Integratie van Ergotherapie in de Thuiszorg:

Een nieuwe bondgenoot voor de huisarts?

Dr. Kinyentama Tim, K.U. Leuven

Promotor: Prof. Dr. Aertgeerts Bert, K.U. Leuven

Copromotor: Mevr. De Coninck Leen, Arteveldehogeschool Gent

Praktijkopleider: Dr. De Becker Nicole

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Integratie van Ergotherapie in de Thuiszorg:

Een nieuwe bondgenoot voor de huisarts?

Thesis ter behalen van de graad master in de huisartsgeneeskunde 2013-2014

Dr. Kinyentama Tim

Promotor: Prof. Dr. Aertgeerts Bert

Copromotor: Mevr. De Coninck Leen

Praktijkopleider: Dr. De Becker Nicole

Publicatie 29 april 2014, Leuven

Inhoudsopgave:

Integratie van Ergotherapie in de Thuiszorg: i
1. Abstract thesis 1
1.1 Nederlandstalige samenvatting 1
1.2. English abstract 1
2. Motivatie 2
3. Opzet 3
3.1. Probleemstelling 3
3.2. Samenvatting van het project: 3
3.2.1. Literatuurstudie 3
3.2.2. Praktijkstudie 3
3.3. Onderzoeksvragen 3
3.3.1. Literatuurstudie 3
3.3.2. Praktijkstudie 4
4. Literatuur 4
4.1. Inleiding 4
4.1.1. Probleemstelling: groeiende nood aan thuiszorg 4
4.1.2. De ergotherapeut als nieuwe speler binnen de thuiszorg 5
4.1.2.1. Definitie ergotherapie 5
4.1.2.2. Ergotherapie binnen de thuiszorg 5
4.1.3. Onderzoekvraag: Nut van ergotherapie in de thuiszorg? 6
4.1.4. Doel van onderzoek 6
4.2. Methode 6
4.2.1. Zoekstrategie 6
4.2.2. Zoektermen 7
4.2.3. Inclusie- en exclusie criteria 7
4.2.3.1. Inclusie criteria 7
4.2.3.2. Exclusie criteria 7
4.2.4. Doelpopulatie 7
4.3. Resultaten 8
4.3.1. Beschrijving tabel 8
4.3.2. Resultatentabel 9
4.3.3. Evidentie per topic 12
4.3.3.1. Ergotherapie in de thuiszorg bij valpreventie 12

4.3.3.2. Ergotherapie in de thuiszorg bij verzwakte ouderen 12
4.3.3.3. Ergotherapie in de thuiszorg voor personen met dementie en hun mantelzorgers 12
4.3.3.4. Ergotherapie in de thuiszorg voor personen met chronische pijn 13
4.3.3.5. Ergotherapie in de thuiszorg bij personen met (majeure) depressie 13
4.3.3.6. Kosteneffectiviteit van ergotherapie in de thuiszorg 13
4.4. Discussie 13
4.4.1. Evidentie voor ergotherapie in de thuiszorg 13
4.4.2. Sterktes en zwaktes van de studie 14
4.4.2.1. Sterktes 14
4.4.2.2. Zwaktes 14
4.5. Conclusie 14
4.6. Referenties 15
5. Praktijkstudie 17
5.1. Inleiding 17
5.1.1. Probleemstelling 17
5.1.2. Opzet praktijkstudie: 17
5.1.2.1. Verloop: initieel project en evolutie 17
5.1.2.2. Uiteindelijk project 17
5.1.3. Doel praktijkstudie 18
5.2. Methode 18
5.2.1. E-mail Vlaams Ergotherapeutenverbond 18
5.2.2. Enquête 18
5.2.2.1 Huisartsen 18
5.2.2.2. Ergotherapeuten 18
5.2.3. Verwerking enquêtes 19
5.3. Resultaten 19
5.3.1. Ergotherapie in Vlaanderen: Correspondentie met Vlaams Ergotherapeutenverbond (VE) 19
5.3.1.1. Cijfers over ergotherapeuten in de thuiszorg 19
5.3.1.2. Nut en positie van ergotherapie in de thuiszorg 19
5.3.1.3. Tewerkstelling van ergotherapeuten in de thuiszorg 19
5.3.1.4. Samenwerking huisartsen en ergotherapeuten 20
5.3.2. Enquête huisartsen (zie bijlage 3) 20
5.3.2.1. Kennis over ergotherapie in de thuiszorg 20

5.3.2.2. Samenwerking huisartsen en ergotherapeuten 21
5.3.2.3. Nut van ergotherapie 21
5.3.3. Enquête ergotherapeuten (zie bijlage 4) 22
5.3.3.1. Waarom ergotherapie in de thuiszorg 22
5.3.3.2. Via welke weg bereiken patiënten de ergotherapeuten 22
5.3.3.3. Indicaties voor en interventies bij ergotherapie 22
5.3.3.4. Bereikbaarheid ergotherapeuten in de thuiszorg 23
5.3.3.5. Suggesties rond ergotherapie in de thuiszorg 23
5.3.3.6. Samenwerking tussen ergotherapeuten en huisartsen 23
5.4. Discussie 24
5.4.1. Plaats van ergotherapie in de thuiszorg? 24
5.4.1.1. Ergotherapie in Vlaanderen 24
5.4.1.2. Samenwerking van huisartsen en ergotherapeuten 24
5.4.1.3. Noden en vragen vanuit de ergotherapeuten 25
5.4.1.4. Ergotherapie in het buitenland 25
5.4.2. Sterktes en zwaktes van het onderzoek 25
5.4.2.1. Sterktes 25
5.4.2.2. Zwaktes 25
5.5. Conclusie 26
5.6. Referenties: 26
6. Dankwoord 27
7. Bijlagen 28
Bijlage 1. Meerkeuzenvragenlijst Artsen: 28
Bijlage 2. Openvragenlijst Ergotherapie: 33
Bijlage 3. Resultaten enquête huisartsen: 34
Bijlage 4. Resultaten enquête ergotherapeuten: 47
Bijlage 5. Indicatorenset voor huisartsen aangaande doorverwijzing voor ergotherapie 56

1. Abstract thesis

1.1 Nederlandstalige samenvatting

Integratie van ergotherapie in de thuiszorg: Samenvatting

Probleem: Er is een groeiende nood aan thuiszorg. Verschillende spelers hebben hier hun plaats al verdiend. De ergotherapeuten staan klaar om hun rol in de thuiszorg op te nemen maar de onbekendheid van het beroep staat hun ontplooiing in de weg.

Doel: Deze studie onderzoekt enerzijds het nut van ergotherapie in de thuiszorg, anderzijds de meningen van huisartsen en ergotherapeuten over ergotherapie in de thuiszorg.

Methode: Er werd enerzijds een literatuurstudie gedaan, anderzijds een enquête afgenomen bij huisartsen en ergotherapeuten.

Resultaten: Er lijkt evidentie te zijn voor ergotherapie bij valpreventie, verzwakte ouderen en patiënten met dementie. Verder onderzoek is nodig voor andere gebieden. Huisartsen zijn weinig vertrouwd met ergotherapie in de thuiszorg maar staan wel open voor een samenwerking. Ergotherapeuten willen graag als zelfstandige tewerkgesteld kunnen zijn in de thuiszorg maar de onbekendheid van hun beroep en de beperkte terugbetaling staat dit in de weg.

Conclusie: Er zijn sterke aanwijzingen dat ergotherapie een meerwaarde kan bieden binnen de thuiszorg, zeker op gebied van valpreventie, fragiele ouderen en dementie. Tevens staan zowel huisartsen als ergotherapeuten open voor de integratie van ergotherapie in de thuiszorg mits wegwerken van enkele hinderpalen. Gezien het potentieel van ergotherapie, zou de mogelijkheid om ergotherapie te integreren binnen de thuiszorg met verbeterde terugbetalingsmodaliteiten zeker de kans moet krijgen om in de diepte onderzocht te worden. Er is nood aan uitgebreide informatiecampagnes voor huisartsen en algemene bevolking met steun vanuit de ergotherapeutenorganisaties en de overheid.

1.2. English abstract

Integration of occupational therapy in home care: Abstract

Problem: There is a growing need for home care. Different players have already earned their place. Occupational therapists are ready to fulfill their role in home care but the unfamiliarity with the profession interferes with their development.

Purpose: This study investigates the benefit of occupational therapy in home care and the opinions of general practitioners and occupational therapists on occupational therapy in home care.

Methods: We did a literature review and a survey of general practitioners and occupational therapists.

Results: There seems to be evidence for occupational therapy in fall prevention, frail elderly and patients with dementia. Further research is needed for other areas. General practitioners are little familiar with occupational therapy in home care, but they are open for collaboration. Occupational therapists would like to be working as a self-employed person in home care, but the unfamiliarity with their profession and the limited reimbursement interfere with this idea.

Conclusion: There are strong indications that occupational therapy may be able to deliver added value to home care, certainly in the area of fall prevention, frail elderly and dementia. Also, both general practitioners as occupational therapists are open minded concerning the integration of occupational therapy in home care, provided that adjustments of some obstacles are made. Given the potential of occupational therapy, the possibility to integrate occupational therapy in home care with improved reimbursement modalities should be given the chance to be investigated thoroughly. Furthermore, there is a need for comprehensive information campaigns for general practitioners and the community as a whole, with the support of occupational therapists' organizations and the Government.

2. Motivatie

Enkele jaren geleden tijdens een stage op fysische geneeskunde/revalidatie te Pellenberg kwam ik in contact met ergotherapie. Ergotherapeuten werden daar ingeschakeld in het revalidatieproces van personen na het doormaken van een ingrijpend trauma of een CVA. Hun doel was de patiënt zo autonoom mogelijk te laten functioneren zodat sociale en maatschappelijke participatie terug mogelijk werd. Zo leerden ze patiënten opnieuw autorijden met een simulator, terug stappen met hun prothese, zelfstandig te douchen in een simulatiebadkamer, … Deze vorm van ergotherapie is zeker interessant en nuttig maar verder weinig bruikbaar voor de huisarts, gezien de complexiteit van de pathologie en de ziekenhuiscontext.

Een diepgaand gesprek met één van de ergotherapeuten leerde mij echter het concept "ergotherapie in de thuiszorg" kennen. Een concept waarbij (zelfstandige) ergotherapeuten personen begeleiden in hun revalidatie- en aanpassingsproces en dit op ambulante wijze en/of in hun thuisomgeving. Het doel blijft identiek: Het bevorderen van de functionele autonomie van een persoon met beperkingen in zijn/haar leefomgeving. Het toepassingsgebied is ruim en kan gaan van huiselijke aanpassingen in het kader van valpreventie tot het (opnieuw) aanleren van functionele handelingen bij diverse pathologie. Enkele voorbeelden zijn thuisrevalidatie na het doormaken van een CVA of ernstig trauma, begeleiding geven bij beginnende dementie, aanreiken van hulpmiddelen bij verzwakte ouderen, informeren en adviseren van patiënten met gewrichtslijden, … . Deze vorm van ergotherapie kan een bijkomende hulp betekenen in de thuiszorg. Een samenwerking met huisartsen onder dezelfde vorm als bij kinesitherapeuten en thuisverpleegkundigen is dan ook niet vergezocht.

Het idee won geleidelijk aan belangstelling binnen de opleiding ergotherapie en was de voorbode van een nieuwe stroming maar verder was het in de witte sector nog zo goed als onbekend. Huisartsen zijn in het algemeen weinig vertrouwd met het beroep ergotherapie en al zeker niet met de toepassingen binnen de thuiszorg. Dit komt grotendeels omdat de praktische uitwerking nog maar in zijn kinderschoenen staat. Er is slechts een beperkt systeem voor terugbetaling en ergotherapeuten in de thuiszorg zijn niet altijd vlot bereikbaar.

Ook binnen arbeidsgeneeskunde lijken er belangrijke mogelijkheden te zijn voor de ergotherapeuten. Zo kan men trachten de werkhervatting te bevorderen door samen met de patiënt te kijken hoe ze op hun werk optimaal kunnen functioneren. Er zijn studies bij patiënten met reumatoïde artritis of met majeure depressie waarbij de ergotherapeut tracht hen te re-integreren in de het arbeidscircuit[1, 2]. Echter dit is een luik dat niet verder zal worden uitgewerkt in deze thesis.

Ondanks enkele hiaten in de uitwerking, was ergotherapie in de thuiszorg wel een concept dat mij erg aansprak. Voor mij zit er in het idee een groot onontgonnen potentieel binnen de almaar groeiende eerstelijnszorg. De implementatie van een nieuwe stroming begint veelal met de bewustmaking ervan bij een breder publiek. Door dit thema als onderwerp van mijn masterproef te nemen ga ik trachten mijn steentje bij te dragen in het uitwerken van dit concept.

3. Opzet

3.1. Probleemstelling

Er zijn aanwijzingen dat de ergotherapeut een nuttige speler kan zijn in de thuiszorg. Dit beroep is echter nog relatief onbekend bij het grote publiek en de mogelijkheden aangaande consulteren van een ergotherapeut zijn op dit moment beperkt. Bij de meeste huisartsen is er te weinig ervaring omtrent de samenwerking met ergotherapeuten in de thuiszorg. Barrières zijn o.a. de onervarenheid in de samenwerking, de moeilijke bereikbaarheid van ergotherapeuten, het groot aantal alternatieven, onzekerheid over indicatiestelling, … [(3)]. Recent werd een indicatorenset opgesteld, met redenen waarbij doorverwijzing voor ergotherapie aangewezen is. Deze biedt een opening naar een betere samenwerking tussen huisartsen en ergotherapeuten in de eerstelijnszorg. Doorverwijzers en specifiek huisartsen moeten dus geïnformeerd worden. Belangrijke primaire vragen zijn: “Kan ergotherapie een meerwaarde bieden in de thuiszorg?” en “Hoe denken huisartsen en ergotherapeuten over de integratie van ergotherapie in de eerstelijnszorg?”

3.2. Samenvatting van het project:

3.2.1. Literatuurstudie

Doel: Zoeken naar evidentie van het nut van ergotherapie in de thuiszorg bij huisartsrelevante pathologie.

Methode: Doorzoeken van wetenschappelijke literatuur.

In dit deel werd er binnen de wetenschappelijke literatuur gezocht naar de huidige evidentie voor ergotherapie in de thuiszorg. Er werd hoofdzakelijk gezocht naar pathologie waarbij een samenwerking tussen huisarts en ergotherapeuten opportuun kan zijn. Deze topics werden bepaald mede aan de hand van een recent ontwikkelde indicatorenset voor huisartsen voor doorverwijzing van patiënten naar de ergotherapeuten in de thuiszorg[(3)].

3.2.2. Praktijkstudie

Doel: Onderzoeken van de kennis van huisartsen over ergotherapie in de thuiszorg. Onderzoeken of huisartsen openstaan voor een samenwerking met ergotherapeuten in de thuiszorg. Onderzoeken hoe de huidige toestand is aangaande ergotherapie in de thuiszorg.

Methode: Enquête onder vorm van meerkeuzenvragen bij Vlaams-Brabantse huisartsen en een enquête met open vragen bij ergotherapeuten werkend in de thuiszorg over heel Vlaanderen.

Aan de hand van een vragenlijst werd er zowel bij huisartsen als ergotherapeuten in de thuiszorg gepeild naar de mogelijke invulling van ergotherapie binnen de thuiszorg en naar hun samenwerking.

3.3. Onderzoeksvragen

3.3.1. Literatuurstudie

Is er evidentie van het nut van ergotherapie in de thuiszorg in het kader van valpreventie, bij de ondersteuning van verzwakte ouderen, in de begeleiding van patiënten met dementie, bij de behandeling van depressieve patiënten en voor het verbeteren van het functioneren bij patiënten met chronische pijn?

Is er evidentie dat ergotherapie in de thuiszorg kosteneffectief is?

3.3.2. Praktijkstudie

Wat is de kennis over ergotherapie bij de huisartsen in Vlaams Brabant?
Is er nood aan/vraag naar een samenwerking tussen huisartsen en ergotherapeuten?
Staan de huisartsen open voor een samenwerking met ergotherapeuten?
Hoe is de huidige toestand bij zelfstandige ergotherapeuten in de thuiszorg?
Wat zijn hindernissen in de opmars van ergotherapie in de thuiszorg?

4. Literatuur

4.1. Inleiding

4.1.1. Probleemstelling: groeiende nood aan thuiszorg

Thuiszorg is de zorg aan huis of de zorg die er specifiek op gericht is de gebruiker te handhaven in of te laten terugkeren naar zijn natuurlijk thuismilieu[4]. De laatste decennia neemt de nood aan thuiszorg alleen maar toe. Dit is het gevolg van epidemiologische en socioculturele veranderingen die zich voordoen in de grote meerderheid van de landen op het Europees continent[5]. Op *demografisch* gebied zien we een toename van het aantal oude en zeer oude personen binnen de samenleving. Het is reeds gekend dat de nood aan thuiszorg toeneemt met de leeftijd. België telde in 2010 1,86 miljoen mensen van 65 jaar en ouder. In 2020 zal deze groep uit 2,22 miljoen personen bestaan (+20%). De volgende 10 jaar zal de groep van 80-plussers tot bijna 577.000 groeien, tegenover 540.000 in 2010. Vooral in Vlaanderen stijgt het aantal ouderen. In 2020 zal 21% van de Vlaamse bevolking bestaan uit 65- plussers[6]. Op *sociaal* gebied wordt er vastgesteld dat de traditionele grote gezinnen opgesplitst raken met als gevolg dat de familiale mantelzorgers niet langer meer bij de hulpbehoevende persoon wonen. Daarnaast is er de toegenomen tewerkstelling van vrouwen op de arbeidsmarkt, een groep die traditioneel de mantelzorg op zich nam en hier nu beduidend minder tijd voor heeft. Op *epidemiologisch* vlak is er een verschuiving van acute en infectieuze ziektes naar chronische en niet-infectieuze aandoeningen die bij voorkeur in de thuiszorg worden behandeld. Enkele voorbeelden zijn psychische aandoeningen, dementiële beelden, hart- en vaatziekten, oncologische en endocriene aandoeningen. Deze geven aanleiding tot belangrijke beperkingen met grote weerslag op de sociale participatie. *Wetenschappelijke en technische innovaties* zoals nieuwe medicatie, betere heelkundige materialen en technieken én de ontwikkeling van hulpmiddelen om huiselijke adaptaties te doen, zorgen ervoor dat mensen met beperkingen toch een betere levenskwaliteit krijgen waardoor er meer mogelijkheden liggen in de thuiszorg. Een verandering in *de attitude en verwachtingen* van de bevolking zorgt voor een toegenomen wens om zolang mogelijk thuis te blijven. Tevens wordt het nut van langdurige hospitalisaties in vraag gesteld. Uiteindelijk duwen ook de k*euzes en prioriteiten op beleidsniveau* de gezondheidszorg in de richting van thuiszorg. Belangrijke factoren hierbij zijn dat thuiszorg waarschijnlijk gepaard gaat met een verminderde sociale kost en dat de voordelen op emotioneel en sociaal niveau én op vlak van gezondheid almaar duidelijker worden. De veranderingen op deze verschillende gebieden zorgen ervoor dat de beleidsvoerders in het heden en de toekomst thuiszorg gaan zien als een standvastige benadering om mensen langer thuis en in de gemeenschap te houden en onnodige acute of lange termijnhospitalisaties te vermijden.

Een behoefteonderzoek bij Limburgse senioren[7] stelt dat er nood is aan een verruiming van de hulpverlening aan senioren. De hulpverlening mag niet enkel gericht zijn op de verzorging van de senior en op het verlenen van huishoudelijke hulp. Het sociale aspect moet een evenwaardige plaats krijgen binnen de hulp aan senioren. Hiertoe moet de nood aan sociale ondersteuning eerst maatschappelijk aanvaard worden als hulpbehoefte.

Eén op vier Belgen krijgt te maken met pijn die langer duurt dan 6 maanden en tweehonderdduizend mensen in België leven met chronische pijn[8]. Deze problematiek, die naast fysiek lijden en discomfort ook gepaard gaat met financiële en sociale moeilijkheden, wordt tegenwoordig benaderd vanuit een biopsychosociaal model die een multidisciplinaire aanpak vergt[9, 10, 11].

Eén op vijf vrouwen en één op tien mannen ervaren minstens gedurende een beperkte periode in hun leven depressieve problemen. In België is de prevalentie van depressie per jaar 5 à 6%[12]. Dit kan gepaard gaan met sociaal isolement of werkgelegenheidsproblematiek[12].

4.1.2. De ergotherapeut als nieuwe speler binnen de thuiszorg

Hogervermelde maatschappelijke veranderingen vereisen een goed georganiseerde eerstelijnszorg waarin multidisciplinair werken niet weg te denken is. Enkele spelers hebben hun basisplaats reeds verdiend, zoals huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, e.d. Anderen bezitten competenties die hiaten kunnen opvullen, maar wachten momenteel nog aan de zijlijn. Tot deze laatste groep behoren ook de ergotherapeuten.

4.1.2.1. Definitie ergotherapie

Ergotherapie is een cliëntgericht[13, 14] gezondheidszorgberoep dat tot doel heeft het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten en het sociale participeren van de cliënt te optimaliseren[13, 14, 15] door middel van het aanpassen van activiteiten of omgevingsfactoren[14]. Zo tracht men het functioneren van een persoon met een beperking te herwinnen, te verbeteren of in stand te houden en dit op gebied van zelfzorg, onderwijs, arbeid en vrije tijd [13, 14, 15].

4.1.2.2. Ergotherapie binnen de thuiszorg

Het nut van ergotherapie in de thuiszorg wordt stilaan duidelijk. Er zijn reeds verscheidene onderzoeken verricht. Deze studies zijn methodologisch niet altijd van de beste kwaliteit, ten gevolge van praktische beperkingen[16, 17, 18], hoewel er beterschap lijkt te komen. Desondanks pleiten deze onderzoeken wel in het voordeel van een positieve bijdrage van ergotherapie in de kwaliteit van de thuiszorg. De resultaten van deze studies echter bereiken de hulpverleners en beleidvoerders niet volledig want ergotherapie in de thuiszorg blijft nog relatief onbekend. Uit een kleinschalig Vlaams onderzoek[3] blijkt bijvoorbeeld dat huisartsen voor problematieken waar een ergotherapeut nuttig kan zijn, veelal alternatieven gebruiken zoals kinesitherapie, thuisverpleging, huishoudhulp of thuisverzorgenden. Uit deze studie[3] blijkt ook dat de grootste hinderpalen, om een ergotherapeut te betrekken in een behandeling, het contacteren van een ergotherapeut en de beperkte vertrouwdheid met ergotherapie zijn.

Vande Velde D. en De Vriendt P. voerden tussen 2003 en 2005 een onderzoek[19] uit naar de plaats van ergotherapie in de thuiszorg in Oost-Vlaanderen (OVL). De auteurs stellen vast dat ergotherapie in de thuiszorg in België zich beperkt tot eerder fragmentarische en experimentele

projecten. Dit kan verklaard worden door het feit dat er tot op heden nog geen concrete wetgeving betreffende de plaats van de ergotherapeut is in de thuiszorg. Niettegenstaande, hechten alle beleidsnota's veel belang aan thuiszorg en verwijzen daarbij naar de mogelijkheden van ergotherapie. Tevens is ergotherapie nog een relatief jonge discipline, waarvoor het niet evident is om een plaats op te eisen tussen de verschillende actoren in de thuiszorg. Op vlak van de regel- en wetgeving met betrekking tot de personeelsomkadering in de thuiszorg, wordt ergotherapie niet 'verplicht' gemaakt maar veeleer als optioneel aangeduid, terwijl de beroepsfilosofie van ergotherapeuten naadloos aansluit bij de actuele visie op thuiszorg. De onbekendheid van het beroep heeft hier zeker mee te maken.

De auteurs adviseren in hun schrijven[19] de ergotherapeut als complementaire discipline aan te stellen, toegevoegd aan het team – als aanvulling - en niet in plaats van een andere discipline. Op die manier kan de ergotherapeut zijn/haar specifieke taak uitvoeren, namelijk het begeleiden en ondersteunen van de cliënt, de mantelzorger én de professionele hulpverleners, met als doel de thuissituatie te optimaliseren, ook bij
zwaar zorgbehoevende personen. De wens naar deze 'complementariteit' werd ook uitdrukkelijk geuit in het onderzoeksluik betreffende het Vlaams Fonds. Hun uiteindelijke conclusie luidt als volgt:
- Ergotherapie als beroep is nog onbekend en wordt slechts op kleine schaal in de thuiszorg toegepast, en dit terwijl de uitgangspunten van ergotherapie perfect stroken met de actuele visie op thuiszorg;
- Ergotherapie wordt echter door andere disciplines geapprecieerd omwille van zijn specifieke competenties en wordt als complementair ervaren;
- Ergotherapie kan effect hebben op de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven.

Een ergotherapeut kan een nuttige plaats hebben in de thuiszorg en dit kan op verschillende manieren in interactie met andere zorgverleners, al dan niet professionelen. Een aantal manieren werden gesuggereerd om de ergotherapie een plaats te geven in de thuiszorg. Dit vormt nu de uitdaging voor het beleid: welke bereidheid is er om deze mogelijkheden te verkennen om zo de kwaliteit van zorg te verhogen?

4.1.3. Onderzoekvraag: Nut van ergotherapie in de thuiszorg?

Is er evidentie van het nut van ergotherapie in de thuiszorg in het kader van valpreventie, bij de ondersteuning van verzwakte ouderen, in de begeleiding van patiënten met dementie, bij de behandeling van depressieve patiënten en voor het verbeteren van het functioneren bij patiënten met chronische pijn?
Is er evidentie dat ergotherapie in de thuiszorg kosteneffectief is?

4.1.4. Doel van onderzoek

Het doel van deze literatuurstudie is het nut van ergotherapie in de eerstelijnszorg onderzoeken vanuit het oogpunt van de huisarts.

4.2. Methode

4.2.1. Zoekstrategie

Er werd gezocht naar de meest recente wetenschappelijke literatuur volgens het cascade systeem van quaternaire naar primaire bronnen via CEBAM.
Primaire bronnen: Medline via PubMed
Secundaire bronnen: The Cochrane library, JBI best practice
Tertiaire bronnen: TRIP database standaarden, Pedro

4.2.2. Zoektermen

Volgende zoektermen of combinaties werden gebruikt:

1.Mesh-termen: "Occupational Therapy", "Frail Elderly", "Depressive Disorder", "Accidental Falls", "Cost-Benefit Analysis"

2. Niet Mesh-termen: "home care", "falling", "Cost effectiveness", "stroke", "home", "depression", "frail elder", "community dwelling elderly", "community dwelling", "Community occupational therapy", "home care services", "elderly"

3. Limitatie: Randomized controlled trial (RCT), Systematic review, meta-analysis, full text available

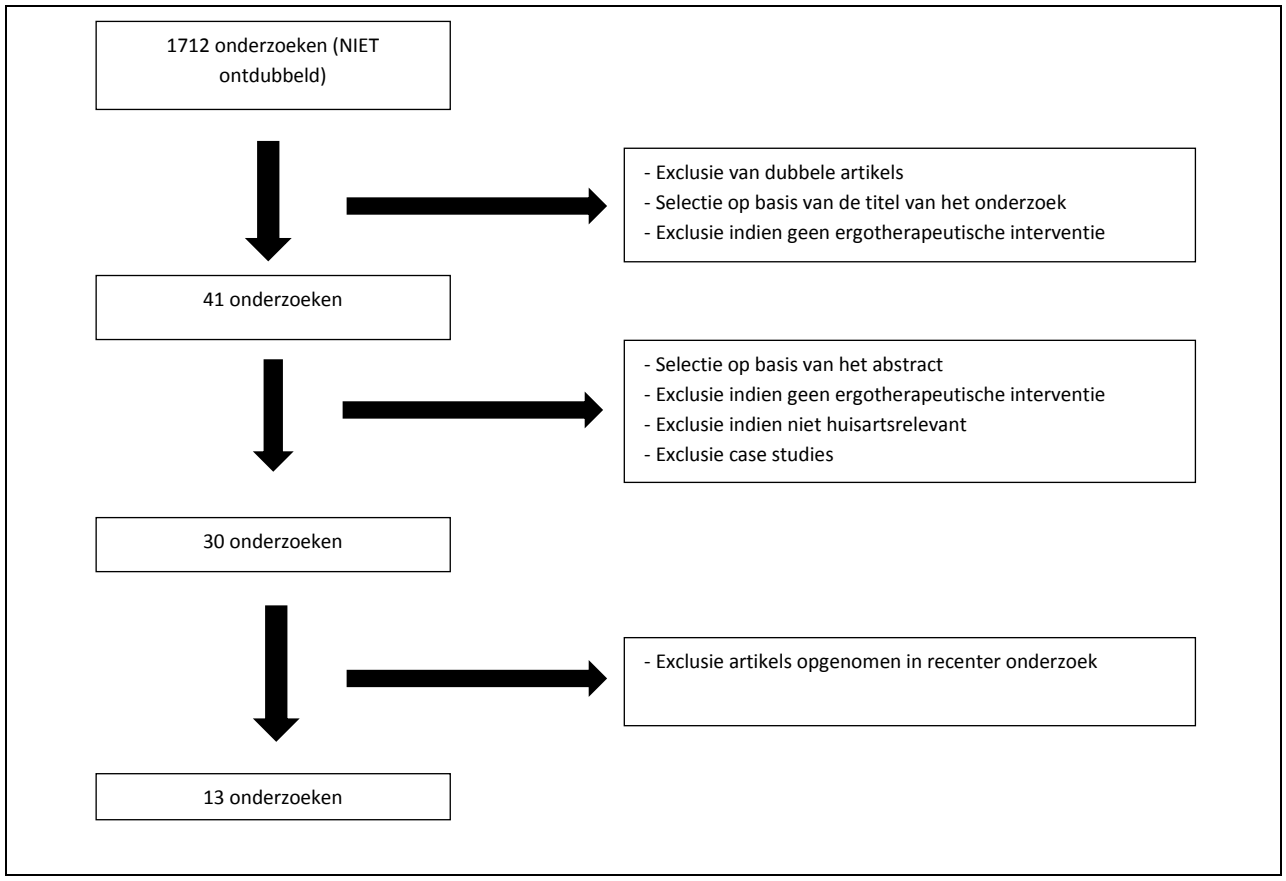
4.2.3. Inclusie- en exclusie criteria

4.2.3.1. Inclusie criteria
- Primaire selectie gebeurde op basis van de titel en het abstract.
- Huisartsrelevante pathologie: verzwakte ouderen, valpreventie, patiënten met dementie en hun mantelzorgers, patiënten met (majeure) depressie, patiënten met chronische pijn, kosteneffectiviteit.
- Ergotherapeutische interventies.

4.2.3.2. Exclusie criteria
- Niet huisartsrelevante pathologie.
- Studies die werden geïncludeerd in recenter onderzoek (bv. In meta analyses/systematische reviews).
- Artikels die niet specifiek over ergotherapie gaan.
- Geen exclusie op basis van kwaliteit van de studie of publicatiejaar.

4.2.4. Doelpopulatie

Dit literatuuroverzicht richt zich op ergotherapie in de thuiszorg bij oudere patiënten met beperkingen of hoog valrisico, patiënten met dementie en personen met chronische pijn of (majeure) depressie. Dit is een populatie die behandeld kan worden in de thuiszorg en die volgens de indicatorenset uit de ergo@home[3] studie in aanmerking komen voor een ergotherapeutische interventie.



Figuur 1. Stroomdiagram literatuurzoektocht.

4.3. Resultaten

4.3.1. Beschrijving tabel

Er werden dertien artikels in de diepte gelezen. De geselecteerde artikels zijn gepubliceerd tussen 2004 en 2013. De relevante oudere studies vallen buiten het beschrijf van de tabel gezien deze opgenomen zijn in de recentere geïncludeerde reviews. Er zijn negen literatuurreviews waarvan drie systematic reviews. De 4 andere studies zijn RCT's. De methodologische kwaliteit van de meeste artikels was goed tot zeer goed. Drie artikels gaan specifiek over valpreventie. Vijf artikels handelen over thuiswonende verzwakte ouderen. Twee artikels bespreken ergotherapie in de thuiszorg bij personen met dementie. Eén artikel gaat over chronische pijn, meer specifiek over reumatoïde artritis. Eén artikel handelt over ergotherapie bij depressie. Ten slotte is er één artikel die het heeft over de kosteneffectiviteit van ergotherapie. Tussen de verschillende studies is er overlap mogelijk met andere domeinen. Onderstaande tabel bevat doel, methodiek en conclusie van de onderzoeken.

4.3.2. Resultatentabel

Ref nr	Jaar	Auteur	Doel studie	Methode	Conclusie
20	2013	Mackenzie L. et al.	De mogelijkheid uitlijnen dat ergotherapeutische diensten aangeboden kunnen worden om vallen bij ouderen in de gemeenschap te voorkomen, rekening houdend met de huidige evidentie en de bevindingen rond praktische barrières bij het opstellen van dergelijke diensten. Een zorgmodel wordt voorgesteld waarbij een huisarts een zorgplan opstelt met kine- en ergotherapie.	View point, scoping literature review.	GEKEND: - Thuisoefeningen en huisveiligheidsinterventies zijn effectief en kosteneffectief. - Effectieve oefeningen hangen af van de dosering (#uren) en het evenwicht onderdeel en kunnen thuis geïmplementeerd worden. - Interventies om de veiligheid thuis te bevorderen zijn effectief wanneer geleverd door ergotherapeuten. BARRIERES: - Huisartspraktijk: ideale positie maar vaak hoge werkdruk waardoor geen aandacht voor valpreventie. - Beperkt gebruik van ET ten gevolge van: een tekort aan ergotherapeuten in de thuiszorg, ergotherapeuten die sommige interventies niet doen omwille van onleefbare betaling en huisartsen die niet doorverwijzen. - Huisartsen hebben te beperkte kennis van rol ET in de thuiszorg. VOORGESTELD MODEL: - De mogelijkheid moet gegrepen worden voor HA en ET om samen te werken in de valpreventie. - Ergotherapeuten moeten meer bekendheid krijgen. - Evidentie van ET in valpreventie moet geïmplementeerd worden in de richtlijnen. - Model: snelle identificatie hoog risico patiënten door HA, juiste verwijzing en goede samenwerking.
21	2012	Leland N.E. et al.	Samenvatting geven van de bestaande literatuur over ET-gerelateerde valpreventie literatuur om informatie te belichten over de huidige betrokkenheid van ET in deze inspanningen en suggesties aan te bieden voor mogelijkheden in de toekomst van ergotherapie bij thuiswonende ouderen.	Scoping review. Bibliografische zoektocht van Engelstalige artikels tussen 1990 & 2010 over ouderen > 65j. Goede methodologische kwaliteit.	Deze scoping review licht 7 gebieden op waar verder onderzoek noodzakelijk is om evidentie te bieden die de rol van ergotherapeutische interventies ondersteunen om het vallen te verminderen bij ouderen >65j. - Er is een duidelijk tekort aan onderzoek rond gedragsinterventies die de valangst verminderen, beheer van posturale hypotensie, beheer van medicatie en aanbevelingen over schoeisel. - ET draagt bij in valpreventie bij ouderen > 65j door middel van omgevingsaanpassingen, oefeningen en multidisciplinaire interventies.
22	2005	Shoba S. Rao M.D.	Nagaan van evidentie over strategieën om aan valpreventie te doen.	Literatuur review	AANBEVELINGEN: - Identificatie gevaren in huis en aanpassingen is aanbevolen bij patiënten met VG van val. **Sterk bewijs** - Oefening en kinesitherapie zijn aanbevolen om val en letsels door val te voorkomen. **Sterk bewijs** - Patiënten zouden multidisciplinaire/multifactoriële oppuntstelling en interventie moeten krijgen omdat dit de meest consistente effectieve strategie is om aan valpreventie te doen. **Sterk bewijs.**
23	2013	Voigt-Radloff S. et al.	In kaart brengen van de evidentie voor ergotherapie bij oudere personen door middel van analyse van RCT's over ergotherapeutische interventies bij ouderen met of zonder beperkingen/ziektes tussen 2004 en 2012.	Systematic review van RCT's met ET interventies in alle talen gepubliceerd tussen 2004 en 2012. Goede methodologie.	- Methodologische kwaliteit van studies over ergotherapie bij ouderen is verbeterd. - Veelbelovende onderzoeksvelden zijn die van primaire en secundaire preventie bij vallen en mobiliteitsproblemen en tertiaire preventie bij personen met dementie
16	2011	Hand C. et al.	Nagaan van evidentie voor de effectiviteit van ET in de gemeenschap voor het verbeteren van activiteitsgebonden uitkomstenmaten voor volwassenen met geselecteerde chronische ziekten.	Scoping review van RCT's tussen 1999 en 2008. Studies met betrekking tot hartziekten, depressie, RA, Artrose, COPD en Diabetes.	- 10 van de 16 studies vonden significante verschillen tussen interventie- en controle groep. De studies waarin geen verschil merkbaar was gingen allen over RA en hadden methodologische beperkingen. - ET kan activiteits-gebonden uitkomstmaten (BADL, iADL, gezondheid) bevorderen bij verscheidene chronische aandoeningen waaronder RA en Depressie. - De diversiteit en beperkingen van de studies en de blijkbaar bescheiden effecten beperken de formulering van duidelijke richtlijnen.

					- Interventies: goal setting, energy conservation, gewrichtsbescherming, oefening, hulpmiddelen en coping strategieën.
17	2008	Ryburn B. et al.	Door middel van nazicht van huidige evidentie nagaan of herstelbevorderende programma's resulteren in een verbetering van functioneel en sociaal welbevinden. De focus ligt op de evidentie van multicomponente of multidisciplinaire interventies in vergelijking met traditionele thuiszorg modellen, inclusief hun capaciteit om het gebruik van dienstverlening te verminderen, en de kosteneffectiviteit.	Literatuur review van "grey literature" uit de VS, het Verenigd Koninkrijk en Australië, gepubliceerd vanaf 1996. Populatie: ouderen >65j.	- Een opkomende massa aan evidentie suggereert dat herstelbevorderende thuiszorg programma's, gericht op verbeteren van toestand, duidelijke voordelen hebben en kosteneffectief zijn ten opzichte van traditionele thuiszorg dienstverleningen die gericht zijn op behoud en ondersteuning van toestand. Tijdige interventies, educatie en aanbieden van hulpmiddelen lijkt effectief te zijn om het verbruik van thuiszorg dienstverlening te verminderen. - Beperking: relatief kleine studies met zeer beperkte of geen follow-up. Sluitend bewijs kan nog niet gegeven worden. - Meer onderzoek is nodig om de beste types van herstelbevorderende programma's te bepalen. - Er zijn nog veel uitdagingen om nieuwe interventies te implementeren want er wordt sterk vastgehouden aan traditionele benaderingen. Voor nieuwe benadering is er hertraining en herstructurering nodig.
18	2009	van den Ende C. et al.	Samenvatting van de aanwezige wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van ergotherapie bij zelfstandig wonende ouderen.	Systematic Review.	De resultaten van deze systematische review laten zien dat ergotherapie en specifieke ergotherapeutische interventies, gericht op het trainen van activiteiten en advies inzake hulpmiddelen, in staat zijn zowel het zelfstandig functioneren en de sociale participatie van ouderen te verbeteren als de kans dat zij vallen te verminderen.
24	2006	de Craen A. J. M. et al.	Kan ergotherapie de toename in beperking vertragen bij hoogrisico bejaarden ten opzichte van een controle groep?	RCT 2 jaar follow up. N 402, thuiswonende ouderen 85j, MMSE >18. De interventiegroep kreeg ongevraagde (proactieve) huisbezoeken door een ergotherapeut die training en educatie gaf over hulpmiddelen die reeds aanwezig waren en aanbevelingen en informatie gaf over procedures, mogelijkheden en kosten van hulpmiddelen en hulpverleningsdiensten in de gemeenschap. De Controlegroep kreeg geen bezoek door een Ergotherapeut. Primaire uitkomst is score op groningen activity restriction scale. Secundaire uitkomst is meting over zelfevaluatie over welbevinden en gevoel van eenzaamheid.	Ongevraagde/proactieve ET interventie vertraagt de toename van beperkingen/invaliditeit bij hoogrisico bejaarden (85j) niet door de tijd heen.
25	2013	Guthrie S. et al.	Wat is de best beschikbare evidentie met betrekking tot ET interventies bij personen met dementie?	Gestructureerde Literatuur review.	CONCLUSIE - ET heeft het potentieel het dagelijks functioneren (vnl zelfzorg activiteiten), het subjectieve welbevinden en de sociale participatie te verbeteren bij dementerenden. Het kan ook voordeel bieden bij de mantelzorgers door het opwaarderen van het gevoel van vertrouwen, competentie en welbevinden. JBI AANBEVELINGEN - Ergotherapeutische interventies, in het bijzonder psycho-educatieve of multicomponente interventies, kunnen aanbevolen worden als manier om de last bij de mantelzorger geassocieerd met het verzorgen van de dementerende patiënt te verminderen. (GRADE A) - ET programma's met fysieke en cognitieve componenten kunnen aanbevolen worden voor personen met dementie om te verzekeren dat zij op hun hoogst mogelijke niveau functioneren, in het bijzonder met betrekking tot ADL en functioneren en volhouden van betekenisvolle activiteiten. (GRADE B). - Bezigheden zijn nuttig om een gevoel van plezier en zelfidentiteit te geven bij personen met dementie, maar potentiele fysieke en psychologische risico's zouden geïdentificeerd en aangesproken moeten worden.

26	2007	Graff M.J.L. et al.	Het effect onderzoeken van ET op het gemoed, de QoL en de gezondheidstoestand bij patiënten met dementie en hun mantelzorgers en op het gevoel van controle in leven bij mantelzorgers.	RCT. N 135 (koppels patiënt 65+ mild tot matige dementie en mantelzorger). Interventiegroep kreeg 10 ET sessies over 5 weken. Door middel van cognitieve en gedragsinterventies werden patiënten getraind in het gebruik van hulpmiddelen om hun cognitief verval te compenseren en mantelzorgers werden getraind in coping en supervisie.	- ET in gemeenschap zou moeten aangeraden worden bij patiënten met dementie en hun mantelzorgers gezien ze de QoL, het gemoed en de gezondheidstoestand verbeteren bij beiden en een verbetering geven van het gevoel van controle op het leven bij de mantelzorgers. De verbetering van deze uitkomsten heeft wellicht een sterke link met verbetering in dagelijks functioneren. - Ergotherapeutische interventies bij dementerenden en hun mantelzorgers zijn terugbetaald in Nederland omwille van deze sterke evidentie. - De indrukwekkende winst in klinisch relevante uitkomsten bereikt via ET zowel voor patiënten als mantelzorgers onderlijnt het belang van adequate en tijdige diagnose en proactieve aanpak bij dementie.
1	2004	Steultjens E.EMJ et al.	Bepalen of ET bij mensen met RA de functionele bekwaamheid, de sociale participatie en/of de gezondheidsgerelateerde QoL verbeteren.	Cochrane systematic review. ET geclassificeerd als comprehensive therapy, training van motorische functies, training van skills, instructie over gewrichtsbescherming, counseling, opleiding voor gebruik hulpmiddelen). Goede methodologie.	- Deze review toont een positief effect van comprehensive ET en instructie over gewrichtsbescherming op functionele vaardigheden. - Er is een aanwijzing over effectiviteit van splinting bij pijn en grijpkracht. Een nevenwerking kan wel verminderde handigheid zijn. - Ergotherapie kan mensen met reumatoïde artritis helpen om problemen bij het uitvoeren van ADL te overwinnen. - Verder onderzoek is nodig met aandacht voor betere methodologische kwaliteit. Er is ook een kern aan uitkomstmaten nodig om het effect van ET te kunnen meten.
2	2013	Hees H. L. et al.	Evalueren of adjuvante ET de effectiviteit van gewone therapie kan verbeteren bij arbeidsongeschikte werknemers met majeure depressie.	RCT. N 117 werknemers werkongeschikt sinds gemiddeld 4,8 maanden door majeure depressie. De interventiegroep kreeg supplementair 18 ET sessies gericht op snelle werkhervatting en verbetering van werkgerelateerde coping en zelfwerkzaamheid. De controle groep kreeg opvolging door psychiater met medicamenteuze behandeling, psycho-educatie, ondersteunende en cognitieve gedragsinterventies. Primaire uitkomst is werkparticipatie (uren absenteïsme en duur tot volledig/partiële werkhervatting). Secundaire uitkomsten zijn depressie, functioneren op het werk en gezondheidsgerelateerd functioneren. 6-12-18 maanden follow-up.	- Deze studie kon niet aantonen dat adjuvante ET de algemene werkparticipatie significant kan verbeteren. - Echter adjuvante ET verhoogt de kans op werkhervatting na remissie. - Adjuvante ET verhoogt lange termijn remissie bij depressieve patiënten en dit op gebied van symptoom vermindering en duur remissie. - De bevindingen suggereren dat de werknemers in de interventiegroep minder kostelijke medische behandelingen gebruikten dan die in de controle groep. - Verder onderzoek is nodig om uit te maken of adjuvante ET voordelen kan bieden bij personen met kortere duur van arbeidsongeschiktheid. Een langere follow-up is nodig om te zien of adjuvante ET herval helpt voorkomen.
27	2007	Graff M.J.L. et al.	Kosteneffectiviteit beoordelen van ET in de thuiszorg tegenover gebruikelijke thuiszorg bij oudere patiënten met dementie en hun mantelzorgers vanuit een maatschappelijk oogpunt.	Kosteneffectiviteit studie samen met single blind RCT. N 135 patiënten > 65j met milde tot matige dementie en hun mantelzorgers. Interventiegroep krijgt 10 sessies ET over 5 weken met cognitieve en gedragsinterventies om patiënten te trainen in gebruik van hulpmiddelen die hun cognitieve afname compenseren. Uitkomstmaat voor kosten is de oplopende kosteneffectiviteit ratio uitgedrukt in het verschil in gemiddelde zorgkost per succesvolle behandeling na 3 maanden. De uitkomst voor het effect is het dagelijkse functioneren bij de patiënten en het gevoel van competentie bij de mantelzorgers.	- Ergotherapeutische interventies in de gemeenschap voor patiënten met dementie en hun zorgverleners zijn succesvol en kosteneffectief. - ET in de gemeenschap is een zeer effectieve niet farmacologische behandeling voor oudere dementerenden en hun mantelzorgers die niet enkel het dagelijks functioneren verbetert bij patiënten en het gevoel van competentie bij de mantelzorgers maar ook de QoL, gemoed en gezondheidstoestand van patiënten en mantelzorgers verbetert. - In deze studie lijkt ET in de gemeenschap ook kosteneffectief te zijn.

Tabel 1: Overzicht gevonden literatuur.

Legende: ADL = Activities of Daily Life, BADL = Basic ADL, ET = ergotherapie, Grade A = recommendation based on consistent and good quality patient oriented evidence, Grade B = recommendation based on inconsistent and limited quality patient oriented evidence, HA = huisarts, iADL = instrumental ADL, JBI = the Joanna Briggs Institute, QoL = Quality of Life, RA = Reumatoïde Artritis, RCT = Randomised Controlled Trial.

4.3.3. Evidentie per topic

4.3.3.1. Ergotherapie in de thuiszorg bij valpreventie

Er is sterk bewijs dat ergotherapie de kans op vallen bij patiënten met hoog valrisico vermindert[18, 20, 21, 22]. Ergotherapie is vaak ingebed in multifactoriële en/of multidisciplinaire behandelprogramma's. Deze interventies lijken het meest effectief te zijn in valpreventie[22] maar de evidentie voor een effect op de activiteiten van het dagelijkse leven (ADL), valreductie en mobiliteit is heterogeen[23]. Oefenprogramma's thuis en interventies op vlak van huisveiligheid, met identificatie van gevaren en risicogedrag en aanpassingen van de omgeving, zijn effectief [18, 20, 21, 22]. De meest aangewezen oefentherapie lijkt een thuisprogramma met intensieve evenwichtsoefeningen[20]. Er zijn ook aanwijzingen dat valpreventie aangeboden door een ergotherapeut het zelfstandig functioneren kan bevorderen [18].

De samenwerking tussen ergotherapeuten en huisartsen in valpreventie is suboptimaal[20]. Ergotherapeuten moeten meer bekendheid krijgen[20].

Verder onderzoek rond ergotherapeutische interventies bij valpreventie is nodig met speciale aandacht op gebied van interventies voor beheer van medicatie en posturale hypotensie, aanbevelingen voor geschikt schoeisel, gedragsinterventies en aanpak bij valangst[21]. Aangepaste programma's moeten getest worden op lange termijn naar effectiviteit en kosteneffectiviteit in de dagelijkse zorg[23].

4.3.3.2. Ergotherapie in de thuiszorg bij verzwakte ouderen

Specifieke ergotherapeutische interventies (bv. trainen van activiteiten, psychosociale interventies en advies inzake hulpmiddelen) verbeteren het zelfstandig functioneren en de sociale participatie van ouderen [17, 18, 23]. Zelfredzaamheid kan mogelijks ook verbeteren indien psychosociale groepsprogramma's worden gecombineerd met valpreventie, fysieke activiteit en telezorg[23]. Er zijn ook veelbelovende bevindingen met sterke evidentie dat ergotherapeutische interventies de functionele en gezondheidstoestand verbeteren bij verzwakte ouderen met chronische aandoeningen[16, 17]. Een ongevraagde ergotherapeutische interventie lijkt het functioneel verval bij hoog risico bejaarden van 85 jaar of meer niet te vertragen over de tijd[24].

Ergotherapie lijkt een waardevolle bijdrage aan het zorgaanbod bij thuiswonende ouderen te zijn[18] en kan mogelijks voor een reductie zorgen in het gebruik van andere thuiszorgdienstverlening[17].

De methodologische kwaliteit van studies over ergotherapie bij ouderen is verbeterd. Veelbelovende onderzoeksvelden zijn die van primaire en secundaire preventie bij vallen en mobiliteitsproblemen en tertiaire preventie bij personen met dementie[23].

4.3.3.3. Ergotherapie in de thuiszorg voor personen met dementie en hun mantelzorgers

Er zijn duidelijke aanwijzingen dat ergotherapie in de gemeenschap een positief effect heeft bij oudere patiënten met dementie en hun mantelzorgers[23, 25, 26, 27]. Ergotherapeutische interventies verbeteren het dagelijks functioneren bij patiënten en mantelzorgers en geven een gevoel van competentie en vertrouwen bij de mantelzorgers[23, 25, 26, 27]. Ergotherapie lijkt ook de levenskwaliteit, het gemoed en de gezondheidstoestand van patiënten en mantelzorgers te verbeteren. Deze verbetering is wellicht het gevolg van een verbetering in dagelijks functioneren[26, 27].

Verder onderzoek is nodig om na te gaan in welke ziektefase welk type en welke intensiteit van ergotherapeutische interventie vereist is[23]. Ergotherapie in de begeleiding van mantelzorgers van patiënten met dementie geeft positieve resultaten, maar door een beperkte methodologische kwaliteit van de studies dienen deze resultaten te worden geïnterpreteerd met de nodige voorzichtigheid [18].

4.3.3.4. Ergotherapie in de thuiszorg voor personen met chronische pijn

Er zijn aanwijzingen dat gewrichtsbeschermende ergotherapeutische interventies voor volwassenen met Reumatoïde Artritis (RA) een positief effect hebben op hun functionele vaardigheden en sociaal functioneren[1, 16]. Mogelijks is er ook een positief effect op de psychische gezondheid van RA patiënten. Ergotherapie zou mensen met RA kunnen helpen om problemen bij het uitvoeren van ADL te verhelpen[1, 16] en hun gezondheid te bevorderen[16].

Verder onderzoek is nodig met aandacht voor betere methodologische kwaliteit. Er is ook een kern aan uitkomstmaten nodig om het effect van ergotherapie te kunnen meten[1].

4.3.3.5. Ergotherapie in de thuiszorg bij personen met (majeure) depressie

Er zijn aanwijzingen dat ergotherapie een positief effect kan hebben op het functioneren tijdens dagelijkse activiteiten én de gezondheid en levenskwaliteit kan verbeteren bij patiënten met majeure depressie [16]. Ergotherapie zou, indien toegevoegd aan een depressiebehandeling zoals deze gewoonlijk wordt gedaan, de kans op werkhervatting na remissie kunnen verhogen en de remissieduur ten goede komen[2]. Om het nut van ergotherapie bij depressie te achterhalen en de juiste doelgroep te definiëren is verder onderzoek noodzakelijk[2, 16].

4.3.3.6. Kosteneffectiviteit van ergotherapie in de thuiszorg

Er zijn steeds meer aanwijzingen dat ergotherapeutische interventies een kostenvermindering kunnen betekenen voor de gezondheidszorg[2, 17, 18, 20, 27]. Dit onder meer door verminderd gebruik van andere dienstverleningen in de thuiszorg[17] of door verminderd gebruik van dure medische behandelingen[2].

Volgende ergotherapeutische interventies lijken kosteneffectief te zijn: thuisoefeningen en huisveiligheidsinterventies[20], herstelbevorderende thuisprogramma's gericht op verbeteren van algemene toestand[17], multicomponente interventies[17], adjuvante ergotherapie gericht op werkhervatting bij patiënten met majeure depressie[2], en ergotherapeutische interventies bij patiënten met dementie en hun zorgverleners[27].

Tot op heden kan er geen sluitend bewijs worden geleverd. Verder onderzoek is nodig met grotere populaties en langere follow-up om te bepalen welke interventies het meeste voordeel bieden[17].

4.4. Discussie

4.4.1. Evidentie voor ergotherapie in de thuiszorg

In de internationale wetenschappelijke literatuur zien we steeds meer evidentie naar voren komen, die het nut van ergotherapie in de thuiszorg onderbouwt. De literatuur ondersteunt vooral ergotherapeutische interventies in het kader van valpreventie bij ouderen, interventies die het zelfstandig functioneren en sociale participatie bevorderen bij verzwakte ouderen en interventies bij

de begeleiding van patiënten met dementie en hun mantelzorgers. Ergotherapie bij depressieve patiënten en patiënten met chronische pijn lijkt potentieel te hebben maar verder onderzoek is hier vereist. Op gebied van kosteneffectiviteit lijken ergotherapeutische interventies een positieve balans te vertonen.

Gezondheid wordt door de WHO gedefinieerd als een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte[28]. Ergotherapie past dus ook bij de huidige tijdsgeest om personen niet enkel zolang mogelijk thuis te houden, maar ook om ze zo autonoom mogelijk te laten functioneren en participeren binnen de maatschappij. De resultaten van verschillende onderzoeken ondersteunen het idee om ergotherapie in de thuiszorg in te schakelen complementair aan andere thuiszorgdiensten. De mogelijks bekomen toename in autonomie zal het werk van verpleegkundigen, verzorgers en dergelijke niet overbodig maken, maar misschien wel verlichten.

Verder onderzoek om resultaten te bevestigen is onontbeerlijk. Vooral zijn er nog studies nodig op vlak van ergotherapie bij depressie en chronische pijn.
Een positieve trend is de verbetering van de methodologische opzet van ergotherapeutische interventiestudies.

4.4.2. Sterktes en zwaktes van de studie

4.4.2.1. Sterktes

Dit literatuuroverzicht overloopt de huidige evidentie met als doel het nut na te gaan van ergotherapie in de thuiszorg. De resultaten geven hier een goed idee over en vormen een voorbereidend werk op een uitgebreider onderzoek. Een sterkte van onze studie is dat de geïncludeerde artikels allemaal recente onderzoeken zijn van relatief goede methodologische kwaliteit. Relevante oudere studies werden niet geïncludeerd omdat ze al opgenomen waren in recentere reviews.

4.4.2.2. Zwaktes

Het is jammer dat er geen Belgische studies met ergotherapeutische interventies te vinden zijn. De gevonden resultaten zijn allen afkomstig van buitenlandse studies. Niet alle situaties zijn te extrapoleren naar de Belgische context gezien de verschillende landen met verschillende gezondheidszorgsystemen werken. Over sommige topics zijn er maar heel weinig studies, die tevens van slechte methodologische kwaliteit zijn. Dit onderzoek is geen systematische review dus er kunnen geen harde conclusie uit getrokken worden.

4.5. Conclusie

Een groeiende massa aan evidentie toont aanwijzingen dat ergotherapeutische interventies mogelijks een meerwaarde kunnen leveren binnen de thuiszorg. Zeker op gebied van valpreventie, verzwakte ouderen en dementie zijn er positieve resultaten zichtbaar die daarenboven kosteneffectief lijken te zijn. Verder onderzoek is nodig om positieve resultaten te bevestigen of te bekrachtigen.

Mijn conclusie is dan ook dat, gezien het potentieel van ergotherapie dat uit dit onderzoek blijkt, de mogelijkheid om ergotherapie te integreren binnen de thuiszorg mits verbeterde terugbetalingsmodaliteiten zeker de kans moet krijgen om in de diepte onderzocht te worden.

4.6. Referenties

1. Steultjens E.E.M.J. et al. - Occupational therapy for rheumatoid arthritis - The Cochrane Collaboration - 2004
2. Hees H. L. et al. - Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial - Occup Environ Med – 2013
3. De Coninck L. et al. - Ergo@home. Informatie- en sensibilisatiecampagne voor huisartsen aangaande ergotherapie in de thuiszorg – jaarboek ergotherapie 2011 – acco uitgeverij – September 2011
4. Vlaamse overheid - Woonzorgdecreet (*) - 13 MAART 2009.
5. Tarricone R. & tsouros A. D. - The solid facts: Home care in Europe - world health organization - 2008
6. Vlaamse overheid - Het Vlaams ouderenbeleid - http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/ouderen/Paginas/ouderenbeleid.aspx - Versie 8 oktober 2012—NK/LVH – geraadpleegd op 8 februari 2014
7. Mertens E. (UAMS) in samenwerking met vzw ISIS, vzw BLM en vzw NTL - Behoefteonderzoek bij Limburgse senioren - EQUAL: Innovative Care - http://www.expertisepunt.be/sites/default/files/Behoeftenonderzoek%20volledige%20tekst.pdf – geraadpleegd op 12 februari 2014
8. http://www.ziekenzorg.be/cmz/nl/108/mensen_chronische_pijn/index.jsp - mensen met chronische pijn – ziekenzorg CM - geraadpleegd op 26 april 2014.
9. http://www.belgianpainsociety.org/en/information-patient/general-information - general information - Belgian pain society - geraadpleegd op 26 april 2014
10. http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/MusculoskeletalPainFactSheets/InterdisciplinaryManagement_Final.pdf – geraadpleegd op 25 april 2014 – fact sheets – IASP – interdisciplinary approaches in management of chronic pain
11. http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/MusculoskeletalPainFactSheets/Biopsychosocial_Final.pdf - geraadpleegd op 25 April 2014.
12. Heyrman J et al. – Depressie bij volwassen: aanpak door de huisarts – Domus Medica - Gevalideerd door CEBAM onder het nummer 2008/02
13. Canadian Association of Occupational Therapists. (1997). Enabling occupation: An occupational therapy perspective. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
14. www.wfot.org geraadpleegd op 12 februari
15. www.ergotherapie.be geraadpleegd op 12 februari 2014
16. Hand C. and McColl M. A. – Occupational Therapy Interventions for chronic diseases: a scoping review – American journal of occupational therapy - 2011
17. Ryburn B., Wells Y. and Foreman P.- Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. - Health and Social Care in the Community – 2009
18. van den Ende C. et al. - Ergotherapie: een effectief en goedkoop middel om vallen te voorkomen en ouderen hun zelfstandigheid te laten behouden - huisarts en wetenschap – 03.2009
19. Vande Velde D. en De Vriendt P. - Ergotherapie in de thuiszorg. Verslag van een multidisciplinair onderzoek in Oost-Vlaanderen. Uitgegeven bij Standaard Uitgeverij - 2006

20. Mackenzie L., Clemson L. and Roberts C.- Occupational therapists partnering with general practitioners to prevent falls: seizing opportunities in primary health care. - Australian Occupational Therapy Journal - 2013
21. Leland N. E. et al. - Occupational therapy in fall prevention: current evidence and future directions. - The American Journal of Occupational Therapy - 03/2012
22. SHOBHA S. RAO, M.D., - Prevention of Falls in Older Patients - American Academy of Family Physicians - 2005
23. Voigt Radloff S. et al. - Occupational therapy for elderly Evidence mapping of randomised controlled trials from 2004–2012 - Z Gerontol Geriat – 2013
24. de Craen A. J. M. et al. – Randomised controlled trial of unsolicited occupational therapy in community-dwelling elderly people: the LOTIS trial - PLOSclinical trials - 2006
25. Guthrie S. - Occupational Therapy Interventions for persons with Dementia - The Joanna Briggs Institute - 07/2013
26. Graff M. J. L. et al. - Effects of Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial - The Gerontological Society of America - 2007
27. Graff M. J. L. et al. – Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study - BMJ – 2007
28. http://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid/internationaal/wereldgezondheidsorganisatie/ geraadpleegd op 19 april 2014.

5. Praktijkstudie

5.1. Inleiding

5.1.1. Probleemstelling

Ondanks de opkomende evidentie voor ergotherapie, maakt dit nog niet standaard deel uit van de thuishulpverlening. De Coninck L. et al. voerden in de ergo@home studie een informatie- en sensibiliseringscampagne bij huisartsen met als doel de bekendheid van ergotherapie in de thuiszorg te bevorderen[(1)]. De actie werd positief ervaren en maakte de huisartsen bewust van de waarde van ergotherapie in de thuiszorg. Dit is belangrijk aangezien een ander Vlaams onderzoek[(2)] door Vande Velde D. en De Vriendt P. ook aangaf dat de onbekendheid van het beroep de integratie ervan in de multidisciplinaire thuiszorg in de weg staat. Verder bracht de ergo@home studie enkele barrières in de samenwerking van huisartsen en ergotherapeuten aan het licht. De onbereikbaarheid van ergotherapeuten en het tekort aan ervaring om met ergotherapie te werken vormden de belangrijkste hinderpalen voor doorverwijzing[(1)]. Ook werd het duidelijk dat de huisartsen nog niet overtuigd waren van de waarde van ergotherapie in bepaalde domeinen bv. bij psychische aandoeningen.

Tijdens de ergo@home studie werd er eveneens een indicatorenset ontworpen voor doorverwijzing van patiënten naar ergotherapie door huisartsen[(1)] (zie bijlage 5). De verspreiding hiervan, evenals de verspreiding van lijsten met de contactgegevens van ergotherapeuten kan zorgen voor een toename van de bekendheid van ergotherapie en de integratie ervan in de thuiszorg. De auteurs stellen dan ook dat om over te gaan van enkel een intentie tot gedragsverandering naar een effectieve gedragsverandering, deze campagne dient uitgebreid te worden. Ondersteuning door de overheid wat betreft erkenning van het beroep ergotherapie en het bekend maken van het beroep bij het grote publiek, is noodzakelijk om het effect van de campagne te vergroten. De nomenclatuur die eind december 2010 in het Belgisch staatsblad gepubliceerd werd, is een eerste teken van erkenning van het beroep ergotherapie in de thuiszorg.

5.1.2. Opzet praktijkstudie:

5.1.2.1. Verloop: initieel project en evolutie

Initieel was het de bedoeling om de mogelijkheden van ergotherapie in de thuiszorg te onderzoeken door een samenwerking op te starten tussen zelfstandige ergotherapeuten in de regio en de eigen praktijk. Er was één ergotherapeut die graag wou meewerken en zowel consultaties als huisbezoeken deed. Deze samenwerking zou gepaard gaan met een bevraging van deelnemende huisartsen, ergotherapeuten en patiënten bij start en afsluiting van de samenwerking.

Het belangrijkste obstakel was het financiële aspect van de therapie met name de afwezigheid van een financiële tegemoetkoming. Hierdoor voelde geen enkele patiënt, die in aanmerking kwam, zich geneigd om beroep te doen op een ergotherapeut.

5.1.2.2. Uiteindelijk project

Gezien de moeilijkheden om zelf een samenwerking op te starten werd het project omgevormd tot een enquête onder de vorm van een meerkeuzenvragenlijst bij huisartsen in Vlaams-Brabant en onder de vorm van een openvragenlijst bij ergotherapeuten in Vlaanderen. Er werd ook een e-mail verzonden met achtergrondvragen naar het Vlaams ergotherapeutenverbond.

5.1.3. Doel praktijkstudie

Door middel van het bevragen van huisartsen in Vlaams-Brabant tracht dit praktijkproject enerzijds een idee te geven over de kennis en de bereidheid tot samenwerking met betrekking tot ergotherapie bij de Vlaamse huisarts. Anderzijds probeert deze studie door middel van het bevragen van ergotherapeuten een idee te krijgen over de stand van zaken van ergotherapie in de thuiszorg in Vlaanderen.

5.2. Methode

5.2.1. E-mail Vlaams Ergotherapeutenverbond

Er werd contact opgenomen met het Vlaams Ergotherapeutenverbond via e-mail.

5.2.2. Enquête

5.2.2.1 Huisartsen

Er werd een meerkeuzenvragenlijst ontworpen (zie bijlage 1). Deze werd als enquête online gezet via thesistools.com.

De enquête voor huisartsen liep van 19 februari 2014 tot 07 april 2014. Er werden 24 huisartsenkringen uit Vlaams Brabant tweemaal aangeschreven per mail op 27 februari 2014 en op 25 maart 2014. Er werd gevraagd een mail terug te sturen met bevestiging van doorsturen en het aantal leden van hun kring. De huisartsenkring Dodonaeus van Mechelen heeft de vraag geweigerd omwille van een overaanbod aan bevragingen. LHAK heeft de mail doorgestuurd naar 16 huisartsen. Vzw artsenkring Halle en omgeving heeft de mail doorgestuurd naar 101 huisartsen. Harno heeft de mail doorgestuurd naar 135 leden. De andere kringen hebben geen bevestigingsmail teruggestuurd. Het totaal aantal aangeschreven huisartsen is dus onbekend.

De onlinebevraging werd door 51 huisartsen ingevuld.

5.2.2.2. Ergotherapeuten

Er werd een openvragenlijst ontworpen (zie bijlage 2). Deze werd als enquête online gezet via thesistools.com.

De enquête voor ergotherapeuten liep van 27 februari 2014 tot 07 april 2014. Initieel werden er 6 ergotherapeuten in Vlaams Brabant gecontacteerd op 27 februari 2014. Omwille van te weinig ergotherapeuten en te weinig respons werd het terrein uitgebreid. Er werden 27 ergotherapeuten uit heel Vlaanderen gecontacteerd via mail op 26 maart 2014. Er werd nog één ergotherapeut nadien aangeschreven op 3 april 2014. Eén ergotherapeut heeft gemeld niet te kunnen antwoorden omdat ze uit het beroep van zelfstandige ergotherapeut gestapt is. De mail adressen zijn verkregen op de website van de Vlaamse ergotherapeuten verbond[3] (http://www.ergotherapie.be/ -> patiënt -> waar vind ik een ergotherapeut in mijn buurt). De aangeschreven ergotherapeuten werden geselecteerd op basis van hun arbeidsomschrijving, met exclusie van zij die enkel met kinderen werken.

Van de 28 aangeschrevenen hebben 10 ergotherapeuten de online enquête ingevuld.

5.2.3. Verwerking enquêtes

De enquêtes werden verwerkt door middel van beschrijvende statistiek met SPSS.

5.3. Resultaten

5.3.1. Ergotherapie in Vlaanderen: Correspondentie met Vlaams Ergotherapeutenverbond (VE)

5.3.1.1. Cijfers over ergotherapeuten in de thuiszorg

Heden is er slechts beperkte informatie over ergotherapeuten werkzaam in de thuiszorg. Er wordt een systeem gezocht om beter te kunnen registreren of en in welke mate ergotherapeuten op zelfstandige basis of via instanties in de thuiszorg tewerkgesteld zijn. Het VE bezit een lijst van de geregistreerde ergotherapeuten maar ze hebben niet onmiddellijk een zicht op wie in de thuiszorg werkt. Wel zijn er een aantal ergotherapeuten die, vrijblijvend, op de website van het Vlaams ergotherapeutenverbond melden dat ze op zelfstandige basis interventies doen (zie www.ergotherapie.be; vind een ergotherapeut in je buurt).

5.3.1.2. Nut en positie van ergotherapie in de thuiszorg

Er werd een enquête gevoerd door de FOD Volksgezondheid in het kader van de erkenningsprocedure voor ergotherapeuten[(4)]. Hieruit werd onder andere duidelijk dat op die moment het overgrote deel van de ergotherapeuten werkzaam was in ziekenhuizen, dienstencentra of revalidatiecentra. Beperkingen om het beroep op zelfstandige basis uit te oefenen waren het gebrek aan erkenning door het grote publiek en andere gezondheidszorgberoepen enerzijds en het gebrek aan erkenning als gezondheidszorgberoep anderzijds waardoor klanten geen Riziv-terugbetaling krijgen indien ze zich rechtstreeks wenden tot een ergotherapeut. De best vertegenwoordigde interventiegebieden waren begeleiding, revalidatie, preventie en advies met als belangrijkste doelgebieden cognitieve, neurologische en motorische problemen.

Er werd ook een onderzoek gevoerd naar de meerwaarde van ergotherapie in de thuiszorg als impulsproject OVL[(2)]. Dit onderzoek dat de meerwaarde aantoonde was de basis voor het starten van het netwerk AMBE OVL. Dat staat voor Ambulante ergotherapie Oost-Vlaanderen. De provincie heeft een aantal jaren de ambulante ergotherapie voor 65-plussers in Oost-Vlaanderen ondersteund via subsidiëring van interventies, vorming en intervisie van betrokken ergotherapeuten (website www.ergothuis.be). Naar aanleiding van dit project is er een boek verschenen: “Ergotherapie in de thuiszorg. Verslag van een multidisciplinair onderzoek in Oost-Vlaanderen.” door Vande Velde D. en De Vriendt P. en uitgegeven bij Standaard Uitgeverij in 2006[(2)]

5.3.1.3. Tewerkstelling van ergotherapeuten in de thuiszorg

Ergotherapeuten kunnen heden hoofdzakelijk in de thuiszorg tewerkgesteld zijn:

· Via implementatie van het woon-zorgdecreet bv. vanuit zorgprotocol 3-implementatie, een project van de overheid om gedurende 4,5 jaar vernieuwende zorg in te schakelen om de problemen die gepaard gaan met de vergrijzing aan te pakken. Ergotherapie aan huis is een van de vernieuwende zorgmogelijkheden.

· Via nomenclatuur: Voor enkele ergotherapeutische interventies in de thuiszorg zijn er nomenclatuurnummers met Riziv-terugbetaling, maar deze zijn enkel valabel onder voorschrift van een revalidatiearts.

· Op zelfstandige basis, op eigen initiatief en (eventueel) zonder terugbetaling. Klanten betalen de prestatie maar er is geen terugbetaling.
- Via regionale of lokale dienstencentra.
- Via mutualiteiten: De meeste ziekenfondsen hebben één of meerdere ergotherapeuten ter beschikking. Leden kunnen hier gratis en zonder doorverwijzing beroep op doen voor een beperkt aantal sessies (meestal 3). De interventies die meestal worden aangeboden zijn woonadvies of woningaanpassingen, valpreventie en advies over of aanleren van het gebruik van hulpmiddelen. Interventies gebeuren ook regelmatig in het kader van het opstellen van een dossier voor het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).
- Via regionale, al dan niet tijdelijke, projecten waarbinnen ergotherapie in de thuiszorg opgenomen is. Een voorbeeld hiervan is het project 'ergothuis' in Oost-Vlaanderen.

Het VE vindt dat er wel wat anomalieën zijn die, hoewel goed bedoeld, belemmerend kunnen zijn bij de uitbouw van een kwaliteitsvolle ergo-dienstverlening aan huis voor iedereen. Bv. het hoge remgeld (nomenclatuurgebonden) bij interventies door zelfstandige ergotherapeuten versus de 'gratis' dienstverlening vanuit Regionale Dienstencentra of vanuit ziekenfondsen.

5.3.1.4. Samenwerking huisartsen en ergotherapeuten

Het VE merkt wel dat ergotherapie steeds meer verrekend wordt binnen thuiszorgmateries. Ze krijgen geregeld een vraag van een huisarts of een dienst Maatschappelijk Werk van een instelling naar een ergotherapeut die interventie (op zelfstandige basis) kan doen voor een patiënt (vb. screening woonomgeving in functie van eventuele aanpassing, ADL-training, leren gebruiken hulpmiddel, enz.). De problematiek wordt niet altijd geduid maar ze stellen wel vast dat deze huisartsen heel goed kunnen omschrijven waarvoor ze op een ergotherapeut beroep willen doen.

5.3.2. Enquête huisartsen (zie bijlage 3)

Er hebben 51 huisartsen de enquête ingevuld waarvan 39 % mannen en 61 % vrouwen. Alle 5 leeftijdscategorieën waren vertegenwoordigd in mindere of meerdere getallen. 37 % van de respondenten was jonger dan 35 jaar, slechts 2% van de respondenten was ouder dan 65 jaar.

5.3.2.1. Kennis over ergotherapie in de thuiszorg

78 % van de respondenten was niet vertrouwd met ergotherapie in de thuiszorg, 22% (11 respondenten) wel. Bij deze laatste groep waren er 2 respondenten op de hoogte van de indicatorenset voor huisartsen. Slechts 1 gebruikte deze als leidraad voor doorverwijzingen in de praktijk.

Zes respondenten geven aan patiënten door te verwijzen voor ergotherapie. Twee respondenten gaven volgende verklaring voor doorverwijzing: "Aanpassen woonaspecten aan noden van patiënt" of "ergotherapeuten zijn onmisbare partners in revalidatie". Onder zij die niet doorverwezen klonken de redenen als volgt: Niet of onvoldoende gekend, onvoldoende ervaring mee, kinesitherapie als alternatief, ergotherapeuten zijn niet gekend. Indien de huisartsen kunnen kiezen tussen een aantal mogelijkheden voor doorverwijzing, dan zien we volgende resultaten: 75% zou ouderen met valproblematiek doorverwijzen, 78 % zou personen met veranderde functionele mogelijkheden doorverwijzen, 65% zou een thuiswonende afhankelijke persoon met veranderde woonomstandigheden doorverwijzen en 35% zou een persoon met chronische pijn doorverwijzen.

96% acht mondelinge, schriftelijke of elektronische feedback nodig voornamelijk in verband met vorderingen, mogelijkheden en doelen. De meningen zijn verdeeld over wat er op het voorschrift moet staan. 27 huisartsen zouden er de problematiek, het aantal beurten en de gewenste frequentie op zetten. Vijf huisartsen zouden hier ook de te verwachten aanpak op zetten en 9 huisartsen zouden er nog iets anders opzetten (bv. Adviesvraag).

Voor de doorverwijzing van patiënten naar ergotherapeuten zijn er nog enkele knelpunten. De grote meerderheid geeft aan geen of onvoldoende ergotherapeuten te kennen in de thuiszorg (45 huisartsen) en onvoldoende op de hoogte te zijn van de indicaties voor ergotherapie (39 huisartsen). Iets meer dan de helft van de huisartsen meldt ook onvoldoende op de hoogte te zijn van ergotherapie in de thuiszorg. Verder vinden 5 huisartsen dat ergotherapeuten moeilijk bereikbaar zijn en 4 huisartsen geven andere redenen op, onder andere dat er alternatieven gebruikt worden zoals kinesitherapie, thuisverpleging en mantelzorgers of dat de financiële consequenties voor de patiënt te groot zijn of onvoldoende gekend. Eén arts geeft aan in een gezondheidshuis te werken, waar de verpleging zo nodig de ergotherapeut contacteert.

Over de financiële aspecten van ergotherapie is maar weinig geweten. Twee procent (1 arts) van de respondenten weet iets over de regelgeving van terugbetaling van ergotherapie, 98% tast hier in het duister. Achttien artsen denken wel dat er iets moet veranderen aan de terugbetalingsmodaliteiten, 15 artsen geven aan van niet.

5.3.2.2. Samenwerking huisartsen en ergotherapeuten

Veertien procent van de huisartsen kent een ergotherapeut in de thuiszorg in hun regio, 86% niet. Om contact op te nemen met een ergotherapeut zouden 19 artsen dit zelf doen via mail of telefoon, 14 artsen via het OCMW of de mutualiteiten en 22 artsen zouden het overlaten aan de patiënt. Zes huisartsen zouden dit op andere manier doen, bv. via de praktijkhulp of de sociaal verpleegkundige. Enkele artsen geven aan dat ze geen idee hebben hoe ze contact zouden opnemen. Er lijken nog steeds barrières te bestaan die het contact bemoeilijken. Zo geeft 84% van de huisartsen aan dat ze onvoldoende ervaring hebben met ergotherapie, 21% geeft aan dat er een tekort is aan ergotherapeuten in de thuiszorg waardoor de bereikbaarheid laag is en er lange wachtlijsten ontstaan. Vijftien procent meldt dat de hoge kost voor patiënten een barrière vormt en 2% haalt de onbekendheid van ergotherapie aan als belemmerende factor.

De verwachtingen rond de samenwerking met ergotherapeuten is heterogeen. 71% van de huisartsen zou de invulling van de therapie over laten aan de ergotherapeut naar nood van de patiënt, 33% wenst uitvoering van hun eigen gevraagde hulpverlening. Verder wenst 65% een verslag, 43% wilt enkel overleg op vraag en 14% wenst regelmatige overlegmomenten.

5.3.2.3. Nut van ergotherapie

96 procent van de respondenten gelooft in de meerwaarde van ergotherapie in de thuiszorg, twee artsen zijn hier echter niet voor gewonnen. Op gebied van verwachting van de bijdrage van ergotherapie voor de patiënt blijkt dat 90% verwacht dat ergotherapie een bijdrage kan leveren bij het doorvoeren van aanpassingen in woonsituatie, 92% verwacht dat ergotherapie de uitvoering van dagelijkse activiteiten kan verbeteren en 64% verwacht een afname van het aantal valpartijen. Vier procent verwacht ook een bijdrage op andere gebieden zoals het verbeteren van de omgang met fysieke beperkingen of steun aan de patiënt. 96% van de huisartsen geeft aan in de toekomst meer beroep te willen doen op ergotherapeuten in de thuiszorg maar duidt dat er toch nog veel barrières

moeten worden aangepakt. Zo geven veel artsen aan dat er nood is aan informatie over ergotherapie met specifieke aandacht voor de aard van interventies, terugbetalingsregeling en bereikbaarheid. Verder moet het beroep in het algemeen aan bekendheid winnen. Twee artsen zeggen in de toekomst geen beroep te willen doen op ergotherapie. Eén arts geeft als reden dat er al teveel therapeuten aan huis komen bij patiënten.

5.3.3. Enquête ergotherapeuten (zie bijlage 4)

Er hebben 10 ergotherapeuten de enquête ingevuld waarvan 80% vrouwen en 20% mannen. De respondenten kwamen hoofdzakelijk uit de leeftijdsgroep 25-35 j en > 45 jaar, respectievelijk 40 en 50%. Slechts 10% kwam uit de leeftijdsgroep 36-45 jaar. Er waren geen ergotherapeuten jonger dan 25 jaar vertegenwoordigd. Alle respondenten waren deeltijds actief als ergotherapeut in de thuiszorg. De respondenten waren in verschillende regio's werkzaam: 5 in Antwerpen, 2 in Vlaanderen, 2 in Limburg en 1 in Vlaams-Brabant.

5.3.3.1. Waarom ergotherapie in de thuiszorg

De redenen om als ergotherapeut in de thuiszorg te werken zijn uiteenlopend. Zes ergotherapeuten hebben vanuit hun ervaring een nood gevoeld aan thuiszorg, gericht op de verbetering van het functioneren van mensen in hun leefomgeving. Zes ergotherapeuten denken dat ze een meerwaarde kunnen zijn voor de thuiszorg. Eén geeft ook aan dat het een voordeel is om bij de mensen thuis te gaan kijken om gericht advies en hulp te kunnen bieden.

5.3.3.2. Via welke weg bereiken patiënten de ergotherapeuten

Patiënten of in ergotherapeutische termen "cliënten" bereiken de ergotherapeut via zeer uiteenlopende wegen, onder andere via de huisarts, de psycholoog, een collega ergotherapeut, het ziekenhuis, revalidatiecentra, scholen, het CLB, dienstencentra, … of via mond aan mond reclame. Ondanks het groot aantal doorverwijzers blijft de doorverwijzing beperkt, zelfs met verwoede individuele pogingen om hun hulpverlening bekend te maken via folders of brieven aan huisartsen, kinesisten en dienstencentra of via plaatsen van een advertentie in een lokaal krantje, presentaties op LOK vergaderingen, aanmaken van websites, … De onbekendheid van ergotherapie blijft een groot struikelblok. Ergotherapeuten krijgen bijvoorbeeld zeer weinig doorverwijzingen via huisartsen. Zo melden 4 ergotherapeuten nooit een patiënt doorverwezen te hebben gekregen via een huisarts, 2 geven aan dat dit zeer zelden gebeurt en 1 laat weten dat het slechts éénmalig gebeurd is. Drie ergotherapeuten ontvangen wel cliënten via een huisarts.

De communicatie met doorverwijzers lijkt uit de antwoorden maar zeer beperkt te zijn. Deze gebeurt dan eventueel via telefonisch contact of via een verwijsbrief. Drie ergotherapeuten geven aan dat ze zelf het initiatief nemen om de behandelde arts of doorverwijzer te contacteren. Twee deelnemers melden dat er geen communicatie is.

5.3.3.3. Indicaties voor en interventies bij ergotherapie

De indicaties waarmee cliënten bij een ergotherapeut geraken zijn divers. Enkele voorbeelden zijn: advies voor hulpmiddelen, valproblematiek, personen met cognitieve problemen en hun familieleden, mensen met niet-aangeboren hersenletsel, (traumatische) handproblematiek, aanpassen woonomgeving en inschatten thuissituatie, verbeteren zelfstandigheid, … De meeste ergotherapeuten bieden veel interventies aan zoals het verbeteren van de zelfredzaamheid op gebied van de dagelijkse activiteiten, het geven van advies over het gebruik van hulpmiddelen in

woon-, werk- of vrijetijdsomgeving, het aanpassen van de woning, het begeleiden van patiënten met dementie, het geven van oefenprogramma's (kracht, coördinatie, mobilisatie), het aanbieden van programma's voor valpreventie en het analyseren van de werkpost. Sommige ergotherapeuten geven ook specifieke werkgebieden aan zoals handrevalidatie of psychologische begeleiding. Uit de antwoorden op de vragenlijst blijkt alleszins dat bijna alle respondenten een therapie op maat van de patiënt geven. De indeling van de sessies bestaat veelal uit een intakegesprek, het bepalen van het probleem en de doelstelling én het opstellen van een behandelplan of advies. Indien een behandeling wordt gestart loopt deze vaak over enkele sessies waarna een evaluatie volgt.

5.3.3.4. Bereikbaarheid ergotherapeuten in de thuiszorg

Veel ergotherapeuten denken wel bereikbaar te zijn maar geven aan dat deze bereikbaarheid ondermijnd wordt door de grote onbekendheid van hun beroep en het beperkt aantal ergotherapeuten in de thuiszorg. De belangrijkste weg om hun contactgegevens te vinden is via internet (bv. De Gouden gids, Vlaams ergotherapeuten verbond, privé websites) maar verschillende ergotherapeuten delen ook folders rond of plaatsen advertenties. Enkele ergotherapeuten geven suggesties als het invoeren van een systeem zoals bij de kinesitherapeuten of aansluiting van ergotherapeuten bij dienstencentra of verpleegkundige diensten. Allen delen ook mee dat er geen wachtlijsten zijn.

5.3.3.5. Suggesties rond ergotherapie in de thuiszorg

Zo goed als alle bevraagde ergotherapeuten lijken overtuigd van de meerwaarde van ergotherapie in de thuiszorg. Men stelt als belangrijkste knelpunten in dit beroep de grote onbekendheid van ergotherapie bij de algemene bevolking en bij de doorverwijzers en de te beperkte terugbetaling. Eén ergotherapeut geeft aan dat steun vanuit de overheid welkom zou zijn, een andere meent dan weer dat profilering vanuit de ergotherapeuten zelf moet komen.

5.3.3.6. Samenwerking tussen ergotherapeuten en huisartsen

Zeven op tien ergotherapeuten denken dat een samenwerking met huisartsen zeker nuttig kan zijn, 3 respondenten geven eveneens aan dat het veel beter kan. Enkele delen mee dat zij al initiatieven ondernomen hebben om de samenwerking nauwer te maken door huisartsen op de hoogte te stellen van hun aanwezigheid, echter zonder reactie vanuit de huisartsen. Nochtans melden een paar ergotherapeuten dat de huisarts hun nuttige informatie kan verschaffen. Anderen zeggen dat er meer bekendheid nodig is en eveneens dat de afwezigheid van terugbetaling een barrière is. Mochten ze een verwijsbrief ontvangen, verwacht 80% van de ergotherapeuten dat er informatie op staat over de problematiek en de huidige situatie. Vijf deelnemers worden ook graag op de hoogte gesteld van relevante medische informatie en van doelstelling, perspectieven of een duidelijke zorgvraag. 50% van de ergotherapeuten antwoordt dat huisartsen die doorverwijzen dit wel op de juiste indicatie doen, 1 geeft aan dat dit toch niet altijd het geval is en 1 zegt dat er soms wel een correcte doorverwijzing voor ergotherapie is maar dat ze de cliënt moet doorverwijzen naar een collega met betere subspecialisatie of meer ervaring op een bepaald gebied. Geen van de ergotherapeuten is op de hoogte van de indicatorenset voor doorverwijzing door huisartsen. Communicatie met huisartsen is praktisch onbestaande. Vijf ergotherapeuten geven aan dat er geen communicatie is en 1 zegt dat er zeldzame overlegmomenten zijn. Er zijn alsnog 2 positieve antwoorden waarbij de communicatie verloopt via papieren verslagen of waar de ergotherapeut het medisch dossier mag gaan inkijken alvorens op huisbezoek te gaan. De ergotherapeuten zouden het wel graag anders zien verlopen en de meesten hopen te communiceren via telefonisch contact.

Andere mogelijkheden voor overleg zijn via mail, verwijsbrief, verslagen of via persoonlijk contact. Eén ergotherapeut geeft aan dat enkel een folder meegeven aan de patiënt de drempel om hulp te zoeken bij een ergotherapeut niet verlaagt en stelt voor dat de huisarts dit toch van dichter bij opvolgt. Iemand anders stelt voor om een centraal medisch dossier te ontwerpen waartoe zij ook toegang hebben. Zeven respondenten geven aan dat ze vragende partij zijn voor overleg, hoewel 3 hiervan melden dat het niet altijd noodzakelijk is. Overleg dient voornamelijk voor overdracht van belangrijke informatie en om noden, verwachtingen en doelstellingen op elkaar af te stemmen. Alleszins, de deelnemende ergotherapeuten willen allemaal met veel plezier nauwer samenwerken met de huisartsen van hun cliënteel. Een paar ergotherapeuten stellen zich de vraag of huisartsen hier ook voor openstaan. De belangrijkste suggesties van de ergotherapeuten rond de samenwerking tussen huisartsen en ergotherapeuten zijn bekendmaking van het beroep en informatie naar de huisartsen toe, eventueel door presentaties te geven op LOK bijeenkomsten. Eén ergotherapeut haalt ook een verbetering van de terugbetalingsmodaliteiten aan.

5.4. Discussie

5.4.1. Plaats van ergotherapie in de thuiszorg?

5.4.1.1. Ergotherapie in Vlaanderen

Er is nood aan een duidelijker registratiesysteem voor ergotherapeuten in de thuiszorg want momenteel is er geen zicht over welke ergotherapeuten in de thuiszorg werken en welke niet. Er zijn echter veel mogelijkheden om als ergotherapeut in de thuiszorg te werken, onder andere op zelfstandige basis, vanuit dienstencentra of vanuit de mutualiteiten en er worden soms regionale projecten opgezet waarin ergotherapeuten betrokken worden in de thuiszorg. De 3 laatste belemmeren jammer genoeg de mogelijkheid om als zelfstandige ergotherapeut in de thuiszorg te werken, hoofdzakelijk omwille van grote verschillen in kostprijs. Dienstencentra of mutualiteiten bieden ergotherapie vaak gratis of met terugbetaling aan maar zijn dan meestal beperkt in hun aanbod van interventies. Daartegenover staat dat ergotherapie door zelfstandige ergotherapeuten enkel in aanmerking komt voor Riziv-terugbetaling indien deze interventies zijn voorgeschreven door een revalidatiearts bij een selecte groep patiënten.

5.4.1.2. Samenwerking van huisartsen en ergotherapeuten

Huisartsen zijn op de hoogte van ergotherapie maar bijna 80% van de ondervraagde huisartsen is niet vertrouwd met het concept “ergotherapie in de thuiszorg”. Vergelijkbare resultaten kwamen ook al uit andere studies naar voren[1, 2]. Huisartsen geven aan dat ze open staan voor een samenwerking met ergotherapeuten en ze lijken wel een idee te hebben waarvoor ze patiënten zouden doorverwijzen naar een ergotherapeut. Enkele barrières staan deze coöperatie echter in de weg, zijnde hun onervarenheid met ergotherapie, de moeilijke bereikbaarheid van ergotherapeuten en het gebrek aan terugbetaling voor de patiënt. Hierdoor doen ze veelal beroep op beter gekende thuiszorgalternatieven zoals kinesitherapie of thuisverpleging. De overgrote meerderheid van de huisartsen gelooft wel in de meerwaarde van ergotherapie in de thuiszorg en zou hier graag in de toekomst beroep op doen, mits informatie en aanpassingen van de bovengenoemde hinderpalen. De verspreiding van de reeds eerder genoemde indicatorenset in combinatie met uitgebreidere informatiecampagnes, kan een manier zijn om aan de vraag naar informatie tegemoet te komen.

5.4.1.3. Noden en vragen vanuit de ergotherapeuten

Ergotherapeuten geven aan dat hun klanten vanuit een groot aantal instanties kunnen doorverwezen worden maar desondanks blijft doorverwijzing zeer beperkt, ook vanuit de huisarts. Nochtans menen de ergotherapeuten dat ze wel bereikbaar zijn, hoofdzakelijk via internet maar ook op andere manieren, maar dat de onbekendheid van hun beroep de bereikbaarheid in de weg staat. De doorverwijzing wordt volgens hen eveneens belemmerd door de afwezigheid van terugbetaling. Als er doorverwezen wordt, is er ook heel weinig communicatie met de doorverwijzer. De meerderheid van de ondervraagde ergotherapeuten hebben een ruim aanbod aan interventies op maat van de patiënt en deze zijn ook te vinden op de indicatorenset[(1)]. Een samenwerking met huisartsen, nu praktisch onbestaande, is door de ergotherapeuten zeker gewenst maar zij denken dat er steun nodig is om hun beroep bekend te maken. Een uitbreiding van de nomenclatuur is wenselijk.

5.4.1.4. Ergotherapie in het buitenland

De positieve resultaten van ergotherapie in de thuiszorg lijken reeds opgepikt te zijn bij onze noorderburen want elke Nederlander heeft recht op 10u ergotherapie per kalenderjaar waarvan de kosten worden gedekt door het basispakket van de ziektekostenverzekering[(5)]. Sommige verzekeraars vergoeden zelfs meer in de aanvullende verzekering. Er is doorgaans geen nood aan een verwijsbrief van een huis- of revalidatiearts, tenzij hun verzekeraar dat anders omschrijft in zijn polisvoorwaarden[(5)]. Een Nederlands onderzoek geeft ook aanwijzingen dat een verbeterde terugbetaling voor patiënten die een ergotherapeut raadplegen zorgt voor een toename in ergotherapeuten die op zelfstandige basis werken[(6)].

5.4.2. Sterktes en zwaktes van het onderzoek

5.4.2.1. Sterktes

Deze studie werd uitgevoerd door middel van een online enquête. Dit verkleint de interpretatiebias en waarborgt de anonimiteit waardoor de kans op het verkrijgen van oprechte antwoorden verhoogt. De studie bevraagt zowel huisartsen als ergotherapeuten over de positie van ergotherapie in de thuiszorg en brengt in beide deelnemende groepen duidelijke resultaten naar voor. Het is een sterk punt dat ergotherapeuten werkzaam in verschillende streken in Vlaanderen gereageerd hebben. Het zou nog interessanter zijn mochten er meer ergotherapeuten uit Oost-Vlaanderen geantwoord hebben want daar zijn al enkele interessante initiatieven met betrekking tot ergotherapie in de thuiszorg opgezet (bv. Ergothuis). Een bijkomend pluspunt is dat deze studie de nadruk legt op een samenwerking tussen huisartsen en ergotherapeuten. Huisartsen van alle leeftijdsgroepen waren vertegenwoordigd. Allen geven blijk geïnteresseerd te zijn om ergotherapie te betrekken in de thuiszorg.

5.4.2.2. Zwaktes

Het responspercentage lag rond 30% bij de ergotherapeuten, wat relatief goed is, maar bij de huisartsen is dit jammer genoeg niet te bepalen gezien het onbekend aantal huisartsen dat aangeschreven werd. Tien ergotherapeuten, die van een beperkte lijst komen van 27 ergotherapeuten, en 51 huisartsen zijn tevens vrij kleine populaties en steekproeffouten zijn hier altijd mogelijk, bijvoorbeeld ongeïnteresseerden kunnen al afhaken bij het lezen van de titel van de enquête. Dit maakt dat de resultaten dus niet noodzakelijk te extrapoleren zijn naar de grotere populatie van huisartsen of ergotherapeuten.

5.5. Conclusie

Uit onze kleinschalige studie komt naar voren dat zowel huisartsen als ergotherapeuten open staan voor een onderlinge samenwerking.

Huisartsen lijken overtuigd van de meerwaarde van ergotherapie, maar zetten de stap richting de uitbouw van een samenwerking niet omwille van grote hinderpalen, zijnde de onervarenheid met ergotherapie, de onbekendheid van ergotherapeuten en de afwezigheid van een degelijke terugbetaling.

Zelfstandige ergotherapeuten zijn van mening dat ze een meerwaarde kunnen bieden in de thuiszorg. Ze krijgen echter weinig doorverwijzingen. Dit wijten zij hoofdzakelijk aan de onbekendheid van hun beroep en een te beperkte nomenclatuur voor terugbetaling van hun interventies.

Zelfstandige ergotherapeuten willen graag werkzaam zijn in de thuiszorg maar worden hierin bemoeilijkt door het goedkopere doch beperktere aanbod van ergotherapie door dienstencentra en mutualiteiten.

Om het beroep ergotherapie te kunnen integreren in de thuiszorg is er nood aan uitgebreide informatiecampagnes voor huisartsen en voor de algemene bevolking met steun vanuit de ergotherapeutenorganisaties en de overheid.

5.6. Referenties:

1. De Coninck, L. et al. - Ergo@home. Informatie- en sensibilisatiecampagne voor huisartsen aangaande ergotherapie in de thuiszorg – jaarboek ergotherapie 2011 - Acco uitgeverij – september 2011
2. Vande Velde D. en De Vriendt P. Uitgegeven bij Standaard Uitgeverij; - Ergotherapie in de thuiszorg. Verslag van een multidisciplinair onderzoek in Oost-Vlaanderen. - ISBN 978 90 341 9251 6 (D/2009/0034/239) Uitgegeven bij Standaard Uitgeverij – 2006
3. www.ergotherapie.be geraadpleegd op 12 februari 2014
4. Steinberg P. - Prospectieve studie met het oog op de erkenning van ergotherapeuten als gezondheidszorgbeoefenaars – rapport FOD volksgezondheid, veiligheid van voedselketen en leefmilieu - juli 2011
5. Beroepsvereniging voor ergotherapeuten – ergotherapienederland - http://www.ergotherapie.nl/ZOEK_EEN_ERGOTHERAPEUT/Vergoeding_ergotherapie.html - geraadpleegd op 13 april 2014
6. Hingstman L. en Kenens R. – Het aantal (vrijgevestigde) ergotherapeuten blijft groeien – Peiling Nivel – EM – 2012

6. Dankwoord

Ik dank mijn promotor Prof. Dr. Aertgeerts Bert en copromotor Mevr. De Coninck Leen voor hun begeleiding bij het schrijven van deze masterproef. Zonder hun inzichten was dit niet het werk geworden dat het nu is.

Ik dank alle huisartsen en ergotherapeuten die de enquête met enthousiasme en zorg ingevuld hebben.

Ik dank het Vlaams ergotherapeutenverbond voor het verschaffen van informatie over de ergotherapie in de thuiszorg in Vlaanderen, evenals alle personen die mij, hoe klein hun inbreng ook, geholpen hebben in het schrijven van deze thesis.

Ik dank mijn praktijkopleider, Dr. De Becker Nicole, en collega, Prof. Dr. Vansintejan Johan, voor hun steun en inzichten doorheen mijn opleiding tot huisarts.

Laatst maar niet minst, betuig ik mijn dank aan mijn ouders, broers en Anja voor hun steun en hun inbreng tijdens het maken van dit werk en op elk moment van mijn leven.

7. Bijlagen

Bijlage 1. Meerkeuzenvragenlijst Artsen:

Gelieve bij elke vraag aan te duiden wat voor u geldt of het meest van toepassing is.

U mag, indien nodig, meerdere antwoordmogelijkheden aanduiden. Op vragen waar u "andere" kiest mag u dit tekstveld vrij invullen. Op het einde van de vragenlijst is er ruimte voor opmerkingen of aanvullingen.

Alvast bedankt.

Algemene gegevens:

Geslacht: □ man □ vrouw

Leeftijd: □ <35 jaar □ 36-45 jaar □ 46-55 jaar □ 56-65 jaar □ >65 jaar

1. Voorkennis:

1.a Bent u bekend met ergotherapie in de thuiszorg?

□ ja

□ nee

Zo nee, ga door naar 2.b.

1.b Kent u/maakt u gebruik van de indicatorenset voor ergotherapie in de thuiszorg?

□ ja, ik ken ze, maar gebruik ze niet in de praktijk

□ ja, ik ken ze en gebruik ze als leidraad voor mijn doorverwijzingen

□ nee, ik ken ze niet

2. Samenwerking:

2.a Verwijst u patiënten door voor ergotherapie?

□ ja

Zo ja, kan u dit specifiëren? ……

……..

□ nee

Zo nee, waarom niet? ……

……..

2.b Om welke reden zou u een patiënt doorverwijzen voor ergotherapie?
Ergotherapie is een cliëntgericht gezondheidszorgberoep dat gezondheid en welzijn beoogt door middel van betekenisvolle activiteiten. De ergotherapeut streeft uitvoeren van dagelijkse activiteiten en participatie na en dit op vlak van zelfzorg, arbeid/onderwijs en vrije tijd. (CAOT, 1997)

□ oudere persoon met valproblematiek

□ persoon met veranderde functionele mogelijkheden (problemen met uitvoeren van zelfzorg, normale arbeid, vrijetijdsbesteding)

□ thuiswonende afhankelijke persoon met veranderde woonomstandigheden (wegvallen partner of mantelzorg, verhuis naar onaangepaste woonomgeving, …)

□ persoon met chronische pijn (belemmerd in zelfzorg, normale arbeid en/of vrijetijdsbesteding)

□ andere: ……

2.c Bij doorverwijzing, acht u feedback nodig?

□ ja

□ nee

Zo ja, kan u specifiëren welk soort feedback u wenst? ……..

……

2.d Wat schrijft u op het voorschrift voor ergotherapie?

□ problematiek van de patiënt, aantal beurten en gewenste frequentie

□ problematiek van de patiënt, aantal beurten, gewenste frequentie en de te verwachten aanpak door de ergotherapeut

□ andere:……

2.e Wat zijn eventuele beperkingen/knelpunten voor doorverwijzing voor u?

□ ik ken geen of onvoldoende ergotherapeuten werkzaam in de thuiszorg

□ ergotherapeuten zijn moeilijk bereikbaar

□ ik ben onvoldoende op de hoogte van de voordelen van ergotherapie in de thuiszorg

□ ik ben onvoldoende op de hoogte van indicaties voor doorverwijzing naar ergotherapie

□ andere:……

3. Praktisch:

3.a Kent u ergotherapeuten in de thuiszorg in uw regio?

□ ja

□ nee

3.b Indien u een ergotherapeut wenst te contacteren, op welke manier doet u dit/zou u dit doen?

□ ik contacteer zelf via mail of telefoon

□ ik laat de patiënt de ergotherapeut contacteren

□ ik contacteer het OCMW of de mutualiteit voor verdere opvolging

□ andere:……..

3.c Weet u hoe de regelgeving voor de terugbetaling van ergotherapie is?

□ ja

□ nee

Zo ja, wat is volgens u de gemiddelde bijdrage van een patiënt bij doorverwijzing door een huisarts? ……

3.d Wat zijn volgens u barrières om een ergotherapeut te contacteren?

□ ik heb er onvoldoende ervaring mee

□ er is een tekort aan ergotherapeuten in de thuiszorg (moeilijke bereikbaarheid, lange wachtlijsten)

□ hoge kost voor de patiënt

□ andere:……

……

4. Verwachtingen:

4.a Wat verwacht u van een samenwerking met ergotherapeuten?

□ regelmatig overlegmomenten

□ enkel overleg op vraag

□ uitvoering van de door mij gevraagde hulpverlening

□ vrije invulling van therapie naar nood van de patiënt

□ Doorsturen van behandelverslag

□ andere:……

4.b Wat verwacht u dat ergotherapie kan bijdragen aan de behandeling van uw patiënt?

□ aanpassingen in de woonsituatie

□ verbetering ADL

□ afname van het aantal valpartijen

□ andere: ……..

4.c Denkt u dat ergotherapie een meerwaarde kan bieden in de thuiszorg?

□ ja

□ nee, geen nood aan

4.d Zou u in de toekomst meer beroep willen doen op ergotherapeuten?

□ ja

□ nee

Indien ja, wat zijn volgens u barrières die nog moeten worden weggewerkt?

……

……

Indien neen, waarom niet? ……..

……..

4.e Denkt u dat er iets moet veranderen aan de terugbetalingsmodaliteit voor ergotherapie?

□ ja

□ nee

Zo ja, kan u dit specifiëren? …….

……..

5. Opmerkingen (vrij in te vullen):

……
……
……

……
……
……

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst!

Bijlage 2. Openvragenlijst Ergotherapie:

Geslacht: **Leeftijd:** **Beroep (voltijds/deeltijds):**

Werkregio:

1. Inleiding:

Waarom werkt u als ergotherapeut(e) in de thuiszorg?

Via welke weg bereiken patiënten uw hulpverlening? Zou er hier verandering in moeten komen?

Worden er patiënten doorverwezen via de huisarts?

Voor welke indicatie worden patiënten naar u doorverwezen?

Welke ergotherapeutische behandelingen biedt u aan?

2. Samenwerking:

Bent u op de hoogte van de indicatorenset voor huisartsen aangaande doorverwijzing naar ergotherapie? Zo ja, wat denkt u over deze indicatorenset?

Hoe denkt u over de samenwerking tussen ergotherapeuten en huisartsen?

Indien een arts doorverwijst, welke patiëntinformatie wenst u op de verwijsbrief?

Worden patiënten op juiste indicatie doorverwezen?

Hoe verloopt de communicatie met doorverwijzers?

Hoe verloopt de communicatie met huisartsen? Hoe zou deze moeten verlopen?

Zijn overlegmomenten wenselijk? Zo ja, in welke situaties?

Denkt u dat ergotherapeuten nauwer moeten samenwerken met huisartsen?

3. Praktisch:

Wat denkt u over de bereikbaarheid van ergotherapeuten in de thuiszorg?

Zijn er in uw praktijk wachtlijsten voor ergotherapie?

Hoe zijn de ergotherapeutische sessies ingedeeld?

4. Evaluatie:

Heeft u nog opmerkingen of suggesties om de samenwerking met huisartsen te optimaliseren naar de toekomst? Zo ja, welke?

Heeft u nog opmerkingen of suggesties betreffende ergotherapie in de thuiszorg? Zo ja, welke?

Bijlage 3. Resultaten enquête huisartsen:

Geslacht

Man	20 (39.22 %)
Vrouw	31 (60.78 %)

n = 51
# 51

Leeftijd

<35 jaar	19 (37.25 %)
36-45 jaar	6 (11.76 %)
46-55 jaar	14 (27.45 %)
56-65 jaar	11 (21.57 %)
>65 jaar	1 (1.96 %)

n = 51
# 51

1.a Bent u bekend met ergotherapie in de thuiszorg?

Ja	11 (21.57 %)
Nee (ga door naar 2.b)	40 (78.43 %)

n = 51
# 51

1.b Kent u/maakt u gebruik van de indicatorenset voor ergotherapie in de thuiszorg?

Ja, ik ken ze, maar gebruik ze niet in de praktijk	1 (7.14 %)
Ja, ik ken ze en gebruik ze als leidraad voor mijn doorverwijzingen	1 (7.14 %)
Nee, ik ken ze niet	12 (85.71 %)

n = 14
# 14

2.a Verwijst u patiënten door voor ergotherapie? (+ waarom wel/niet?)

Ja	6 (31.58 %)
Nee	13 (68.42 %)

n = 19
# 19

2.b Om welke reden zou u een patiënt doorverwijzen voor ergotherapie?

Ergotherapie is een cliëntgericht gezondheidszorgberoep dat gezondheid en welzijn beoogt door middel van betekenisvolle activiteiten. De ergotherapeut streeft uitvoeren van dagelijkse activiteiten en participatie na en dit op vlak van zelfzorg, arbeid/onderwijs en vrije tijd. (CAOT, 1997)



Oudere persoon met valproblematiek	38 (74.51 %)
Persoon met veranderde functionele mogelijkheden (problemen met uitvoeren van zelfzorg, normale arbeid, vrijetijdsbesteding)	40 (78.43 %)
Thuiswonende afhankelijke persoon met veranderde woonomstandigheden (wegvallen partner of mantelzorg, verhuis naar onaangepaste woonomgeving, …)	33 (64.71 %)
Persoon met chronische pijn (belemmerd in zelfzorg, normale arbeid en/of vrijetijdsbesteding)	18 (35.29 %)
Andere	0 (0 %)

n = 51
# 129

2.c Bij doorverwijzing, acht u feedback nodig?

Zo ja, kan u specifiëren?



Ja	49 (96.08 %)
Nee	2 (3.92 %)

n = 51
# 51

2.d Wat schrijft u op het voorschrift voor ergotherapie?



Problematiek van de patiënt, aantal beurten en gewenste frequentie	27 (65.85 %)
Problematiek van de patiënt, aantal beurten, gewenste frequentie en de te verwachten aanpak door de ergotherapeut	5 (12.2 %)
Andere	9 (21.95 %)

n = 41
# 41

2.e Wat zijn eventuele beperkingen/knelpunten voor doorverwijzing voor u?



Ik ken geen of onvoldoende ergotherapeuten werkzaam in de thuiszorg	45 (90 %)
Ergotherapeuten zijn moeilijk bereikbaar	5 (10 %)
Ik ben onvoldoende op de hoogte van de voordelen van ergotherapie in de thuiszorg	29 (58 %)
Ik ben onvoldoende op de hoogte van indicaties voor doorverwijzing naar ergotherapie	39 (78 %)
Andere	4 (8 %)

n = 50
# 122

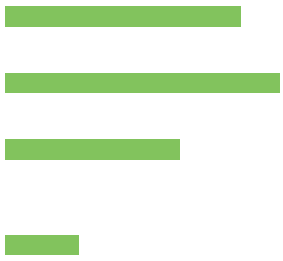
3.a Kent u ergotherapeuten in de thuiszorg in uw regio?



Ja	7 (13.73 %)
Nee	44 (86.27 %)

n = 51
# 51

3.b Indien u een ergotherapeut wenst te contacteren, op welke manier doet u dit/zou u dit doen?



Ik contacteer zelf via mail of telefoon	19 (39.58 %)
Ik laat de patiënt de ergotherapeut contacteren	22 (45.83 %)
Ik contacteer het OCMW of de mutualiteit voor verdere opvolging	14 (29.17 %)
Andere	6 (12.5 %)

n = 48
# 61

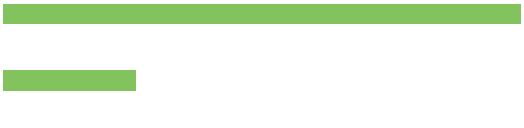
3.c Weet u hoe de regelgeving voor de terugbetaling van ergotherapie is?
Zo ja, wat is de gemiddelde bijdrage van een patiënt bij doorverwijzing door de huisarts?



Ja	1 (1.96 %)
Nee	50 (98.04 %)

n = 51
# 51

3.d Wat zijn volgens u barrières om een ergotherapeut te contacteren?



Ik heb er onvoldoende ervaring mee	43 (86 %)
Er is een tekort aan ergotherapeuten in de thuiszorg	11 (22 %)

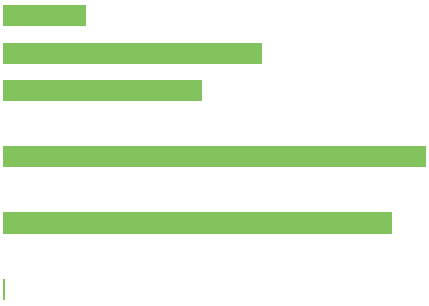
(moeilijke bereikbaarheid, lange wachtlijsten)

Hoge kost voor de patiënt 8 (16 %)

Andere 1 (2 %)

n = 50
# 63

4.a Wat verwacht u van een samenwerking met ergotherapeuten?



Regelmatig overlegmomenten 7 (13.73 %)

Enkel overleg op vraag 22 (43.14 %)

Uitvoering van de door mij gevraagde hulpverlening 17 (33.33 %)

Vrije invulling van therapie naar nood van de patiënt 36 (70.59 %)

Doorsturen van behandelverslag 33 (64.71 %)

Andere 0 (0 %)

n = 51
# 115

4.b Wat verwacht u dat ergotherapie kan bijdragen aan de behandeling van uw patiënt?



Aanpassingen in de woonsituatie 46 (90.2 %)

Verbetering ADL 47 (92.16 %)

Afname van het aantal valpartijen 33 (64.71 %)

Andere 2 (3.92 %)

n = 51
# 128

4.c Denkt u dat ergotherapie een meerwaarde kan bieden in de thuiszorg?



Ja 49 (96.08 %)

Nee, geen nood aan 2 (3.92 %)

n = 51
# 51

4.d Zou u in de toekomst meer beroep willen doen op ergotherapeuten?
Indien ja, wat zijn volgens u barrières die nog moeten worden weggewerkt? Indien nee, waarom niet?



Ja 49 (96.08 %)

Nee 2 (3.92 %)

n = 51
# 51

4.e Denkt u dat er iets moet veranderen aan de terugbetalingsmodaliteit voor ergotherapie?

Zo ja, kan u dit specifiëren?

Ja		18 (54.55 %)
Nee		15 (45.45 %)

n = 33
# 33

Legenda:
n = aantal respondenten dat de vraag heeft gezien
# = aantal ontvangen antwoorden

Vraag	2.a Verwijst u patiënten door voor ergotherapie? (+ waarom wel/niet?)	2.b Om welke reden zou u een patiënt doorverwijzen voor ergotherapie? ANDERE	2.c Bij doorverwijzing, acht u feedback nodig? Zo ja, kan u specifiëren welk soort feedback u wenst?	2.d Wat schrijft u op het voorschrift voor ergotherapie? ANDERE	2.e Wat zijn eventuele beperkingen/knelpunten voor doorverwijzing voor u? ANDERE
R1					
R2				Advies	
R3			Ja, elektronisch		
R4	Ja, Aanpassen woonaspecten aan noden van de patiënt.		Ja, Overleg over vorderingen, en haalbare doelen.	Eerder adviesvraag	
R5	Nee, Onbekend				
R6			Ja, liefst brief via medimail		
R7					
R8	Nee, niet gekend		Ja, electronisch naar huisarts	Nog niet gebeurd	Ik werk met kine\'s en verpleging en mantelzorgen voor die functies, en denkt niet aan ergotherapeuten
R9					
R10			Ja, verslag		
R11	Ja, ergotherapeut en zijn onmisbare partners in revalidatie	Andere: iedere persoon met fysieke beperking die open staat voor hulp van een ergotherapeut	Ja, info over vorderingen en verdere mogelijkheden van de patiënt zodat ik dat verder met hem kan bespreken	problematiek van de patiënt en als nodig info over psyche van de patiënt	ik ben onvoldoende op de hoogte over de financiële consequenties voor de patiënt
R12			Ja, verslag is wenselijk om overzicht als huisarts te kunnen bewaren binnen alle zorgen voor de patiënt		
R13			Ja, welke mogelijkheden naar evtl herwinnen functionaliteit zijn er opgetreden		
R14					
R15			Ja, telefonisch overleg		
R16	Nee, onvoldoende bekend.		Ja, evolutieverslag		
R17			Ja, Graag verslag zodat wij als arts weten hoe, patiënt geholpen is en hier zelf ook		

			uit kunnen leren		
R18			Ja, Evolutie, welke behandeling		
R19			Ja, evaluatie situatie door ergotherapeute, ook evolutie		
R20					
R21			Ja, is er evolutie?		
R22			Ja, geen samenwerking zonder feed back	nog geen ervaring	
R23			Ja, voor goede follow-up		
R24	Nee, Kine			Geen idee	
R25					
R26					
R27					
R28			Ja, belangrijk voor de gezondheid v patiënt om te weten wat wel/niet lukt		
R29	Nee, veel te weinig, denk er niet genoeg aan		Ja, verslaggeving is goed om de samenwerking te bevorderen, maar ook onze voorkennis te optimaliseren		
R30	Nee, Onvoldoende ervaring w.		Ja, als huisarts bekijkt men patiënt in zijn totaliteit		
R31			Ja, schriftelijk via e-health	Weet niet	
R32					
R33	Nee, Geen namen bekend		Ja, wat de arts dient te weten		
R34					kostprijs
R35			Ja, Informatie-uitwisseling leidt tot een betere aanpak, ook naar toekomstige patiënten toe.		
R36					
R37			Ja, Verslag geboekte vooruitgang	Problematiek en beoogde doel	

R38					
R39			Ja, overleg, kennis delen		
R40			Ja, info over genomen maatregelen		
R41					
R42			Ja, opdat multidisciplinair thuisteam, gebruik kan maken van advies ergo		werk in gezondheidshuis, onze verpleegsters kontakteren ergo zonodig
R43	Nee, Ik ken geen ergotherapeut en weet niet welke hulp deze kan bieden		Ja, Aanpassingen en vorderingen meedelen		
R44			Ja, LOGISCH DAT HA CENTRAAL BLIJFT		
R45					
R46	Nee, Nog niet		Ja, Totaalzorg voor pt		
R47					
R48			Ja, wat en hoeveel		
R49			Ja, plan van aanpak, evolutieverslag		
R50					
R51			Ja, voor ons heel leerzaam en ook om meer info te kunnen geven aan nieuwe patiënten die we kunnen doorverwijzen		

Vraag	**3.b Indien u een ergotherapeut wenst te contacteren, op welke manier doet u dit/zou u dit doen? ANDERE**	**3.c Weet u hoe de regelgeving voor de terugbetaling van ergotherapie is? Zo ja, wat is volgens u de gemiddelde bijdrage van een patiënt bij doorverwijzing door een huisarts?**	**3.d Wat zijn volgens u barrières om een ergotherapeut te contacteren? ANDERE**	**4.a Wat verwacht u van een samenwerking met ergotherapeuten? ANDERE**
R1				
R2				
R3				
R4				

R5				
R6	internet???? Ken er geen...			
R7				
R8				
R9				
R10				
R11	ik google			
R12				
R13				
R14				
R15				
R16				
R17				
R18				
R19				
R20				
R21				
R22	praktijkhulp			
R23				
R24	geen idee			
R25				
R26				
R27				
R28				
R29				
R30				
R31	weet dit niet			
R32				
R33				

R34		40		
R35				
R36				
R37			Onbekend maakt onbemind	
R38				
R39				
R40				
R41				
R42	onze sociaal verpleegkundige kontakteert ergo			
R43				
R44				
R45				
R46				
R47				
R48				
R49				
R50				
R51				

Vraag	**4.b Wat verwacht u dat ergotherapie kan bijdragen aan de behandeling van uw patiënt? ANDERE**	**4.d Zou u in de toekomst meer beroep willen doen op ergotherapeuten? Indien ja, wat zijn volgens u barrières die nog moeten worden weggewerkt? Indien neen, waarom niet?**	**4.e Denkt u dat er iets moet veranderen aan de terugbetalingsmodaliteit voor ergotherapie? Zo ja, kan u dit specifiëren?**	**5. Opmerkingen?**
R1		Ja bereikbaarheid van ergotherapie is laag; ziekenfondsen schakelen hun ergo niet in bij vraag van huisarts		
R2		Ja Persoonlijke kennismaking		
R3		Ja		

R4		Ja Bekendmaking van de mogelijkheden van ergotherapie in de thuiszorg.	Ja, Bekend maken hoe dat al zit, en types \'behandelingen onderscheiden...	
R5		Ja		
R6		Ja Ik moet een ergotherapeut zoeken die ik kan contacteren. Ik moet mij informeren over prijs en terugbetalingscriteria...	ik denk, maar weet het niet zeker, dat er geen terugbetaling is.	
R7		Nee binnenkort komen er meer therapeuten aan huis dan klanten in de colruyt?		
R8		Ja Informatie	modaliteiten niet gekend	
R9		Ja		
R10		Ja ik ken geen ergotherapeuten in de thuiszorg	ik ken de terugbetalingsmodaliteiten niet	
R11	omgaan met fysieke beperkingen	Ja M dit te doen en Ik ken nog geen geschikte ergotherapeuten in mijn omgeving en ook niet wat de prijs en de terugbetalingsvoorwaarden zijn	meer info hierover naar de artsen	Ik ken de mogelijkheden van ergotherapeuten vooral uit de gehandicaptenzorg; hier werken de ergo\'s binnen de conventie van een revalidatiecentrum.\r\n\'\r\n\'\r\n
R12		Ja organiseren van info-sessies regionaal?		
R13		Ja zoals voordien reeds gemeld ken ik geen ergotherapeuten die thuis gaan werken		
R14		Ja		
R15	steun voor patiënt	Ja bereikbaarheid\r\n evolutieverslag of overleg		
R16		Ja nog onvoldoende bekend		
R17		Ja Meer kennis bij huisarts en meer praktische info over waar te vinden, kostprijs, mogelijke behandelstrategieën, ...		
R18		Ja Meer informatie geven bij huisartsen over wat ergotherapeuten kunnen doen in thuiszorg en hoe je ze kan bereiken.	meer info rond terugbetaling geven	
R19		Ja betere bekendheid van de beschikbare ergotherapeuten in de regio + mogelijke prestaties en terugbetalingsregeling		
R20		Ja		

R21		Ja Meer uitleg, kan zeker nuttig zijn, maar niet mee vertrouwd	ken de voorwaarde niet...	Succes met je masterproef!
R22		Ja nog personen nog taak zijn bekend buiten ziekenhuis\r\n zullen zichzelf ook moeten bekende maken, bv door deel te nemen aan TGZ teams	bekendheid	zeer goed initiatief, hopelijk brengt dit kentering
R23		Ja mogelijkheid van ergotherapie in thuissituatie is onvoldoende gekend door huisarts en patiënt		
R24		Ja		
R25		Ja meer terugbetaling		
R26		Ja		
R27		Ja financieel en beschikbaarheid		
R28		Ja bijscholing huisartsen en lijst van ergotherapeuten en hoe terugbetaald? wat doet de kinesist en wat de ergotherapeut?		
R29		Ja betere voorkennis		
R30		Ja Bereikbaarheid ergotherapeuten, praktische organisatie	is wschl voor heel wat patiënten te duur	
R31		Ja Onvoldoende kennis.\r\n Waar zijn er ergotherapeuten te vinden? \r\n		Ik kan niet antwoorden op vragen over onderwerpen waarvan ik geen kennis heb.
R32		Ja		
R33		Ja		heb alleen ervaring met ergotherapeuten in instellingen voor gehandicapten en bejaarden
R34		Ja		
R35		Ja Grotere bekendheid + bereikbaarheid + meer communicatie omtrent indicaties.		
R36		Ja		
R37		Ja Betere profilering van ergo thuis naar artsen toe.\r\n	Geen benul van hoe die nu zijn.	
R38		Ja Kennis en bereikbaarheid\r\n Informatie grote publiek		Vraag 19 : ik ken de modaliteiten onvoldoende om gefundeerd te antwoorden
R39		Ja		

R40		Ja Gebrek aan kennis over het werk van ergotherapeuten. Ook de bevolking kent dit onvoldoende.		Vraag 19: ik weet niets over de terugbetaling van ergotherapeuten
R41		Nee		
R42		Ja belang om onze kines en verpleegsters die aan huis gaan, te sensibiliseren voor meerwaarde van ergo	gratis voor patiënt	
R43		Ja Duidelijke voorstelling van het beroep en indicaties waarbij ergotherapeut hulp kan bieden.		
R44	WAT IS ADL ?	Ja KENBAAR MAKEN EN MEER INFO		TERUGBETALINGSMODALITEITEN ZIJN MIJ ONBEKEND
R45		Ja		
R46		Ja Weinig kennis van indicatie. ken geen zelfstandige ergotherapeuten. terugbetaling?		Domein dat idd nog heel onbekend is in 1ste lijnszorg maar mi zeker potentieel heeft
R47		Ja cfr vorige antwoorden		
R48		Ja Ik kan me voorstellen dat een 1:1 situatie handenvol geld kost en niet haalbaar is; patiënten naar een zorgcentrum of therapiecentrum laten gaan is dan weer moeilijk; inschakelen van mantelzorg		Hoe komt het dat ik zo weinig weet hierover? Waar en wanneer heb ik het gemist dat er terugbetaling is? Wie had mij daarover kunnen informeren? Is er evidence based materiaal?
R49		Ja Ik moet me zelf beter informeren over de mogelijkheden nu ik weet dat die er zijn.		
R50		Ja onvoldoende gekend in thuiszorg		
R51		Ja infosessies voor artsen over wat een ergotherapeut biedt, doet, wat de kostprijs is voor de patiënt, ...		

Bijlage 4. Resultaten enquête ergotherapeuten:

Geslacht:



Man	2 (20 %)
Vrouw	8 (80 %)

n = 10
# 10

Leeftijd:



<25	0 (0 %)
25-35	4 (40 %)
36-45	1 (10 %)
>45	5 (50 %)

n = 10
# 10

Beroep:



Voltijds ergotherapeut in de thuiszorg	0 (0 %)
Deeltijds ergotherapeut in de thuiszorg	10 (100 %)

n = 10
# 10

Legenda:
n = aantal respondenten dat de vraag heeft gezien
# = aantal ontvangen antwoorden

Vraag	Geslacht	Leeftijd	Beroep	Werkregio
Legende	1 = man 2 = vrouw	1 = < 25 2 = 25-35 3 = 36-45 4 = >45	1 = Voltijds ET in de thuiszorg 2= Deeltijds ET in de thuiszorg	
R1	2	4	2	Mechelen - Boom
R2	2	2	2	NoorderKempen
R3	2	4	2	Turnhout en grote omgeving
R4	2	2	2	Herentals
R5	2	4	2	Vlaanderen
R6	1	3	2	Antwerpen
R7	2	4	2	Vlaanderen
R8	1	4	2	Limburg
R9	2	2	2	Limburg
R10	2	2	2	Leuven

Vraag	1.a Waarom werkt u als ergotherapeut(e) in de thuiszorg?	1.b Via welke weg bereiken patiënten uw hulpverlening? Zou er hier verandering in moeten komen?	1.c Worden er patiënten doorverwezen via de huisarts?	1.d Voor welke indicatie worden patiënten naar u doorverwezen?
R1	Ik werk in de psychiatrie en probeer daarnaast projecten te starten waarvoor ik de nood voel vanuit mijn werk in de psychiatrie. Dat is zorg "in" de maatschappij, groepen waar men na opname terecht kan. Eventueel moet ik daarvoor aan huis gaan, om dan de weg naar die groepen te maken. Gestart is: Relaxatiegroep, gestart en terug gestopt: "Op Verhaal Komen" en nog niet gestart: Zwemgroep.\r\n Ik wil een breed publiek bereiken en niet alleen mensen na een opname. Dus ik moet eerst zorgen dat ik een groep heb en kan daar dan kwetsbare mensen bij uitnodigen.	Het woord patiënt is hier niet geschikt; het zijn klanten. Ik heb folders aan huisartsen en therapeuten of groepspraktijken gestuurd. Er is maar 1 klant verwezen via een psycholoog. De relaxatiegroep gaat door in een sauna en het cliënteel van de sauna wordt daardoor aangesproken. Naar deze groep zou ik patiënten van de psychiatrie kunnen doorverwijzen. Verder wordt ik gevonden via: www.nonverbale.be en via www.vindeentherapeut.be, deze sites vertellen niet dat ik aan huis kan komen. Er zou verandering in moeten komen.	Tot nu toe niemand.	Psychische kwetsbaarheid.
R2	Ik heb gemerkt dat er heel wat mensen nood hebben aan extra ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, werken, studeren. Ze hebben baat bij de aanpak van een ergotherapeut, maar deze zorg wordt bijna enkel binnen instellingen aangeboden. Ondanks dat het niet eenvoudig is om als zelfstandig	Mond aan mond, 1x advertentie in plaatselijk krantje, folders via CLB, folders bij huisdokters, folders bij kiné soms via CM. \r\n Ik merk echter dat ergotherapie heel onbekend is bij de mensen EN DOORVERWIJZERS! cliënten komen niet snel tot bij een ergotherapeut.	Nog geen patiënten via huisarts doorverwezen.	kinderen en jongeren met ontwikkelingsproblematiek of problemen bij studeren. Kinderen en jongeren met problemen op gebied van zelfredzaamheid. Kinderen met NAH (omdat daar de vraag naar ondersteuning in schrijfmotoriek en zelfredzaamheid lag)\r\n\r\n Volwassenen: \r\n traumatisch handletsel \r\n reuma\r\n advies en hulpmiddelen\r\n\r\n Mijn voornaamste

	ergotherapeut te werken in België, wil ik deze mensen toch de kans geven om onderbouwde hulp te krijgen.			doelgroep bestaat vooral uit kinderen.\r\n Hier heb ik het meeste ervaring mee, maar ouders en scholen zetten ook sneller de stap naar begeleiding voor hun kind.\r\n Volwassenen uit Nederland komen wel gemakkelijker tot bij de ergotherapeut, daar is ergotherapie echter beter ingeburgerd. \r\n Verder weinig volwassenen. Een enkele keer vraag om patiënt met MS te behandelen, hier heb ik echter weinig of geen ervaring mee. Ik heb deze patiënt dan ook doorverwezen naar een collega met meer ervaring op dat gebied. Dit geldt tevens voor een CVA-patiënt die cognitieve revalidatie nodig had. \r\n
R3	Ik doe het graag en vind dat ik er erg zinvol werk kan doen.	Meestal via doorverwijzing door collega-ergotherapeuten uit ziekenhuizen, revalidatiecentra. Soms ook door iemand van een sociale dienst (ziekenhuis, mutualiteit) of een psycholoog. Ik geef regelmatig navorming aan collega-hulpverleners, waardoor ik op die manier wel een \'professioneel netwerk\' heb ontwikkeld.	Nee, jammer genoeg niet. Ik heb de huisartsen uit de regio nochtans ooit allemaal aangeschreven met een brief en enkele folders waarin ik uitleg wat ik doe. Maar hier is geen enkele respons op gekomen.	Ik heb me gespecialiseerd in de begeleiding van mensen met cognitieve problemen en hun familie, vnl. NAH.
R4	Naast mijn voltijdse job als leidinggevende van het paramedisch team in een WZC in Antwerpen, had ik een groot gemis aan het contact met mijn patiënten. Als ergotherapeute in de thuiszorg werken biedt heel veel uiteenlopende mogelijkheden.	Website van het VE, Edith. Ik ben zelf bezig met een brief op te stellen om de huisartsen in de buurt op de hoogte te stellen. Er zou meer bekendheid moeten zijn.	Zelden.	Handproblematieken
R5	Omdat ik het belangrijk vind dat de leefomgeving aangepast aan de noden en behoeften van elke bewoner, ook voor mensen met een beperking.	Via onze website, via kennissen, via de revabeurs, via collega\'s	Slechts 1 maal tot nog toe	Door de huisarts was dit voor een werkplekaanpassing
R6	Omdat ik zie hoe groot de nood is in de thuiszorg en ik weet hoeveel wij kunnen betekenen voor veel mensen.	via internet of doorverwezen vanuit het ziekenhuis of huisarts	ja	extra oefening van in het ziekenhuis geleerde zaken. aanpassing van de woonomgeving, aanbieden van hulpmiddelen, valproblematiek, zelfstandigheid bevorderen...
R7	Handelen van personen (met/zonder) beperking ondersteunen.	Doorverwijzing via rugschool intramurale zorg.\r\n Privé.\r\n Huisartsen.	ja	Handelingsprobleem acuut/ preventief.
R8	Ben kinesitherapeut en ergotherapeut van opleiding, vandaar mijn ergotherapeutische inbreng	Via huisarts en internet maar dit is zeer miniem	Zelden	activatie - dagschema
R9	het is een gat omdat ergotherapie in de thuiszorg onbekend is en er weinig gebruik van gemaakt wordt. Terwijl het wel heel zinvol is en een ergotherapeut veel kan betekenen in de thuiszorg.	scholen of dokters. heel zelden. het is heel onbekend en dokters blijven bijvoorbeeld kinderen met schrijf of leerproblemen verwijzen naar logopedisten en ze blijven ook kinesitherapie voorschrijven aan revalidatiepatiënten terwijl ze meer geholpen zouden zijn met een ergotherapeut. het zou dringend nodig zijn hier verandering in te brengen.	nee	de Patiënten die ik op dit moment gehad heb waren: schrijfproblemen, ontwikkelingsproblemen en fysieke revalidatie na operatie of CVA

R10	Een aantal jaren geleden heb ik een jaar op Geriatrie in UZ Leuven gewerkt. Hier heb ik ervaren dat de thuissituatie vanuit het ziekenhuis soms moeilijk in te schatten is. Langs de andere kant zijn er soms ook situaties die moeilijk haalbaar lijken, waar je dan op afstand adviezen moet geven.\r\n Het is een voordeel om bij de mensen thuis te kunnen gaan kijken en samen met hen op zoek te gaan naar veranderingen, alternatieven, aanpassingen of hulpmiddelen. Op deze manier kunnen we er naar streven dat deze mensen zo lang mogelijk (zelfstandig) thuis kunnen blijven wonen, ook mits het inschakelen van de nodige zorg. Ook heb ik op Geriatrie ervaren hoe er soms naar een tussentijdse oplossing moet gezocht worden. Wat na de opname in het ziekenhuis? Wat als er geen plaats is in een RVT...	Tot nu toe heb ik nog niet meegemaakt dat patiënten mij zelf contacteerden. Dit verloopt tot nu toe meestal via de huisarts. Maar ook dit is beperkt. Ik ben grote voorstander voor een verandering.\r\n Het beroep moet meer bekendheid krijgen. Hier zijn mensen al terughoudend, omdat ze het niet kennen. Anderzijds heb ik ook al ervaren dat mensen afhaken doordat er nog geen terugbetaling is voor deze interventies.\r\n\r\n Op dit moment is het zelfs ook nog niet evident dat de huisarts de weg vindt naar een ergotherapeut. Ik heb zelf verschillende stappen ondernomen om mijn diensten bekend te maken: Verschillende huisartsen in de regio gaan opzoeken, presentatie tijdens LOC. Maar van deze collega\'s kreeg ik tot nu toe geen enkele reactie.\r\n Jammer, want dit zou mee een stap kunnen zijn in de richting dat mensen meer vertrouwd worden met ergotherapie.	Zie 1b\r\n Meestal wel, 1 keer een doorverwijzing vanuit het ziekenhuis	- Inschatten thuissituatie\r\n- Afname MMSE en GDS\r\n- Valpreventie\r\n- Hulpmiddelenadvies\r\n- Indien nodig training

Vraag	**1.e Welke ergotherapeutische behandelingen biedt u aan?**	**2.a Bent u op de hoogte van de indicatorenset voor huisartsen aangaande doorverwijzing naar ergotherapie? Zo ja, wat denkt u over deze indicatorenset?**	**2.b Hoe denkt u over de samenwerking tussen ergotherapeuten en huisartsen?**	**2.c Indien een arts doorverwijst, welke patiëntinformatie wenst u op de verwijsbrief?**
R1	creatieve therapie; relaxatie; gezonde beweging via het zwemmen en vooral een regelmatig contact als een anker.	neen, ken ik niet.	Het mag meer in de aandacht gebracht worden.\r\n Maar ik denk dat ik geen typisch ergotherapieproject heb. \r\n Ik werk ook niet als zelfstandige ergotherapeut maar heb een VZW opgericht voor non-verbale therapie.	Ik hoef geen info tenzij de huisarts het nodig vindt om mij te informeren. Als de huisarts van mij info wilt dan kan ik die geven als de persoon daarmee akkoord is.
R2	revalidatie en remediëring van :\r\n schrijfmotoriek\r\n fijne motoriek\r\n executieve functies (kinderen en jongeren)\r\n leren leren en huiswerkbegeleiding\r\n blind leren typen\r\n trainen van sociale vaardigheden\r\n trainen van zelfredzaamheid\r\n faalangst begeleiding\r\n advies en hulpmiddelen voor het omgaan met bepaalde ontwikkelingsstoornissen of leerstoornissen. (DCD, ASS, ADHD, dyscalculie, dyslexie,...)\r\n Er wordt individueel per patiënt bekeken waar de patiënt het meeste nood aan heeft op dat moment en op lange termijn.	Ik ben hier niet van op de hoogte. \r\n	Ik denk dat deze samenwerking veel nauwer kan! \r\n Er zijn heel wat mensen die niet tot bij de ergotherapeut komen, maar er absoluut baat bij zouden hebben! \r\n Natuurlijk zit de terugbetaling van ergotherapie in België deels in de weg. \r\n Mensen gaan soms naar bv. kinderpraktijken waar geen ergo beschikbaar is, maar er wel terugbetaling is. Dit is jammer, er worden waarschijnlijk heel wat kansen gemist. \r\n Ook wat handrevalidatie betreft worden mensen vaak naar kiné gestuurd terwijl zijn van de fijne handmotoriek niet altijd dezelfde kennis ter beschikking hebben als de ergotherapeut.	Kinderen en jongeren met ontwikkelingsproblemen, leerstoornissen, leermoeilijkheden, stress. \r\n Kinderen en jongeren met motorische problemen\r\n Kinderen en jongeren met traumatisch letsel\r\n Kinderen en jongeren met problemen op het gebied van zelfredzaamheid\r\n Ouders van kinderen en jongeren die advies willen i.v.m. omgang en aanpak van hun kind. \r\n\r\n Volwassenen:\r\n Handrevalidatie\r\n motorische problemen (bovenste lidmaat)\r\n Problemen op het gebied van zelfredzaamheid\r\n advies en hulpmiddelen op vlak van wonen, werken en vrije tijd\r\n

	\r\n\r\n Volwassenen:\r\n Problemen met handschrift (bv. na traumatisch letsel)\r\n Handrevalidatie o.a. trainen fijne motoriek na traumatisch letsel\r\n problemen met ADL en zelfredzaamheid\r\n advies en hulpmiddelen op het gebied van wonen, werken en vrije tijd.\r\n Dit is voor elke patiënt individueel verschillend , er wordt dan ook gezocht naar een oplossing op maat. \r\n\r\n\r\n		Het voorbeeld van de handencentra in Nederland is iets waar wij in België naar zouden kunnen streven. \r\n\r\n Verder zou op het gebied van rugscholing en samenwerking met kiné en ergo mogen ontstaan!	
R3	Diagnostiek en begeleiding (coaching, strategietraining, compensatietraining, advisering,...)	Nee	Ik mis die erg... Als ik in het verleden al samenwerkte met huisartsen, was het altijd omdat ik zélf het initiatief nam om de huisarts van een cliënt te contacteren.	Korte schets van de problematiek waarvoor verwezen wordt. Relevante medische info.
R4	Fijn motorische oefeningen, kracht, coördinatie, mobilisatie bij amputatie, CVA, dwarslaesie, cerebral palsy,..\r\n Hulpmiddelen, advies,..\r\n ADL, verhogen zelfredzaamheid, geriatrische problematiek (dementie, valpreventie,...)	Neen.	Dit kan een enorme verbetering zijn, maar momenteel geen ervaring mee.	Beknopte persoonsgegevens, problematiek, onderzoeken, operaties die relevant zijn, beknopte anamnese.
R5	Woningaanpassing en interieurontwerp	Neen.	Dit lijkt mij zeer aangewezen omdat patiënten de huisarts vertrouwen en hij/zij zeer kort bij de bewoners staat en zeer goed op de hoogte is van het functioneren van deze patiënt.	Welk probleem er zich stelt, welke moeilijkheden de bewoner volgens hem ervaart in zijn omgeving en wat voor hem de doelstellingen / perspectieven er zijn.
R6	Alles wat enigszins binnen mijn mogelijkheden past.	nog niet van gehoord	Dit zou een goede samenwerking kunnen zijn. Huisartsen kennen hun patiënten meestal zeer goed en kennen vaak ook hun thuissituatie.	huidige toestand van de patiënt, afgelegde weg. Duidelijke vraag naar wat er wordt verlangd.
R7	Werkpostanalyse + advisering.\r\n Arbeidsmarktherintegratie.\r\n Functionele training aan huis.\r\n Preventieve adviesverlening.	Neen	Profilering van het beroep ET moet uitbreiden, waardoor HA meer en correcter doorverwijst.	Voornamelijk omschrijving van het functioneel handelingsprobleem of verwijzing naar dit handelingsprobleem.
R8	van woning aanpassing tot arbeidsintegratie	Ben niet op de hoogte	wordt bepaald door de huisarts	Globale medische gegevens en zorgvraag (artsperspectief)
R9	ergotherapie bij leer en ontwikkelingsproblemen\r\n fysieke revalidatie\r\n referentiepersoon dementie voor oudere en mantelzorger	nee	het zou heel mooi zijn als dit mogelijk is. ik ben in het begin bij enkele huisartsen geweest maar hier is tot nu toe nog steeds geen reactie van gekomen. \r\n ze waren wel enthousiast bij de voorstelling maar ik denk dat het voor hun ook nog te onbekend is.	probleemstelling\r\n diagnose\r\n wensen van patiënt
R10	Zie 1d	Neen, waar zou ik deze kunnen raadplegen om door te nemen?	Persoonlijk heb ik het gevoel dat het in de startschoenen staat en ook een beetje blijft staan. Sinds eind 2012 heb ik mijn bijberoep opgestart en op die tijd heb ik een 9-tal huisbezoeken gedaan. Als je het zo bekijkt is dit eigenlijk zeer weinig...\r\n Zoals eerder aangegeven ben ik verschillende huisartsen gaan opzoeken. Maar waar op gebotst wordt is het	Gegevens patiënt: naam, adres, tel\r\n Gegevens familie: naam, adres, tel\r\n Relevante medische voorgeschiedenis\r\n Medicatie\r\n Reden van doorverwijzing: thuissituatie, valpreventie, cognitie, hulpmiddelen

			feit dat er geen terugbetaling is. Dan stel ik mijn de vraag: wat is 40€ voor preventie t.o.v. de hoge kosten bij een val met alle mogelijke gevolgen.	

Vraag	2.d Worden patiënten op juiste indicatie doorverwezen?	2.e Hoe verloopt de communicatie met doorverwijzers?	2.f Hoe verloopt de communicatie met huisartsen? Hoe zou deze moeten verlopen?	2.g Zijn overlegmomenten wenselijk? Zo ja, in welke situaties?
R1	Tot nu toe wel.	Er is geen communicatie geweest voor die ene. De anderen hebben me zelf gevonden.	Die is er niet	???
R2	Momenteel worden er bijna geen patiënten doorverwezen. \r\n\r\n Zij die toch doorverwezen worden, zijn inderdaad doorverwezen met correcte indicatie voor ergotherapie. Dit wil echter niet zeggen dat ik dan ook onmiddellijk de ergotherapeut ben met de gepaste ervaring en specialisatie om dit probleem aan te pakken. Meestal dien ik dan zelf andere ergotherapeuten met gepaste specialisatie aan te brengen.	Zeer beperkt ! \r\n soms telefonisch, maar vaak heeft een arts tegen de patiënt gezegd dat hij of zij ergotherapie zou moeten krijgen en dan gaan deze mensen zelf opzoek. De verwachtingen van de arts zijn meestal niet meegegeven.	Er zijn bijna geen doorverwijzingen. Er is dus ook zo goed als geen communicatie.	Zeker! \r\n Overleg met arts, andere behandelende disciplines, naaste netwerk, andere hulpverleners is zeker zinvol.(Bij kinderen ook de school zeker betrekken!)\r\n\r\n Overlegmomenten zijn zinvol om de doelstellingen op elkaar af te stemmen, overlap te vermijden of zeer goed af te stemmen. Transfer leggen van aangeleerde in therapie naar bv. naaste netwerk, familiehulp, verpleging aan huis,... Hulpmiddelengebruik demonstreren. \r\n Verwachtingen naar resultaten van revalidatie op elkaar afstemmen.
R3	Door huisartsen wordt niet doorverwezen bij mij, dus hier kan ik niet op antwoorden...	Meestal krijg ik een telefoontje van de doorverwijzer waarin even overlegd wordt of doorverwijzing mogelijk / nuttig is. Cliënten brengen ook vaak een brief mee met wat basisinfo, verslagen, de resultaten van assessment. Dat is een goede manier van doorverwijzen, vind ik.	Tot nu toe is die onbestaande. Wat mij betreft mag die hetzelfde lopen zoals bij andere verwijzers (zie vorige vraag). Het is het best als de huisarts niet gewoon een foldertje meegeeft ofzo. Ik heb gemerkt dat het voor nogal wat mensen een \'hoge drempel\' is om iemand op te bellen die ze niet kennen en die een functie beoefent (ergo in de thuiszorg) waar ze zich ook niet zo veel bij kunnen voorstellen. In die zin heeft doorverwijzing veel meer kans op slagen als de arts dat proces een beetje mee opvolgt.	Ik denk niet dat het altijd nodig is, maar indien de huisarts een actieve rol vervult in de behandeling/begeleiding van de cliënt of indien ik bijv. het vermoeden heeft dat de cliënt depressief is en gebaat zou zijn met medicatie, is het wel belangrijk om te overleggen. (Dat doe ik dan ook wel.)
R4	Ja!	Via doorverwijsbrief. Vaak neem ik zelf contact met de behandelende arts.	Goede doorverwijzing en nauw contact met de huisartsen zou fijn zijn.	Ja, al is het maar telefonisch.
R5	Geen idee gezien dit slechts 1 x is gebeurd	Wisselend	Liefst via een korte (Telefonisch) toelichting of via een duidelijk voorschrift	Bij een woningaanpassing niet.
R6	ja maar er ontbreekt een kader van terugbetaling en terugbetaling.	velen weten niet goed wat te verwachten en hoe alles in zijn werk gaat.	Via papieren verslagen en voorschriften. Zoals het is, via mail, telefonisch, face to face, ...	Men kan vaak in een kort gesprek zeer veel belangrijke zaken correct overbrengen. Zo moet het warm water niet telkens opnieuw worden uitgevonden
R7	Niet altijd.	Zeer beperkt. \r\n Geen zicht op hetgeen gebeurt na de ET terugkoppeling naar de doorverwijzer ifv opvolging.	Telefonisch / per mail => onderzoeksvraag zeer algemeen.\r\n	Registratiesysteem waarbij de opvolging verduidelijkt wordt.
R8	ja	goed via overleg	overlegmomenten maar die zijn er zeldzaam	Ja - globaal
R9	op dit moment nog niet echt doorverwijzingen gehad. \r\n	niet	nvt	ja, bij opstart van ergotherapie

R10	Ja, ik heb er ook op gedrukt dat ik het erg belangrijk vind dat de huisarts de aanmelding besproken heeft met de patiënt. Op deze manier weten zij ook wat ze van het huisbezoek kunnen verwachten en welke vragen ze kunnen stellen. Ik hoop ook dat ze op deze manier sneller open staan voor een ergotherapeutische interventie.	Huisarts belt mij op wanneer ze een kandidaat hebben voor een huisbezoek. Ze schetsen de reden van aanmelding. Daarna neem ik zelf contact op met de patiënt om een afspraak vast te leggen. Na het huisbezoek maak ik een brief met de adviezen die ik opstuur naar de patiënt. Aan de huisarts bezorg ik een verslag van het huisbezoek en de brief met de adviezen. Op deze manier kan de huisarts de gegeven adviezen mee opvolgen.	Zie 2e\r\n Tot nu toe kreeg ik nog maar van 1 praktijk doorverwijzingen. In die praktijk is er de afspraak dat ik voor een huisbezoek het medisch dossier kan raadplegen om na te gaan of er nog relevante informatie is.\r\n Het zou nuttig zijn indien er 1 centraal dossier zou kunnen zijn dat alle hulpverleners kunnen raadplegen. Het zou de samenwerking gemakkelijker maken.\r\n	Langs de ene kant lijkt mij dit wenselijk, op deze manier blijft er nauw contact en zal er misschien sneller doorverwezen worden.\r\n Langs de andere kant, als er amper huisbezoeken gedaan worden is dit misschien niet nodig?\r\n Ik zou er alleszins voor open staan en deelnemen indien nodig.

Vraag	**2.h Denkt u dat ergotherapeuten nauwer moeten samenwerken met huisartsen?**	**3.a Wat denkt u over de bereikbaarheid van ergotherapeuten in de thuiszorg?**	**3.b Zijn er in uw praktijk wachtlijsten voor ergotherapie?**	**3.c Hoe zijn de ergotherapeutische sessies ingedeeld?**
R1	Ik denk dat er iets van een samenwerking beter is dan geen.	Ik vrees dat er geen zijn.	Neen dus.	Het zijn groepssessies.\r\n "Op Verhaal Komen"; "Relaxatiegroep"; "Zwemgroep"; "Individuele Creatieve therapie in groep"
R2	GRAAG! \r\n\r\n Het is echter niet duidelijk voor de ergotherapeut of de huisarts hiervoor open staat, wanneer het gepast is om de huisarts hieromtrent te informeren. \r\n BV. ik heb alle huisartsen in de omgeving aangeschreven, een persoonlijk bezoek zou ik graag doen, maar vele huisartsen hebben reeds een druk programma. Het is niet duidelijk of zij opgezet zijn met het bezoek.	Veel te beperkt! Zowel via diensten als privépraktijken. \r\n Een systeem zoals bij kinesitherapeuten zou zowel behandelingen in een praktijk (waar het nodig materiaal beschikbaar is) als aan huis (waar de dagdagelijkse situatie is) veel gemakkelijker, toegankelijker maken. \r\n Ook bij diensten zoals thuisverpleging zou een ergotherapeut aan de slag kunnen.	Neen\r\n Hoewel het patiënten aantal wel enorm fluctueert.	Vrijblijvend kennismakend gesprek\r\n Onderzoek naar problemen, wensen, mogelijkheden en moeilijkheden\r\nopstellen therapieplan in overleg met patiënt / adviesgesprek indien enkel advies van toepassing is. \r\n behandelende sessies met tussentijdse evaluaties (kinderen en jongeren krijgen ook heen-en weerschriftje mee voor de school of andere behandelende disciplines)\r\n Indien van toepassing worden aangeleerde strategieën of hulpmiddelen geïmplementeerd in de gebruikssituatie. \r\n eindevaluatie\r\n\r\n\r\n
R3	Ja, graag.	We zijn met heel weinig. Die onbekendheid maakt het niet gemakkelijk.	Nee.	Dat verloopt altijd anders. Het gaat echt om therapie-op-maat. Het begint altijd met een kennismakingsgesprek met de cliënt en ev. zijn/haar partner, waarin we bekijken of ik iets voor hen zou kunnen betekenen. Vervolgens start een begeleiding op, meestal kortdurend (bv 5 sessies van een uur).
R4	Zeker wel.	/	Nee.	Dit is afhankelijk of dat er al dan niet terugbetaling is. \r\n1. Intakegesprek, bekijken wat zijn de mogelijkheden/beperkingen\r\n2. Vaststellen therapieplan, doelen die bereikt willen worden.\r\n3. Eigenlijke therapie (meerdere sessies): Functie-functionaliteitstraining-advies\r\n4. Afsluit + evaluatie
R5	Ja	Zelf ben ik goed bereikbaar omdat ik slechts voor 20% verbonden ben aan een andere job en zelfst	Ik denk het niet, toch niet bij mij	Ik geef geen individuele begeleiding, maar werk via projectvorm : huisbezoek - offerte- uitwerking van een

		ben in hoofdberoep.		voorontwerp - projectbegeleiding tijdens de uitvoering indien men dit wenst (meestal stop na het ontwerp - bewoners nemen de praktische uitvoering meestal in eigen handen)
R6	Ja	Ik denk dat als men weet heeft van ergotherapie men er zeker een kan vinden.	zeker niet	Er wordt begonnen met een beginobservatie en dan wordt er een behandelplan opgemaakt.
R7	Zeker!	Moet uitgebreider, goede profilering naar andere disciplines is ook nodig.	Neen	Afhankelijk van de hulpvraag 1u tot 2u.
R8	Ja	Via internet is het geen probleem, er is enkel een probleem van profilering. Ergo is niet gekend	Neen	Doelbepaling met plan van aanpak en coaching
R9	absoluut	het is nog te onbekend voor patiënten om een ergotherapeut zelf op te zoeken. dit is ook jammer	nee. het is zo onbekend, mensen weten niet wat en waarom ergotherapie. \r\n er is ook geen terugbetaling. de terugbetaling voor ergotherapie is enkel voor personen met een CVA of ander ongeval, die een revalidatieprogramma hebben gehad in een erkend ziekenhuis. er zijn veel voorwaarden aan de nomenclatuur voor ergotherapie.	intake - behandeling - evaluatie - behandeling - evaluatie
R10	Absoluut. Onlangs ging ik naar het symposium rond valpreventie in de thuiszorg. Daar werd zo vaak gedrukt op het feit dat we daar als ergotherapeut een belangrijke rol in kunnen spelen. Dus ik hoop echt dat huisartsen hier ook van overtuigd geraken en dat ze ons sneller zullen contacteren.	Op dit moment loopt dit nog wat moeilijk. Er zijn nog niet zoveel collega\'s die het doen. Daarom denk ik ook dat er vaak niet aan gedacht wordt.\r\n Zelf heb ik mijn gegevens op de site van de goudengids geplaatst. Op de website van het VE ga ik ook nog proberen om mijn gegevens te zetten.\r\n Een eigen website zou hierin ook positief zijn. Maar aangezien ik dit doe in bijberoep, is de investering voor een website zeer groot.	Neen, ik werk momenteel deeltijds dus heb voldoende tijd om afspraken voor huisbezoeken vast te leggen.	Huisbezoek met achteraf een brief met de adviezen.\r\n Indien nodig kan er daarna nog een afspraak gemaakt worden. Dit is tot nu toe nog niet gebeurd, maar behoort zeker tot de mogelijkheden.

Vraag	**4.a Heeft u nog opmerkingen of suggesties om de samenwerking met huisartsen te optimaliseren naar de toekomst? Zo ja, welke?**	**4.b Heeft u nog opmerkingen of suggesties betreffende ergotherapie in de thuiszorg? Zo ja, welke?**		
R1	Bekendmaking die niet van mij individueel moet komen.\r\n Al staat mijn project een beetje naast de thuiszorg, maar toch dichtbij. Ik wil er dan in opgenomen worden.	Ik had een idee: Thuisverpleging komt soms aan huis bij mensen die de verplaatsing tot bij mij thuis zouden kunnen maken. bvb om een spuit antipsychotica te zetten. Ook komen ex-patiënten in postkuur in de psychiatrie voor een spuit (moeten dan 3u wachten) + dat er dan een contact is en iemand die hoort hoe het gaat. Als een verpleegster die spuit zou zetten in mij therapieruimte en de klant daarna mee zou doen met de sessie... Ik vind dat een goed plan.		
R2	Wat zijn de wensen van huisartsen om kennis te maken met de mogelijkheden van ergotherapie in de thuiszorg of in een privé-praktijk? Hoe zouden zij hierover geïnformeerd willen worden? \r\nHeel graag meer samenwerking!	Meer terugbetaling! \r\n Aan alle doorverwijzers : ga opzoek naar de meest gepaste en gespecialiseerde ondersteuning. Elke patiënt verdient deze!		
R3	Het zou goed zijn als er méér ergo\'s in de thuiszorg werkten, zodat we	Ik denk dat we zinvol werk kunnen leveren. Ik krijg in ieder geval die		

	meer bekendheid kregen, maar momenteel kan je daar moeilijk je brood mee verdienen... Dus zolang de terugbetaling van ergotherapie-aan-huis zo beperkt is (nagenoeg onbestaande omwille van strenge en ingewikkelde regelgeving, waarbij ook enkel revalidatieartsen ergo mogen voorschrijven), zal het aantal ergo\'s in de thuiszorg beperkt blijven. \r\n Goede voorlichting aan de artsen over onze rol/mogelijkheden... zou ook helpen. Het zou het beste zijn als we al eens een kleine presentatie ofzo over ons werk zouden mogen geven aan de artsen uit de regio, op één of ander bijscholingsmoment ofzo. Dan zouden we niet langer \'een onbekende\' zijn voor die artsen. Ik heb ooit een lokale artsenvereniging voorgestel om dat te komen doen, maar heb nooit een reactie gekregen op dat voorstel. Ik vrees dat er geen interesse was.	boodschap van mijn cliënten. Jammer dat we er niet in slagen wat meer bekendheid te verwerven. (Ik vrees dat dat ook aan onszelf ligt. We hebben wat te weinig "PR-kwaliteiten", een te kleine beroepsvereniging, wat te weinig lef misschien ook?)		
R4	De bekendheid bij de huisartsen zou al zeer veel verbeteren.	Er vanuit de overheid te weinig ondersteuning en informatieverstrekking.		
R5	Een veel betere bekendmaking van wat ergo kan bieden in de thuiszorg bij de huisartsen en andere zorgverleners aan huis en een vlotte doorstroom.	De huidige nomenclatuur is veel te beperkt t.o.v. de behoefte die er is in de thuiszorg. Mochten de terugbetalingen en doorverwijzingen gebeuren zoals bij kine, zouden ergotherapeuten veel meer gevraagd worden en hun specifieke job kunnen doen.		
R6	Vaak weten huisartsen zelf niet goed wat ze moeten verwachten van een ergotherapeut, wat ze kunnen vragen. Zijn ze vaak bang om die onbekende stap te zetten.	Hopelijk zullen er snel meer nomenclatuurnummers verschijnen. Er moet dringend meer bekendheid worden gegeven aan ergotherapie.		
R7				
R8	Vanuit ergotherapie moet er gewerkt worden aan profilering	Honorering is niet duidelijk. De nomenclatuur is te eng maar ergo moet niet opgenomen worden binnen nomenclatuur. Beter vertrekkende vanuit een lokaal dienstencentrum. \r\n		
R9	bekendmaken van ergotherapie en het doel en effect van ergotherapie in de thuiszorg	meer terugbetaling waardoor mensen ook sneller geneigd zijn om ergotherapie op te starten.		
R10	Huisartsen moeten overtuigd geraken van wat onze bijdrage kan zijn en dat deze ook nuttig is zonder terugbetaling! Ze mogen niet botsen op het feit dat er geen terugbetaling is en het daardoor niet gaan voorstellen aan de patiënt.	Waar blijft die terugbetaling?		

Bijlage 5. Indicatorenset voor huisartsen aangaande doorverwijzing voor ergotherapie

ERGO@HOME - www.arteveldehs.be - leen.deconinck@arteveldehs.be

Oudere persoon met een valproblematiek

concreet:

> 2 of meer keer gevallen gedurende het voorbije jaar

> huisartsenconsult naar aanleiding van een valincident

> ongelijkmatig/onevenwichtig stappatroon

Kind met een geïsoleerd probleem binnen de ontwikkeling of het leerproces

concreet:

> Development Coördination Disorder (DCD)

> Dyscalculi

> Werkhoudingsproblemen/opvoedingsondersteuning

Persoon met een algemene ontwikkelingsachterstand, leerstoornis, cognitief of psychisch probleem in overgangssituatie

concreet:

> kind met leermoeilijkheden wachtend op revalidatie in een gespecialiseerd centrum

> kind met autisme wachtende op multidisciplinaire hulp in de tweede lijn waarbij de draaglast voor de gezinssituatie groot is

> volwassene met mentale beperking wachtende op aangepaste tijdsbesteding of woonvorm

> volwassene met een chronische geestelijke problematiek wachtende op aangepaste tijdsbesteding of woonvorm

> thuiswonende dementerende oudere met problemen aangaande zelfredzaamheid of tijdsbesteding of waarbij de draaglast voor de gezinssituatie groot is

Persoon met veranderde functionele mogelijkheden

concreet:

> problemen met het uitvoeren van de zelfzorg, de normale arbeid of de vertrouwde vrijetijdsbesteding

>> omwille van verminderde motorische mogelijkheden

>> omwille van verminderde cognitieve mogelijkheden

>> omwille van verminderde psychische mogelijkheden

Thuiswonend afhankelijk persoon met veranderde woonomstandigheden

concreet:

> wegvallen van partner/mantelzorger

> verhuis naar onaangepaste woonomgeving

Persoon met chronische pijn

concreet:

> omwille van pijn belemmerd* in het uitvoeren van de zelfzorg

> omwille van pijn belemmerd* in het uitvoeren van de normale arbeid

> omwille van pijn belemmerd* in het uitvoeren van de vertrouwde vrijetijdsbestedingen

(*) niet aan het vertrouwde/gewenste/verwachte tempo en/of niet op de vertrouwde wijze of -al dan niet tijdelijk- verhinderd in het uitvoeren van de activiteit

Verwijzing vanuit de tweedelijnszorg, waarbij vanuit de tweedelijnszorg geen follow-up kan voorzien worden

concreet:

> persoon die in de tweede lijn niet meer terecht kan voor verdere revalidatie, ondanks hij/zij nog revalidatiemogelijkheden heeft

> persoon die geen revalidatiemogelijkheden meer heeft, maar waarbij het functioneren nog kan verbeteren mits advies aangaande aanpassingen, hulpmiddelen en/of methodeverandering