actief leven, maar vaak duiken chronische of acute problemen en beperkingen op, zoals die ook al aanwezig kunnen zijn bij jongere mensen. Vele van deze oudere en jongere mensen kunnen/willen/moeten thuis verblijven en velen willen er ook autonoom leven. Om dat optimaal te laten verlopen, is in die thuissituaties meer en vroeger de inbreng van de expertise van ergotherapeuten nodig.

Die richt zich onder andere op het versterken van de cliënten om te maken dat ze zo goed mogelijk leven met hun aandoeningen en beperkingen. De ergotherapeut bereikt dat door samen met de persoon met zorg- en ondersteuningsnood (al dan niet preventief) te zoeken naar manieren om de gevolgen van die aandoeningen op de activiteiten van het dagelijks leven te beperken. Dit kan bijvoorbeeld door handelingen anders te stellen of de woonomgeving aan te passen.

Door die expertise vroeg in te zetten - in de eerste lijn - en niet alleen in woonvormen

waar mensen met een beperking of een aandoening terechtkomen als ze die autonomie en zelfstandigheid al verloren hebben, kan dubbele winst geboekt worden. Door tijdige aanpassingen in hun omgeving en door met hen en hun omgeving uit te zoeken hoe beter met die beperkingen om te gaan, boeken de personen met een zorg- en ondersteuningsnood aanzienlijke winst in hun kwaliteit van leven in de thuissituatie, en kan vaak sprake zijn van levenslang thuis wonen.

PARADIGMASHIFTS

Dat pleidooi om de inzet van ergotherapeuten in de eerste lijn te verhogen, past perfect in de paradigmashifts die in zorg en welzijn moeten worden gerealiseerd. De eerste paradigmashift die zeker geldt voor personen met een chronische aandoening of een beperking, is de evolutie van ziekte-georiënteerde zorg (problem-oriented care) naar doelgerichte zorg (goal-oriented care) die uitgaat van levensdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood: wat doet er voor hem/haar echt toe in het leven? Het gaat dus niet langer om een negatieve benadering van gezondheid ('wat is er mis?') maar om een positieve benadering van gezondheid, die uitgaat van de doelen van de persoon (bijvoorbeeld: zelfstandig winkelen, autonoom de trein nemen) en het versterken van de mogelijkheden om de kwaliteit van leven en de participatie te optimaliseren.

De tweede paradigmashift is die van curatieve naar preventieve inspanningen.

GEÏNTEGREERD EN INTERDISCIPLINAIR

Zorg moet ook meer interdisciplinair en geïntegreerd worden, luidt het overal. Is de specifieke inzet van ergotherapeuten dan wel nodig? Kunnen huisartsen, thuisverpleegkundigen, thuiszorgkundigen, kinesitherapeuten, enz. die inbreng dan niet (samen) tot stand brengen?

Zij kunnen zeker een grote bijdrage leveren en zij zijn de uitgesproken partners van de ergotherapeuten, maar deze laatsten brengen bij uitstek hun gesystematiseerde expertise in: mensen en hun sociale omgeving begeleiden om hen toe te laten toch maximaal te functioneren in het dagelijks leven, ondanks een aandoening of beperking.

Ergotherapeuten gaan niet geïsoleerd te werk maar werken altijd samen met 'de context' van de persoon die aanklopt voor ondersteuning en zorg. Naast de mantelzorgers zijn dat ook alle hogergenoemde en andere disciplines, maar ook diensten voor wonen, werken, onderwijs en vorming, ontspanning...

Vertrekpunten voor het handelen van de ergotherapeut zijn altijd de autonomie én de sociale participatie van de persoon, in het perspectief van de levensdoelen die deze zelf stelt. Dat garandeert een geïntegreerde aanpak.

Onderwijs in de ergotherapie

De opleiding tot ergotherapeut is nog jong in België; ze dateert van 1959. Het eerste diploma werd in 1962 uitgereikt.

Sinds 1996 is de opleiding een driejarige bacheloropleiding, zowel in Vlaanderen als in de Franse Gemeenschap. In Vlaanderen zijn er acht hogescholen die de opleiding aanbieden, in de Franse Gemeenschap zeven.

Jaarlijks komen er niet minder dan 875 nieuwe ergotherapeuten in het beroepsveld, 575 in Vlaanderen en 300 in de Franse Gemeenschap.

In Vlaanderen is er sinds academiejaar 2010-2011 een masteropleiding die interuniversitair wordt aangeboden. Sindsdien zijn er 188 masters ergotherapie afgestudeerd. Nogal wat ergotherapeuten behaalden eerder een PhD in de Gezondheidswetenschappen of de Gerontologie. Sinds kort is er ook de mogelijkheid om een PhD in de Ergotherapeutische wetenschap te verwerven.

De onderwijsorganisatie is in de ons omringende landen vaak anders: zo zijn er landen met vierjarige bacheloropleidingen, met enkel masters, met zowel academische als professionele masters, en er zijn ook landen waar PhD's in de ergotherapie al langer bestaan.

WELKE BELEIDSDADEN ZIJN NODIG OM DIE EERSTELIJNSROL VAN DE ERGOTHERAPEUT TE VERSTERKEN?

Het antwoord op die vraag is complex, mede omdat de bevoegdheden en de financiering gespreid liggen over federale en deelstaatoverheden (en hun partners zoals de opleidingsinstellingen, de partners van het gezondheidsoverleg, enz.). Sommige van de onderstaande zeven voorstellen betreffen alle overheden, andere ofwel de deelstaten ofwel de federale overheid. Sommige knelpunten zullen 'interfederaal' moeten worden aangepakt, andere zijn opdrachten voor de 'partners' van de overheden.

- 1** In de eerste plaats – en dat geldt voor alle beleidsniveaus - moet het besef doordringen dat - zéker voor de personen met een chronische aandoening of een beperking - **alle facetten van de zorg belangrijk zijn**, niet enkel de zuiver medische. Ook het welzijn telt, de kwaliteit van leven, het psycho-sociale, het handelen in het dagelijks leven en de maatschappelijke participatie. Uitgangspunt moeten de levensdoelen zijn van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Dit vergt een **paradigmashift naar de 'goal-oriented care'**: het zijn die persoon en zijn naasten die moeten bepalen wie haar/hem ondersteunt zodat zij/hij kan beslissen in functie van wat echt nodig is. Daarvoor moet voldoende tijd genomen worden en de interventie om die levensdoelen mee te expliciteren en vast te leggen, moet worden vergoed.
- 2** Heel belangrijk is – en dat geldt ook voor alle beleidsniveaus en voor alle takken van zorg en welzijn - dat er een duidelijke en herhaalde **publieke erkenning moet komen**, door de overheden en door de experts van de zorg, van de unieke

meerwaarde die de ergotherapie en de ergotherapeut kunnen inbrengen in de eerste lijn en in de thuiszorg.

Alle professionals - huisartsen, revalidatieartsen, verpleegkundigen, verzorgenden en poetshulpen, kinesitherapeuten, maatschappelijk werkers, en alle andere medische en paramedische en zorgberoepen – en alle zorginstututen moeten door de overheid, door hun opleiders en navormers, door zieken- en gezondheidsfondsen en door het hele zorgsysteem overtuigd worden van de expertise van de ergotherapeuten, omdat de cliënt daar belang bij heeft, en omdat dit hun eigen werk verrijkt en verlicht. Ook mantelzorgers moeten informatie in die zin krijgen.

Ook moet worden beklemtoond – zonder op exclusiviteit aan te sturen – dat ergotherapeuten, door hun holistische aanpak en hun focus op participatie en op de levensdoelen, bij uitstek geschikt zijn om de rol van zorgcoördinator of casemanager voor complexe zorg op te nemen.

3 Als al de overheden en hun medespelers het dan menen met deze openlijke erkenning, dan zal een zekere **herschikking en uitbreiding van zowel federale als deelstaatbudgetten nodig zijn.**

Hoe deze extra financiële middelen of mankracht mobiliseren voor de ergotherapie in de eerste lijn?

We stellen vast dat soms kleinere tussenstappen nodig zijn vooraleer een volwaardige financiering wordt ingesteld. Enkele denksporen:

De meest systeemvolgende tussenstap is de optrekking van het budget ergotherapeutische honoraria in de eerste lijn. Dat kan eventueel gekoppeld worden aan verbondenheid van de betrokken ergotherapeuten met multidisciplinaire eerstelijnspraktijken of netwerken, zoals dat het geval is voor de eerstelijnspsychologen.

Een tweede mogelijkheid is de toekenning van ‘gekleurde’ of ‘geormerkte’ ergotherapeutenmiddelen aan multidisciplinaire eerstelijnspraktijken.

Een derde tussenweg kan bestaan uit de overheveling van ergotherapeutische mankracht vanuit de 2de en 3de lijn naar de 1ste lijn zoals gebeurt in de projecten 107 in de geestelijke gezondheidszorg (maar de aansturing moet wel in de eerste lijn komen).

Een vierde mogelijk tussenspoor is de subsidiëring van een project in een eerstelijnszone of -regio of provincie om de ontwikkeling van eerstelijns ergotherapie in een beperkt gebied uit te testen, een aanpak zoals gehanteerd werd in het ZOPP-project voor de ontwikkeling van de ondersteuning van zelfhulpgroepen en patiëntenvertegenwoordigingen in Limburg.

4 Alleszins is op korte termijn ook een **aanpassing nodig van de lijst van technische prestaties**, gevoegd bij het federaal koninklijk besluit van 8 juli 1996 betreffende de beroepstitel (...) van ergotherapeut. Die lijst moet breder worden en moet ook meer inzetten op thuiszorg en preventie.

Een aanpassing van de federale RIZIV-nomenclatuur in dezelfde zin, zou daaruit kunnen volgen, maar er kan ook gewerkt worden met een meer forfaitaire financiering.

De ergotherapeut werkt in principe altijd in een interdisciplinaire equipe; toch

moet nagedacht worden over de vraag of voor zekere punten, autonoom handelen van ergotherapeuten mogelijk moet worden.

5 Ergotherapeuten moeten ook zo snel mogelijk **een volwaardige plaats krijgen in de besluitvormingsorganen**, vooreerst in de federale organen waar beslist wordt over nomenclatuur en technische prestaties van ergotherapeuten. En ook elders - federaal en in de deelstaten – moeten ze woordvoerders krijgen: de ergotherapeuten zijn trouwens bij uitstek geschikt om de paradigmashift van problem-oriented naar goal-oriented care mee vorm te geven en om het bredere perspectief op gezondheid en welzijn in te brengen.

6 Algemeen moeten **dringend enkele vragen gesteld worden aan de wetenschap**. Er is nood aan kwalitatieve en kwantitatieve studies naar de efficiëntie en de effectiviteit van een ruimere inzet van de ergotherapie in de eerste lijn, voor wat betreft de aanpak van chronische en acute pathologieën en beperkingen. Wij aarzelen niet om onze visie daarop te laten toetsen door de wetenschap, zolang dit geen excuus is om de eerste veranderingen die nodig zijn, uit te stellen.

Ook moet worden onderzocht of de menskracht daarvoor aanwezig is c.q. kan worden gemobiliseerd. Wij zijn overtuigd van wel, maar het bewijs moet worden geleverd.

Wie kan dit onderzoek doen of coördineren? Dit onderzoek zou perfect aansluiten op de studie die het KCE, het Federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg, recent verrichtte over de geïntegreerde zorg die, zoals de hierboven beschreven zorg, federale, interfederale en deelstaatsfacetten impliceert. Het KCE zou dit onderzoek dan ook kunnen voeren of minstens coördineren.

De deelstaten, of de deelstaten samen met de federale overheid moeten ook – al dan niet met het KCE - nagaan of de voorschriften inzake opleiding die het koninklijk besluit van 8 juli 1996 bevat, nog aangepast zijn aan een uitgebreide inzet van ergotherapeuten in de eerste lijn.

7 Meer in het algemeen kan worden opgemerkt dat veel problemen vermeden kunnen worden indien onze woningen, onze steden en dorpen, onze werkplaatsen, het openbaar domein, het openbaar vervoer, de ontspanningsomgevingen, de openbare instellingen, de signalisaties, enz. zouden beantwoorden aan **de basisregels van de Universal Design** en aangepast zouden zijn aan mensen met beperkingen en aandoeningen, maar evenzeer aan kinderen en ouderen. Dit was niet het voorwerp van de activiteiten die leidden tot deze gids, maar dit moet ons van het hart omdat we zo vaak vaststellen dat de personen voor wie we werken, zo erg leiden onder de onaangepastheid - die hier overigens erger is dan in de meeste ons omringende landen.

SAMENGEVAT

1. Dit dossier past in de evolutie naar een breed gezondheids- en welzijnsbeleid en in de paradigmashifts die vandaag moeten plaats hebben in de zorg.
2. Er moet een openlijke erkenning komen van de meerwaarde van de inzet van ergotherapeuten in de eerste lijn.
3. Dat moet leiden tot verschuivingen of een uitbreiding van budgetten daarvoor. Het is weinig waarschijnlijk dat meteen een definitieve regeling wordt gevonden. Daarom worden enkele tussenstappen gesuggereerd.
4. De lijst van technische prestaties uit het kb van 1996 en de RIZIV-nomenclatuur moeten worden aangepast. Autonoom handelen van de ergotherapeut moet soms mogelijk zijn.
5. Ergotherapeuten moeten een plaats krijgen in belangrijke overleg- en beslissingsorganen.
6. Er moet studies komen naar de efficiëntie en de effectiviteit van de ergotherapie in de eerste lijn en naar de manpowerplanning, nodig voor de hier beoogde ontwikkeling van de ergotherapie.
7. Onze woningen, onze steden en dorpen, onze werk- en ontspanningsplaatsen, moeten worden aangepast aan personen met een beperking of een aandoening, maar ook aan kinderen en ouderen.
De principes van de Universal Design moeten dringend ingang vinden.

Werken als ergotherapeut

Volgens recente cijfers van de FOD Volksgezondheid zijn er in totaal 14.433 ergotherapeuten erkend in België; er zijn er bijna evenveel als huisartsen. 10.896 (75,5%) van hen wonen in het Vlaams Gewest, 2.855 (20%) in het Waals Gewest, en 682 (4,5%) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Van deze 14.433 ergotherapeuten beschikken er 188 over een masterdiploma ergotherapie, maar een onbekend aantal behaalde een ander masterdiploma, zoals master gerontologie, gezondheidsbevordering, gezondheidsbeleid, public health, enz. Het dossier Ergotherapie van de Planningscommissie Zorgberoepen spreekt van 10.622 'professioneel actieve' ergotherapeuten: in Vlaanderen 8.019 (75,5%); in de Franse Gemeenschap 2.603 (24,5%).

Daarvan zijn er 9.362 (88%) uitsluitend actief als werknemer, 947 (9%) actief in een gemengd statuut werknemer + zelfstandige, en 313 (3%) uitsluitend actief als zelfstandige.

Vier sectoren nemen het leeuwendeel van de ergotherapiebanen voor hun rekening: ziekenhuizen en woonzorgcentra elk iets minder dan een derde, woonzorgcentra een kwart en onderwijs ongeveer een tiende.

In Vlaanderen is er één beroepsvereniging 'Ergotherapie Vlaanderen' die 450 à 500 leden telt; de 'Union Professionnelle des ergothérapeutes Belges francophones en germanophones (UPE)' telt tussen de 300 en 400 leden. Samen vormen ze 'Ergotherapie Belgium'.

LITERATUURLIJST

Startersgids voor ergotherapeuten. (z.d.). De Federatie voor Vrije Beroepen, geassocieerd met UNIZO, is de representatieve interprofessionele organisatie voor het vrije beroep.

www.federatievrijebroepen.be/viewobj.jsp?id=448191

Ergotherapeutenkringen. (2022). Ergotherapie Vlaanderen.

www.ergotherapie.be/NL/web-2853/Ergotherapeutenkringen

www.ot-pro.com

Beroepsprofiel. (2018). Ergotherapie Vlaanderen.

<https://www.ergotherapie.be/NL/web-2626/Beroepsprofiel>

www.ap.be/project/ergotherapie-in-de-eerste-lijn

CLEVER: doelbepaling in eerstelijnsgezondheidszorg | Arteveldehogeschool Gent

Doelzoeker | Vlaams Patiëntenplatform

<https://vlaamspatienentplatform.be/nl/doelzoeker>

www.ergotherapie.be

www.ergo-upe.be

Occupational Therapy and Primary Care: A Vision for the Path Forward (caot.ca)

<https://caot.ca>

Gouverneur du Brabant Wallon. (29 septembre, 2021) Journée International des aînés, votre boîte jaune est-elle à jour ?. GouverneurBW.be.

<https://www.gouverneurbw.be/boitesjaunes>

Moll S. E., Gewurtz R. E., Krupa, T. M., & Law, M. C. (2013). Promoting an occupational perspective in public health. Canadian Journal of Occupational Therapy, 80, 111-119.

<http://cjo.sagepub.com/content/80/2/111.abstract>

Moll, S., Gewurtz, R., Krupa, T., Law, M. Lariviere, N., Levasseur, M. (2015) "Do-Live-Well": A Canadian framework for promoting occupation, health and well-being, Canadian Journal of Occupational Therapy, 82(1), 9-23.

<http://cjo.sagepub.com/content/early/2014/08/20/0008417414545981>

L'Union Professionnelle des Ergothérapeutes. (7 mars 2023).

Profil professionnel de l'ergothérapeute. UPE.be

www.ergo-upe.be/produit/profil-professionnel-ergotherapeute/

L'Union Professionnelle des Ergothérapeutes. (7 mars 2023). Groupes à thèmes. UPE.be.

www.ergo-upe.be/groupes-upe/

ANNEX: ZES PROJECTFICHES

1. INITIATIEF BIJSHUIS



INITIATIEFNEMERS EN CONTACTGEGEVENS

BIJS vzw

Hadewychstraat 29, 9111 Sint-Niklaas

celine.wittock@raakzaam.be (ergotherapeut)

anne.cornu@raakzaam.be (coach en ergotherapeut)

leen.goeman@raakzaam.be (bestuurslid Bijs)

bijs.be/bijshuis



PROBLEEMSTELLING/UITDAGING

De belangrijkste uitdaging waar Bijs voor staat, is kwaliteitsvolle zorg geven en een daginvulling bieden op maat van de individuele behoeften, waarden en normen van de jongvolwassenen die in het Bijshuis samenwonen.

Naast de individuele zorgvraag is het samenleven in groep van groot belang. Het is puzzelen om de verschillende individuele zorgvragen van onze jongvolwassenen in een groep te matchen.

In de visie van Bijs staat doelgericht, cliëntgericht werken en op een betekenisvolle manier met de jongvolwassenen omgaan, centraal. Dit is een hele uitdaging aangezien er met een grote zorgcontext wordt samengewerkt. Zorgprofessionals zijn vaak erg taakgericht georiënteerd. Het is telkens opnieuw samen de vraag te stellen: waarom doen we dit nu?



JULLIE INITIATIEF IN EEN NOTENDOP

In het Bijshuis wonen negen jongvolwassenen met een verstandelijke en/of motorische beperking samen. Bijs werd vijf jaar geleden gecreëerd door de samenwerking van zeven ouderparen. Met Bijs willen de ouders professionele zorg combineren met een warme, veilige thuis met familiale sfeer voor hun kinderen waar ouders steeds welkom zijn. Het is belangrijk dat de ouders de zorg samen met de zorgprofessionals kunnen opnemen.

Om de zorg zo goed mogelijk te kunnen organiseren, wordt er samengewerkt met verschillende zorgpartners die voor de zorg van de jongvolwassenen instaan. Zo wordt er gewerkt met Raakzaam (opvoeders, ergotherapeut, teamcoach, nachtbegeleiders), i-mens (verzorgenden en zorgkundigen) en een thuisverplegingsdienst. Om het samenleven van deze heterogene groep in goede banen te leiden en zorg op maat van iedere jongere te garanderen, namen de ouders een ergotherapeut in de arm met steun van het Fonds Dr. Daniël De Coninck. De rol van de ergotherapeut is vooral gericht op adviesverlening en coaching op de werkvloer om aan de zorgkwaliteit te kunnen werken. Op deze manier proberen we aan de individuele noden van de jongeren te voldoen en deze te matchen binnen het groepsgebeuren in het Bijshuis.



WAAR ZIJN JULLIE ONGELOFELIJK TROTS OP?

In de afgelopen periode hebben we gefocust op meer doelgericht werken. Concreet wil dat zeggen dat we trachten om het taakgericht werken om te buigen naar meer cliëntgerichte en doelgerichte zorg en ondersteuning. Op deze manier kunnen we makkelijker aan de noden en wensen voldoen van de jongeren die in Bijs wonen.

Voorbeeld: een van de jongens in Bijs helpt heel graag met huishoudelijke klusjes, vraagt geregeld gedurende de dag of hij kan helpen. Zelfstandig kan hij dit niet en wanneer je zegt 'ja, je mag helpen', dan wil hij vaak niet. Hij stelt de vraag 'helpen?' eerder vanuit een onrust doordat hij geen betekenisvolle activiteit heeft op dat moment, dan dat hij op dat moment persé wil helpen. Maar omdat we merkten dat hij wel voldoening haalde uit het helpen bij huishoudelijke taken, betrekken we hem nu toch bij enkele huishoudelijke klussen waarbij hij kan helpen. Wanneer dergelijke taakjes moeten gebeuren betrekken we hem nu in tegenstelling tot vroeger. Vroeger deed de begeleiding dergelijke taken alleen omdat ze dachten dat dit dan sneller ging waardoor er meer tijd was om 'leuke' activiteiten met de jongeren te doen. Nu helpt hij telkens met het buiten zetten van de vuilniszakken. De activiteit duurt langer dan voorheen maar er is meer rust bij deze cliënt. De cliënt heeft nu gedurende de dag enkele betekenisvolle activiteiten waaruit hij voldoening haalt waardoor andere momenten zonder activiteit beter verlopen. De cliënt heeft op dat moment geen nood aan ondersteuning.

Verder hebben we sterk ingezet op het samenleven in een groep, rekening houdend met de individuele noden van iedere bewoner. We hebben in kaart kunnen brengen wat cliënten betekenisvol vinden en hun waarden en normen kunnen verduidelijken. Vervolgens zijn we op zoek gegaan naar hoe we de noden en wensen van de verschillende bewoners kunnen matchen waardoor er op maat van elk individu kan samengeleefd worden.



WAT ZIJN DOORBRAAKMOMENTEN GEWEEST?

Het keerpunt voor ons is het inzicht bij het team dat een doelgerichte visie primeert. Vanaf dat moment is er meer communicatie en samenwerking op gang gekomen, waardoor we ons samen met de verschillende zorgprofessionals kunnen focussen op de doelen, wensen en noden van onze cliënten.

Zo kunnen we sneller inspelen op de noden van onze jongeren. Er is ook meer gedragenheid voor aanpassingen die invloed hebben op de dagelijkse werking waardoor we meer succes ervaren.



DE TOEKOMST

Waar willen jullie over vijf jaar staan met jullie initiatief? Wat is er nodig om dit te realiseren?

Het is nog niet concreet waar Bijs binnen vijf jaar wil en zal staan. Bijs werkt met een beperkt budget waardoor er weinig zekerheid op de lange termijn is. Met dit budget worden de basiszorgen en noden ingevuld door een begeleidend team. Andere zorgprofessionals met specifieke specialisatie worden in de setting meegenomen als er voldoende budget is.

De werking van de ergotherapeut in Bijs is mogelijk dankzij de financiering van het Fonds Dr. Daniël De Coninck. Het is vandaag nog niet duidelijk hoe lang en voor welk aantal uren de ergotherapeut tewerkgesteld kan worden in het Bijshuis in de toekomst.

Maar als we mogen dromen, hopen we in de toekomst de kwaliteit van leven en zorg te nog versterken via een grotere verscheidenheid aan zorgprofessionals die interdisciplinair samenwerken.



DE PARTNERS

Bijs werkt samen met verschillende zorgpartners: Raakzaam, I-mens en Altrio. Deze drie zorgpartners zorgen ervoor dat er zorgprofessionals op de werkvloer in Bijs aanwezig zijn. Raakzaam biedt een team van begeleiders aan die de dag en nacht op zich nemen. i-mens zorgt voor zorgkundigen en verzorgenden die samen met een Raakzaam collega de dagelijkse invulling voorzien. De verpleegkundigen van Altrio zorgen voor de verpleegkundige taken en badmomenten van enkele jongvolwassenen met een specifieke zorgvraag.

2. INITIATIEF NAHDINE



INITIATIEFNEMERS EN CONTACTGEGEVENS

Dominiek Savio vzw
Koolskampstraat 24, 8830 Hooglede

hilde.pitteljon@dominiek-savio.be (coördinator en ergotherapeut)
kimberly.dumarey@dominiek-savio.be (ergotherapeut)

nahdine.be



PROBLEEMSTELLING/UITDAGING

Personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) die na een intensieve revalidatieperiode terug thuis komen, moeten veel zaken die voordien vanzelfsprekend waren, loslaten. Ze willen opnieuw rollen en activiteiten opnemen, maar dit lukt moeilijk of niet. Ze voelen zich nutteloos, hebben geen perspectief meer, geraken geïsoleerd.... Het niet tijdig onderkennen van de onzichtbare gevolgen van een hersenletsel veroorzaakt ernstige conflicten binnen het gezin, door o.a. onbegrip van de omgeving of falen op het werk, depressie, financiële problemen en isolement....

In dit project kijken we samen:

- Wat wil de persoon opnieuw opnemen? (levensdoelen voorop)
- Wat zijn de mogelijkheden en hoe kunnen we deze inzetten?
- Hoe kunnen we de persoon trainen in zijn eigen context?
- Hoe kan hierin samengewerkt worden met de mantelzorger, de verzorgende en eventueel andere aanwezige disciplines?

Door dit doelgericht en zo snel als mogelijk in de thuiscontext te doen, zorgen we ervoor dat de persoon met een NAH versterkt wordt. Hij of zij leert zo zijn mogelijkheden in te zetten om terug betekenisvolle activiteiten uit te voeren (empowerment).



JULLIE INITIATIEF IN EEN NOTENDOP

In een innovatief samenwerkingsverband tussen een ergotherapeut met doelgroepsspecifieke kennis uit de tweede lijn en de verzorgende uit de eerste lijn werken we trainingstrajecten uit op maat van de cliënt. Hierdoor krijgen de persoon met een NAH en de mantelzorger zicht op de mogelijkheden en perspectieven.

We gaan op een systematische manier te werk:

- Doelen aflijnen a.d.h.v. de CLEVER-methodiek
- Objectief evalueren van de mogelijkheden van de cliënt a.d.h.v. AMPS-observatie
- Trainingstraject binnen de context van de cliënt uitvoeren: tandemwerking tussen ergotherapeut en verzorgende om (nieuwe) vaardigheden en/of het gebruik van hulpmiddelen aan te leren.

Via intervisie worden leerervaringen gedeeld en verdiept bij de ergotherapeut en verzorgenden. Door het organiseren van klankbordgroepen en evaluatiemomenten krijgen we feedback en nieuwe inzichten vanuit verschillende hoeken (professionals, mantelzorgers en cliënten zelf).



WAAR ZIJN JULLIE ONGELOFELIJK TROTS OP?

Doorheen de verschillende waves haalden we bij de cliënten mooie resultaten. Zowel de cliënten als hun context ontdekten nieuwe mogelijkheden, vonden een stuk eigenwaarde terug, zagen in dat ze ondanks soms ernstige beperkingen betekenis konden hebben voor anderen. Ook bij de medewerkers uit de eerste lijn zien we positieve reacties. Mensen die aanvankelijk onzeker waren in de aanpak van een persoon met NAH zien we groeien, en ze zien zelf kansen om met nieuwe cliënten op dezelfde activerende wijze aan de slag te gaan. Het blijven ontvangen van aanmeldingen bevestigt voor ons de meerwaarde van dit project voor de mensen met NAH en hun omgeving.



WAT ZIJN DE DOORBRAAKMOMENTEN GEWEEST?

De intervisie na de tweede wave, wanneer de verhalen en ervaringen konden worden gedeeld, was zowel voor de ergotherapeut als de verzorgende heel belangrijk. Dit leidde tot een belangrijke bijsturing naar het gebruik van de CLEVER methodiek. Voor de dienst uit de tweede lijn was het ervaren van de dagelijkse realiteit in de eigen context van de cliënt een eye-opener om met nog meer respect naar de vele rollen van de verzorgende te kijken. Mekaars werking en deskundigheid leren kennen was een belangrijke succesfactor om blijvend samen te werken. Het samen organiseren van een infoavond met de thuisbegeleidingsdienst 't Spoor en de revalidatiedienst van het AZ Delta bevestigde de dringende nood aan nazorg wanneer de persoon met een NAH terug thuiskomt. Dit gaf een extra boost aan het project.



DE TOEKOMST

**Waar willen jullie over vijf jaar staan met jullie initiatief?
Wat is er nodig om dit te realiseren?**

We willen deze methodiek verder uitwerken met alle gezinszorgdiensten. Dat kunnen we doen door de uitbreiding van RTH-middelen (Rechtstreeks toegankelijke hulp) in te zetten voor de doelgroep -65-jarigen. Helaas kunnen we onze aanpak voor mensen met een NAH na 65 jaar niet op deze manier ondersteunen. Outreach bij verschillende diensten kan deze aanpak misschien initiëren, maar dat kan niet met dezelfde intensiteit. Verder werken aan de mogelijkheden om een ergotherapeut in de thuiscontext in te schakelen, is daarom van cruciaal belang. We hopen binnen vijf jaar een vaste waarde te zijn in de begeleiding van mensen met een NAH in hun eigen context, zonder leeftijdsbeperking.



DE PARTNERS

Dit project is een samenwerking met Familiehulp. We willen de huidige werking graag uitbreiden naar alle eerstelijnsdiensten die bij personen met een NAH komen in de eigen en omgevende eerstelijnszones.

3. INITIATIEF OPMAAT



INITIATIEFNEMERS EN CONTACTGEGEVENS

Huis Perrekes vzw
Zammelseweg 1, 2440 Oosterlo

014 86 83 43
karen.lambrechts@perrekes.be (kinesitherapeut)
caroline.maas@perrekes.be (ergotherapeut)

perrekes.be/leven-tot-het-einde/bij-u-thuis/



PROBLEEMSTELLING/UITDAGING

Vragen voor opname in Huis Perrekes worden vaak te vroeg of vanuit een vermijdbare crisissituatie gesteld. Tevens worden mensen met dementie soms onnodig in een ziekenhuis opgenomen, wat voor hen een destabiliserende omgeving is.

Er zijn diverse redenen die aan de basis hiervan liggen: de focus ligt thuis vaak op het verlies van mogelijkheden van de persoon met dementie en zijn/haar context. Bij veel gezinnen is er onvoldoende ondersteuning van formele en informele zorgpartners en is er slechts beperkte expertise over dementie. Hoewel een goede afstemming tussen alle betrokkenen, continuïteit en flexibiliteit van ondersteuning noodzakelijk is, wordt hier niet altijd aan tegemoet gekomen. Hierdoor komen de levenskwaliteit en levensdoelen van alle betrokkenen onder druk te staan.

Er is duidelijk een lacune in de omkadering van personen met dementie en hun context in de thuissituatie: de nood om zowel de persoon met dementie als de mantelzorg(er)s te ondersteunen in hun zoektocht naar een balans tussen draagkracht en draaglast, aan het ondersteunen van autonomie en het bieden van geborgenheid vanuit een belevingsgerichte begeleiding, de nood aan afstemming en continuïteit.

Het zo lang mogelijk goed thuis kunnen blijven, kan enkel slagen als het gebeurt op maat van de persoon met dementie en zijn of haar mantelzorgers. Dit vraagt bijzondere aandacht voor kwaliteit van leven en kwaliteit van relaties, integratie en participatie en zorg- en dienstverlening op maat.



JULLIE INITIATIEF IN EEN NOTENDOP

Vanuit Huis Perrekes konden we via Opmaat een kader creëren om tegemoet te komen aan bovenstaande noden:

Opmaat ondersteunt, coacht en stemt af met personen met dementie en/in hun context (formele/informele zorgpartners), zodat de persoon met dementie zo lang en zo goed mogelijk thuis kan blijven wonen. Vanuit expertise inzake dementie wordt er ingezet op levenskwaliteit van de persoon met dementie en alle betrokkenen.

We vertrekken steeds vanuit de mogelijkheden van de persoon met dementie en de context en trachten de balans tussen draagkracht en draaglast van de mantelzorger(s) te bewaren.

Opmaat maakt deel uit van het woon-en zorgcontinuüm waar Huis Perrekes voor staat. Er wordt vanuit Opmaat samengewerkt met de eerstelijnsdiensten uit de regio van de persoon met dementie en indien nodig georiënteerd naar de best passende tussenoplossingen (bv. dagverzorging, kortverblijf, wonen)- onafhankelijk van Huis Perrekes.

We werken aan bovenstaande doelen via coaching en vorming van mantelzorger(s) en professionele betrokkenen, via modellering, het aanbieden van intervisies voor partners en kinderen, het organiseren van overleg met alle betrokken formele en informele zorgpartners.

Samen met de persoon met dementie en zijn/haar context zoeken we naar betekenis, balans, naar de rode draad, naar tussenoplossingen en faciliteren we een afgestemd team.

Iedere cliënt wordt gekoppeld aan een vaste medewerker van Opmaat – een vertrouwenspersoon. Deze maakt deel uit van een multi- en interdisciplinair team dat wekelijks afstemt. Dit garandeert een continue, professionele en multidisciplinaire insteek voor iedere cliënt.

Opmaat biedt een permanente bereikbaarheid voor crisissituaties (24/24u, 7/7d).



WAAR ZIJN JULLIE ONGELOFELIJK TROTS OP?

- Samen met de familie en het team een betere balans bereiken, zowel voor de persoon met dementie als voor de mantelzorger en/of professionals.
- De persoon met dementie in zijn of haar kracht zien staan en een betekenisvolle rol zien opnemen.
- De dankbaarheid en erkenning van mantelzorgers. Zij laten regelmatig weten dat ze zich door Opmaat gesteund en gerustgesteld voelen.
- Het professionele netwerk dat uitgebouwd werd met verschillende eerstelijnszorgpartners.
- De doorverwijzingen naar Opmaat via huisartsen, specialisten, diverse zorgpartners en via positieve ervaringen van andere cliënten.
- Het mee op de kaart zetten van het belang van continuïteit en professionaliteit (expertise) in de omkadering van personen met dementie.
- Kunnen bijdragen aan het bewustzijn dat de ergotherapeut en de ergotherapeutische kijk in de eerste lijn een grote meerwaarde biedt in het ondersteunen van de persoon met dementie en zijn/haar context.



WAT ZIJN DE DOORBRAAKMOMENTEN GEWEEST?

- Combinatie van financieringsbronnen maakte het slagen van Opmaat mogelijk (Protocol 3, KBS, Huis Perrekes).
- De financiële en netwerkondersteuning van het Fonds Daniël De Coninck.
- Continuïteit van Opmaat sinds 2014 tot op heden.



DE TOEKOMST

Waar willen jullie over vijf jaar staan met jullie initiatief?

Wat is er nodig om dit te realiseren?

- Opmaat verderzetten en uitbreiden als deel van het woon- en zorgcontinuüm dat aangeboden wordt vanuit Huis Perrekes.
 - Begeleiding zoals in Opmaat wordt toegankelijk voor het brede publiek (bv. via regelgeving rond zorgcoördinatie, casemanagement, ergotherapie). Op dit moment delen we onze expertise om bij te dragen aan het interfederaal plan geïntegreerde zorg.
 - We hopen op een duurzame, flexibele financiering van de omkadering die we in Opmaat bieden, op maat van personen met dementie.



DE PARTNERS

In de Stuurgroep: Ziekenhuis Geel, Ziekenhuis Mol, Pnat, PXL Ergo, Tandem, WGK Geel, ELZ Zuiderkempen, apotheek van Schouwbroeck, lokale huisartsen

In de Expertengroep: Lucas KU Leuven, Agentschap Zorg en Gezondheid, ECD Vlaanderen, WGK Antwerpen, Huisartsgeneeskunde KU Leuven, Alzheimer Liga Vlaanderen, Palliatief Netwerk Vlaanderen, geriater ziekenhuis Geel, geriater ziekenhuis Mol

4. INITIATIEF ALZHEIMER BELGIQUE



INITIATIEFNEMERS EN CONTACTGEGEVENS

L'association Alzheimer Belgique

Rue Montoyer 40, 1000 Bruxelles

02 428 28 10

info@aalz.be

www.aalz.be



PROBLEEMSTELLING/UITDAGING

Met onze aanpak van ergotherapeutische begeleiding aan huis, waarmee we al meer dan tien jaar ervaring opdoen, wordt in enkele sessies een formeel en informeel netwerk rondom de zieke persoon en zijn/haar mantelzorgers gemobiliseerd. Het doel is dat de persoon thuis kan blijven wonen met een goede kwaliteit van leven. Het duo van de zieke persoon en zijn/haar mantelzorgers staat daarbij centraal.

De evaluatie van onze tussenkomsten bij de patiënten thuis heeft aangetoond dat het moeilijk is om de geboden hulp en zorg in stand te houden, al heeft onze benadering er wel toe geleid dat het duo hulp aanvaardt, en dat er een verbinding tot stand komt tussen diensten voor hulp en zorg, de zieke persoon en zijn/haar mantelzorgers.

Het lijkt daarom essentieel het aanbod van de ergotherapeut richting ondersteunings- en zorgdiensten te versterken. Dit houdt in dat een innovatief begeleidingsschema wordt voorgesteld, gericht op een betere uitwisseling van informatie en goede praktijken tussen alle partijen, en op de gegarandeerde uitvoering van een gepersonaliseerd zorg- en hulplan, in de tijd opgevolgd en op maat aangepast aan de evoluerende situatie van het duo.



JULLIE INITIATIEF IN EEN NOTENDOP

Ons doel is een model op te zetten voor samenwerking en coördinatie tussen de persoon met cognitieve stoornissen, zijn/haar mantelzorgers, de ergotherapeut en de zorgverleners.

Op basis van de evaluatie van de ergotherapeut en zijn of haar ervaring met families die te maken krijgen met Alzheimer, wordt samen met al deze betrokkenen een interactief schema opgesteld. Dit heeft als doel om concrete oplossingen en een netwerk van ondersteuning te bieden voor thuiszorg, in een kwalitatieve en veilige omgeving. Zo versterkt de autonomie van de betrokkenen, krijgen de mantelzorgers(s) en de zorgprofessionals steun en zijn aanpassingen mogelijk bij veranderingen in de situatie, behoeften en wensen.

Hiervoor zijn concrete acties ondernomen:

- 1) Bewustmaking van thuiszorgdiensten over cognitieve stoornissen, creatie van en informatie over tools voor begeleiding van zieke personen en hun verzorgers, en tools voor snelle risicodetectie. Ontwikkeling van een toolkit en praktische fiches voor professionals en verzorgers.
- 2) Evaluatie en interventie van de ergotherapeut thuis (op verzoek van alle partners):
 - Contact opnemen, verbinden, luisteren naar de behoeften van de kwetsbare persoon en de verzorger.
 - Evaluatie van de mogelijkheden van de kwetsbare persoon en zijn/haar stoornissen.
 - Opstellen van een gepersonaliseerd zorg- en ondersteuningsplan in samenhang met wat al is opgezet en met de gedefinieerde prioriteiten.
- 3) Uitwisseling van goede praktijken:
 - Maandelijkse deelname aan bijeenkomsten van thuiszorgdiensten en beschikbaarheid per telefoon of e-mail om vragen van professionals te beantwoorden over moeilijke situaties of posities.



WAAR ZIJN JULLIE ONGELOFELIJK TROTS OP?

Dankzij de steun van de Koning Boudewijnstichting en het Fonds Dr. Daniël De Coninck hebben we een begeleiding kunnen opzetten die rekening houdt met de behoeften, verwachtingen, moeilijkheden en capaciteiten van iedereen die betrokken is bij de thuisbegeleiding van personen met neurocognitieve stoornissen. Daarbij toonden we ook de meerwaarde van de expertise van de ergotherapeut op dit gebied aan.

- We zijn er trots op dat we de mantelzorgers, de patiënten en de terreinactoren konden samenbrengen om na te denken en samen oplossingen te vinden:
 - De betrokken families voelden zich begeleid, ondersteund in hun levensproject, beluisterd door professionals die experts zijn op het gebied van de ziekte en die niet verbonden zijn aan de hulp- en zorgdiensten;
 - De professionals konden het begeleiden van families op een andere manier aanpakken en werden gewaardeerd en ondersteund in hun acties, wat hun gevoel van welzijn op het werk verbeterde.

We kregen positieve feedback, zowel van de families als van de begeleide teams, over de implementatie van dit project, de begeleiding en de voorgestelde oplossingen. Daarnaast zijn we fier dat we de energie en het aanpassingsvermogen vonden voor de uitvoering van het project, ondanks de belemmeringen en beperkingen: gezondheidscrisis, vertrek van de ergotherapeut die aanvankelijk verantwoordelijk was voor het project en aanwerving van een andere ergotherapeut, interventie binnen een grote structuur met geformaliseerde procedures en in een relatief uitgestrekt geografisch gebied.



WAT ZIJN DE DOORBRAAKMOMENTEN GEWEEST?

We werkten tijdens de gezondheidscrisis, waardoor we onze acties moesten aanpassen aan de realiteit op het terrein (geannuleerde trainingen en teamvergaderingen, angst van families om een extra persoon in hun omgeving te ontvangen...). Toch konden we dankzij ons proefproject bepaalde obstakels identificeren.

- Als ondersteunende structuur stelden we vast dat het een voordeel is om onafhankelijk te zijn van ASD (de betrokken thuiszorgdienst). Maar dit impliceert een aanzienlijke tijdsinvestering om te integreren, om de werking van verschillende diensten en hun onderlinge relaties te begrijpen, om bruggen te bouwen en de projectleiders van de thuiszorg gerust te stellen over de complementariteit van ons initiatief. Het vergde tijd om de argwaan weg te nemen en aanvaard te worden door professionals door de meerwaarde te tonen van een andere blik en kruisbestuiving. We stelden daartoe vergaderingen en procedures voor, om de overdracht van informatie naar elke dienst te vergemakkelijken en een vertrouwensrelatie op te bouwen.
- Het begeleiden van teams vereist regelmatig contact en echte betrokkenheid van de ergotherapeut die samen met hen oplossingen zoekt. Zo is het voor het team bijvoorbeeld gemakkelijker om enige afstand te nemen tegenover een situatie, wanneer dezelfde ergotherapeut toezicht houdt en thuis komt. Dit vereist organisatie en een grote beschikbaarheid van de ergotherapeut, wat voor een kleine vzw zoals de onze gevolgen heeft voor de andere activiteiten van de vereniging.
- Het resultaat van ons initiatief is ook afhankelijk van de personen die verantwoordelijk zijn voor de teams, zoals sociaal werkers. De verantwoordelijken zijn betrokken bij de opleiding van de teams, maar door afwezigheden kwamen we niet steeds tot een gezamenlijke en gedeelde reflectie die essentieel is in de ondersteuning van teams op het terrein.



DE TOEKOMST

**Waar willen jullie over vijf jaar staan met jullie initiatief?
Wat is er nodig om dit te realiseren?**

We maken deel uit van een Protocol 3-project en hopen zo de meerwaarde van ons initiatief te kunnen uitdragen. We willen aantonen dat de samenwerking van een ergotherapeut met gezinshulp- en thuiszorgdiensten en met lokale sociale actoren, ertoe kan leiden dat gezinnen beter begeleid worden en dat men samen antwoorden kan vinden op hun behoeften en verwachtingen voor kwalitatieve thuiszorg. We zijn ervan overtuigd dat, net als eerstelijnspsychologen in het kader van het 107-netwerk, de ergotherapeut een belangrijke rol heeft bij het informeren, trainen, ondersteunen, coachen en begeleiden van professionals en mensen die geconfronteerd worden met ziekte. De ergotherapeut kan en moet zijn of haar expertise delen opdat de persoon en zijn naasten optimaal kunnen leven in hun gemeenschap.

Voor ons is het daarom essentieel om tijd te investeren in de verdediging van onze aanpak en initiatief tijdens de discussies rond het nieuwe Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg, om de financiering voor onze acties veilig te stellen.



DE PARTNERS

- De personen geconfronteerd met Alzheimer en hun naaste verzorgenden zijn de eerste gesprekspartners.
- Vervolgens zijn er de samenwerkingspartners:
 - Aide et Soins à Domicile (ASD of Zorg en ondersteuning thuis) en haar teams op het terrein. De ASD was bereid om zich in dit project te storten, tijd te investeren in de ontwikkeling van het project en in de opleiding van haar teams, terwijl ze de betrokken families aanmoedigde om in het project te stappen.
 - Aidants Proches (Mantelvereniging) die het perspectief van de mantelzorg en het concept van het partnerschap van patiënt én mantelzorg in het project heeft binnengebracht. De vereniging bracht haar expertise in om de teams te trainen in het identificeren van de rol van de mantelzorg, maar ook in het herkennen van uitputting bij de mantelzorg.
- De Beroepsvereniging van Ergotherapeuten heeft deelgenomen aan het project om relevante evaluaties op te zetten die het werk en de expertise van de ergotherapeut belichten en naar waarde schatten.
- De vereniging Alzheimer België nam het initiatief voor het project en stak de nodige energie in de coördinatie, opleiding en supervisie van teams, begeleiding van families door ergotherapeuten en de ontwikkeling van tools en ondersteuning voor zowel teams als begeleide families.

5. INITIATIEF ALTER ERGO



INITIATIEFNEMERS EN CONTACTGEGEVENS

ALTER ERGO

Véronique Manguette – A corps d'âges
Rue d'Anvers 10, 4800 Verviers
0495 59 08 50
www.acda.be

Marc Gérard – Aide et Soins à Domicile Verviers (ASD)
Rue de Dison 175, 4820 Dison
087 32 90 90 - 0498 862 289
verviers.aideetsoinsadomicile.be/fr



PROBLEEMSTELLING/UITDAGING

De belangrijkste uitdagingen:

- Ergotherapie en vooral ergotherapeutische aanpassingen in de thuissituatie bekendmaken. In 2019 kenden professionals in de regio Verviers alleen het aspect van de fysieke aanpassing van woningen.
- De ergotherapeut integreren in de eerstelijnszorg. Bewerkstelligen dat deze professional bekend is bij andere professionals en door hen erkend wordt.
- De eerstelijnszorg ertoe aanmoedigen te werken rond de levensdoelen van de persoon, in een interdisciplinaire aanpak.
- Onze praktijk als ergotherapeut in de eerste lijn ontwikkelen, zowel voor evaluatie als voor prestaties.

De problemen die zich voordoen:

- Covid heeft het opstarten van de activiteit enorm belemmerd. Het waren onzekere tijden. Het was moeilijk om het project te promoten.
- Ieder heeft zijn ingesteldheid. We moeten nederig blijven. Elke professional heeft gewoonten en we kunnen en mogen onze visie van eerstelijnszorg gericht op "levensdoelen van de persoon" niet opleggen. Het is belangrijk om rekening te houden met ieders realiteit.
- We hebben de tijd voor projectcoördinatie onderschat. Deze tijd werd bij aanvang slecht ingeschat en het werken met alleen zelfstandigen heeft deze taak alleen maar complexer gemaakt. De dienstverleners die slechts enkele uren werken, hebben zich het project niet eigen gemaakt en hebben de promotie ervan niet kunnen voeren zoals we dat wilden. We merken dat het belangrijk is van bij de start een minimaal engagement qua tijd voorop te stellen (ongeacht de status).



JULLIE INITIATIEF IN EEN NOTENDOP

We wilden een ergotherapeutisch zorgtraject op maat ontwikkelen.

1. Dit traject begint met een evaluatie van de levensdoelen van de persoon aan de hand van de COPM (analysemethode Canadian Occupational Performance Measure). Zo worden samen met de persoon belangrijke doelen vastgesteld. De ergotherapeut is de gids die deze evaluatie begeleidt.
2. Vervolgens evalueert de ergotherapeut de vaardigheden die nodig zijn voor de activiteiten die de persoon belangrijk vindt.
3. Er zal een revalidatieproces starten om deze vaardigheden te ontwikkelen.
4. Dit werk wordt niet alleen gedaan. De persoon kan tijdens overlegvergaderingen de aanpak aan de andere disciplines uitleggen.
5. Er wordt (indien mogelijk) een interventieplan opgesteld met alle zorgverleners om de inbreng van elk van hen te analyseren.
6. De diensten worden solo of in duo (bijvoorbeeld gezinshulp en ergo) geleverd.
7. Ons initiatief zal voornamelijk de financiering van ergotherapiediensten mogelijk maken die niet zijn opgenomen in de bestaande RIZIV-nomenclatuur.



WAAR ZIJN JULLIE ONGELOFELIJK TROTS OP?

- Het ontwikkelen van een netwerk van ergotherapeuten in de regio Verviers, met zelfstandigen en mensen die in dienstverband werken. We werken complementair en in een geest van samenwerking. We maken gebruik van de kennis, de sterke punten en affiniteiten van elke ergotherapeut.
- Het in overweging nemen van de levensdoelen van de persoon. We merken dat onze aanpak helderder wordt en dat problemen sneller oplost raken als we ons concentreren op de doelen. Mensen weten waarom we komen, zijn meer gemotiveerd om in het dagelijks leven toe te passen wat we leren. We zien zeer snel zeer goede resultaten. Deze manier van werken verduidelijkt ook onze aanpak voor andere professionals.



WAT ZIJN DE DOORBRAAKMOMENTEN GEWEEST?

- De ondersteuning van de ASD (thuiszorgdienst) Verviers bij de ontwikkeling van het beroep van ergotherapeut. De steun van het management was essentieel voor het succesvol verloop van het project. De tools konden op een adequate manier worden ontwikkeld.
- De initiële motivatie van de ergotherapeuten.
- De wijziging van de protocol 3-overeenkomst door het RIZIV in maart 2020.
- Het afstuderen van Lucie Jamar op het Alter Ergo-project.
- Het in dienst nemen van twee ergotherapeuten en de verdeling van het werkingsgebied waardoor we konden werken in een minder uitgebreid gebied en ons netwerk konden ontwikkelen.
- De geest van samenwerking die we hebben ontwikkeld.



DE TOEKOMST

Waar willen jullie over vijf jaar staan met jullie initiatief? Wat is er nodig om dit te realiseren?

Door het Alter Ergo-project konden we de ergotherapie op de kaart zetten in de regio Verviers. Steeds meer ergotherapeuten nemen contact met ons op om zich bij ons aan te sluiten. We gaan binnenkort zelfs van vier naar vijf ergotherapeuten in de regio. De vraag naar onze diensten wordt ook steeds groter. Gelukkig hebben we net gehoord dat de Protocol 3-projecten met twee jaar worden verlengd en dat de deelnamevoorwaarden verruimen, waardoor de voortzetting van een deel van onze diensten gegarandeerd is.

Een groot deel van de bevolking heeft echter geen toegang tot de terugbetaling van ergotherapie. Helaas hebben we voor deze mensen geen oplossing.

Het Interfederale Plan voor Geïntegreerde Zorg dat over 2 jaar van kracht wordt, zal hopelijk ergotherapeutische interventies in de eerste lijn opnemen in de nomenclatuur en dit probleem oplossen.

Over 5 jaar willen we graag een team van 20 ergotherapeuten hebben in de regio. Om dat te bereiken, moeten we onze werking in de komende jaren verder ontwikkelen. Een financiering zoals die van het Fonds Dr. Daniel De Coninck heeft een echte versnelling teweeggebracht.

We hebben nog veel ideeën om ergotherapie en de benadering gericht op de levensdoelen van de persoon verder te ontwikkelen. Nieuwe samenwerkingen met bijvoorbeeld universiteiten kunnen worden opgezet. Dit zou ons in staat stellen om protocollen te ontwikkelen en de uitrol van ons project in andere regio's te bevorderen.



DE PARTNERS

Onze partners zijn onze ambassadeurs:

- de coördinatie diensten die de tijd hebben genomen om ons project echt te begrijpen, onze diensten te leren kennen en ons uiteindelijk steeds meer aanvragen te sturen;
- de diensten voor gezinshulp en thuiszorg die dagelijks aanwezig zijn bij de cliënten en bereid zijn om hun gewoonten te veranderen om de autonomie van de personen te verbeteren;
- de thuisverpleegkundigen en zorgkundigen die ondanks hun tijdgebrek de tijd nemen om naar ons te luisteren en zich aan te passen;
- de teamleiders die we soms in moeilijkheden brengen wanneer we vragen om de roosters te veranderen of om gemeenschappelijke afspraken te maken;
- de artsen en paramedici die bereid zijn om ons te ondersteunen en samen te werken in onze verschillende initiatieven;
- de directies van de verschillende diensten die bereid zijn om te luisteren naar onze visie en standpunten.

- SISDEF (Service Intégré de Soins à Domicile de l'Est Francophone), een echt verenigend netwerk dat ons aanmoedigt om te groeien en een kring van ergotherapeuten te creëren;
- de diensten die verband houden met ons werk: bandagisten, verhuurdiensten van materiaal, diensten voor hulp aan kwetsbare personen, adviesdiensten voor inrichting, sociale diensten van ziekenhuizen... en nog veel meer;
- de beroepsverenigingen UPE en de Belgische Federatie van Ergotherapeuten, en meer specifiek hun inzet voor de ontwikkeling van ons beroep en hun aanwezigheid om ons te helpen bij het ontwikkelen van onze projecten.

6. INITIATIEF EQLA



INITIATIEFNEMERS EN CONTACTGEGEVENS

EQLA

Boulevard de Woluwe 34,
1200 Woluwe-Saint-Lambert

Murielle Konen (directrice du Service d'accompagnement social Wallonie)
0492/97 50 58 - Murielle.Konen@eqla.be

Manon Wilkin (ergothérapeute en provinces de Namur et de Luxembourg pour le service d'accompagnement social)
0492/97 50 53 - Manon.wilkin@eqla.be

eqla.be



PROBLEEMSTELLING/UITDAGING

De sleutelkenmerken van de sociale begeleidingsdienst bij Eqla zijn nabijheid, gepersonaliseerde opvolging van elke cliënt en coördinatie met het netwerk rond de persoon. Het personaliseren van het levensproject impliceert onvermijdelijk dat de persoon met een visuele beperking als "expert van zijn/haar leven" wordt beschouwd.

Daarbij komen we volgende uitdagingen tegen:

- Het belang van ergotherapie uitleggen aan sommige families of professionele zorgverleners, vooral in veeleer afgelegen gebieden. Dit beroep is nog steeds onvoldoende bekend. Verschillende cliënten waren verrast te vernemen hoe ik hen in hun dagelijks leven kon begeleiden. Ze zijn soms meer gewend aan diensten die worden aangeboden om activiteiten "voor hen te doen" wanneer ze die op een bepaald moment niet meer kunnen doen.
- Voldoende lange en frequente momenten met de persoon kunnen doorbrengen voor een volledige en relevante opvolging. Het aanleren van een nieuwe gewoonte of gebruik van een hulpmiddel (bijv. een aangepaste telefoon) vergt tijd en regelmatige opvolging. Aangezien we in twee provincies werken, blijft dit een echte uitdaging gezien de grote verplaatsingen die we moeten maken.
- De moeite die het soms kost om de tijd en (fysieke) ruimte te vinden om samen te werken met professionele zorgverleners.
- De bewustwording dat iedere betrokkene belangrijk is om het levensproject van de persoon te kunnen waarmaken. Het is bijvoorbeeld belangrijk samen met een gezinshulp te kunnen bekijken hoe de cliënt (mee) de maaltijden kan bereiden. Door hun aanwezigheid kan de cliënt zelf handelingen blijven doen, terwijl er toch fysieke en psychologische ondersteuning nabij is indien nodig.



JULLIE INITIATIEF IN EEN NOTENDOP

Het doel van onze begeleiding is om personen met een visuele beperking een individuele opvolging te bieden. De bezoeken die we afleggen zijn momenten waarop hun behoeften, verzoeken, wensen en levensprojecten in hun geheel worden overwogen. We werken in verschillende stappen:

1. De persoon met een visuele beperking, een thuiszorgdienst of een naaste doet een beroep op onze dienst.
2. De sociaal werker gaat alleen of samen met de ergotherapeut naar de cliënt thuis voor een eerste gesprek. Hij/zij kan vrijuit zijn/haar dagelijkse moeilijkheden en wensen uiten.
3. Naarmate de afspraken met de ergotherapeut vorderen, ontstaat er een vertrouwensrelatie. De ergotherapeut maakt gebruik van de COPM (analysemethode Canadian Occupational Performance Measure) om de levensdoelen van de persoon op een te zetten. In deze eerste sessies zal de ergotherapeut ook samen met de persoon zijn/haar resterende capaciteiten en vaardigheden benoemen die kunnen helpen bij het bereiken van zijn/haar doelen.
4. Indien nodig of relevant worden coördinatievergaderingen georganiseerd met mantelzorgers en professionals, evenals de cliënt.
5. Het begeleidingsproject wordt vervolgens voortgezet. Regelmatig is er een kwalitatieve evaluatie hoe tevreden de persoon is over zijn/haar deelname aan activiteiten. Waar mogelijk wordt informatie gedeeld met de verschillende betrokkenen.

Kortom, we streven naar een geïntegreerd zorgproject met de cliënt en mantelzorgers/professionals. Het doel is de persoon te helpen een voldoende mate van tevredenheid te (her)vinden over zijn/haar dagelijkse activiteiten.



WAAR ZIJN JULLIE ONGELOFELIJK TROTS OP?

- In onze visie op begeleiding worden onze cliënten in hun gehele menszijn bekeken en niet als een "pathologie" of "handicapsituatie". Als mens zijn we een "systeem" waarin zaken met elkaar interageren en dit nemen we mee bij onze bezoeken.
- Stap voor stap ontstaat er een samenwerking met verschillende hulp- en zorgverleners en daarvan zien we de positieve effecten op de cliënt.
- Tijdens verschillende kwalitatieve evaluaties gedurende de begeleiding hebben we uiterst positieve feedback ontvangen van de cliënten en de hulpverleners.



WAT ZIJN DE DOORBRAAKMOMENTEN GEWEEST?

- Er waren die momenten waarop sommige cliënten zich realiseerden dat ze nog steeds konden meedoen, met hun resterende vaardigheden. Misschien niet op dezelfde manier als voorheen, maar ze konden zich nog steeds competent en op hun gemak voelen bij sommige van hun dagelijkse taken.
- Meer werktijd voor de ergotherapeut leidde tot een meer geschikte en relevante opvolging in de verschillende begeleidingen.
- Sommige hulp- en zorgverleners ondervonden welke positieve effecten het kan hebben om de cliënt te betrekken bij een activiteit, zoals bijvoorbeeld koken met de gezinshulp (tijds- en energiebesparing, waardering voor zowel hulpverlener als cliënt, enz.). Dit wakkert een intensere samenwerking aan.
- Bij de cliënt thuis komen voor begeleiding biedt zonder twijfel een enorme meerwaarde voor de ergotherapeut. De persoon zien functioneren in zijn of haar omgeving leidt tot een beter begrip van welke begeleiding nodig is.



DE TOEKOMST

**Waar willen jullie over vijf jaar staan met jullie initiatief?
Wat is er nodig om dit te realiseren?**

- Het is aangetoond dat meer werktijd voor de ergotherapeut en meer aanwezigheid op het terrein tot een meer passende en relevante begeleiding leiden. Het zou zeer waardevol zijn voor de betrokkenen als er in elke provincie een ergotherapeut in dienst kan komen. Hiertoe moet het belang van de ergotherapeut in de eerste lijn erkend worden en is financiële steun noodzakelijk. Politieke erkenning is daarom vereist.
- We zouden deze samenwerking met mantelzorgers en professionals graag blijven versterken, met het oog op de ontwikkeling van het levensproject van de persoon.



DE PARTNERS

- De cliënten en hun familie. Begeleiding is teamwork met hen.
- De verschillende thuiszorgdiensten, van gezinshulp tot vrijwilligers van het Rode Kruis (of andere organisaties) en verpleegkundigen. Veel dingen zouden onmogelijk zijn zonder hun deelname.
- Leveranciers van hulpmiddelen. Dankzij onze samenwerking kunnen de cliënten waardevolle hulp krijgen als er belangrijk materiaal ontbreekt.
- De Koning Boudewijnstichting, die de uitwerking van dergelijke projecten mogelijk maakt en ons beroep in de schijnwerpers zet.

- De coaches, die perfecte ondersteuning hebben geboden toen we moeilijkheden ondervonden.
- Onze vereniging die, ondanks de financiële moeilijkheden, er alles aan doet om ervoor te zorgen dat de betrokkenen onder de beste omstandigheden worden begeleid.

[De Koning Boudewijnstichting](#) heeft als opdracht bij te dragen aan een betere samenleving. De Stichting is een actor van verandering en innovatie ten dienste van het algemeen belang en van de sociale cohesie. Ze zet zich in om een maximale impact te realiseren door de competenties van organisaties en personen te versterken. Ze stimuleert doeltreffende filantropie van particulieren en bedrijven in België, in Europa en elders in de wereld.

Het Fonds Dr. Daniël De Coninck investeert in een toegankelijke, kwaliteitsvolle en humane eerste lijn. Zo wil het de gezondheid en de levenskwaliteit van iedereen met een zorg- of ondersteuningsnood in de thuissituatie verbeteren en zorg- en welzijnsprofessionals ondersteunen. Houd [de website](#) in de gaten en volg het [LinkedInprofiel](#) van het Fonds om op de hoogte te blijven van projectoproepen, publicaties en events.