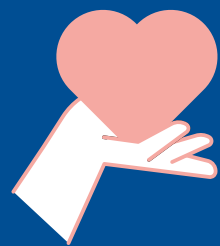


BELEIDSAANBEVELINGEN



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 laten 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.federatievrijebepoepen.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/