

Mijn patiënt kan terug naar huis... Kan hij ook terug aan het werk?

Een project rond interprofessionele educatie

Bachelor Ergotherapie

Academiejaar 2015-2016

Stien Hennaert

Interne promotor: Inge van Eupen

Externe promotor: Nikolaj Basselé

Abstract

Arbeidsvragen komen regelmatig voor binnen de fysieke revalidatie, maar ergotherapeuten geven aan dat zij op gebied van arbeidsre-integratie te weinig achtergrondkennis hebben om hun patiënten vanuit de revalidatie op weg te helpen. Interprofessionele educatie zal nodig zijn om de kennis te vergroten bij ergotherapeuten en een aanzet te maken tot meer samenwerking tussen revalidatie en re-integratiediensten.

Het doel van het onderzoek is om de effecten van interprofessionele educatie na te gaan, hiervoor is volgende onderzoeksvraag opgesteld: *'Wat zijn de reacties, veranderingen in kennis en percepties en visies over samenwerking van ergotherapeuten van fysieke revalidatiediensten binnen de Provincie Antwerpen na interprofessionele educatie over de arbeidsre-integratiemogelijkheden vanuit VDAB en partnerorganisaties?'*

Om een antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvraag is een survey onderzoek opgestart waarbinnen 11 revalidatiediensten deelnamen aan een presentatieronde over mogelijkheden tot arbeidsre-integratie vanuit VDAB en partners. Uit deze 11 revalidatiediensten zijn 29 ergotherapeuten geselecteerd om naast de presentatie ook een vragenlijst in te vullen en deel te nemen aan een interview. De ergotherapeuten hebben zich hiervoor vrijwillig opgegeven. Uit de thema-analyse is gebleken dat interprofessionele educatie zeer positief wordt onthaald en dat de kennis over arbeidsre-integratiemogelijkheden effectief is vergroot bij het grootste deel van de ergotherapeuten. Zij willen met deze informatie aan de slag gaan en zij willen arbeidsre-integratie ook aansturen binnen het team. De ergotherapeuten zien meer mogelijkheden ontstaan voor hun patiënten en zien zeer veel taken die al vanuit de revalidatie kunnen uitgevoerd worden in kader van arbeidsre-integratie. Alle ergotherapeuten wensen een samenwerking op te starten met de re-integratiediensten. Zij zien hier veel voordelen in zowel voor de diensten zelf als voor de patiënten. Voor deze samenwerking er komt, zullen er nog heel wat drempels overwonnen moeten worden. In kader van interprofessionele educatie is gebleken uit de analyse dat goede communicatie en informatie uitwisseling als belangrijk worden beschouwd om de samenwerking te doen slagen. Interprofessionele educatie zal dus steeds belangrijk zijn in het proces naar meer samenwerking, maar ook zeker in het behoud van deze samenwerking.

Op basis hiervan wordt aanbevolen om re-integratiebegeleiders in te zetten die een netwerk hebben in de re-integratiediensten, zeer veel ervaring hebben in het toepassen van re-integratiemogelijkheden en kennis hebben over de maatschappelijke structuren en tendensen. Zij kunnen dan de brug slaan tussen revalidatie en re-integratie, met als doel een vlotte doorstroom van de patiënt naar een re-integratietraject op maat. De ergotherapeut is vanuit zijn beroepsprofiel de geschikte persoon om arbeidsre-integratie multidisciplinair aan te sturen. Een participierend actie-onderzoek kan in de toekomst opgezet worden om te evalueren of de inzet van re-integratiebegeleiders een verdere invloed heeft op samenwerking en wat de effecten zijn op re-integratie van de patiënt.

Inhoud

Inleiding	6	
1	Het project	6
2	Begripsomschrijving	7
2.1	Arbeidsre-integratie	7
2.2	Arbeidsbeperking	7
2.3	Interprofessionele educatie	7
2.4	VDAB en partnerorganisaties	7
3	Nood tot sensibiliseren	8
3.1	Stijging van arbeidsvragen	8
3.2	Belangrijke plaats van arbeid	8
3.3	Knelpunten in het revalidatieproces	8
3.4	Groeiende taken van de ergotherapeut	8
3.5	Dus? Sensibiliseren!	9
4	Wetenschappelijke achtergrond interprofessionele educatie	10
4.1	Educatie als eerste stap naar meer samenwerking	10
4.2	Het effect van interprofessionele educatie binnen arbeidsre-integratie	11
4.3	Kernelementen van interprofessionele educatie	11
4.4	Beïnvloedende factoren	12
4.5	Uitkomsten van interprofessionele educatie	12
4.6	Wetenschappelijk besluit	13
5	Arbeidsre-integratie vanuit het PEO model	13
5.1	Analyse	14
5.2	Interventies	15
6	Samenwerken om de fit te bereiken	16
Methode	17	
7	Beschrijving onderzoek	17
7.1	Onderzoeksopzet	17
7.2	Doelen	17
7.3	Rekrutering van de steekproef	17
7.4	Participanten	18
7.5	Interventie	18
7.6	Gegevensverzameling	18
7.7	Gegevensverwerking	19
8	Organisatie project en onderzoek	19
8.1	Opstartfase	19
8.2	Vorbereidingsfase	20
8.3	Uitvoeringsfase	22
8.4	Afsluitfase	23
8.5	Verwerkingsfase	23
Resultaten	24	
9	Beschrijving steekproef	24
10	Baseline resultaten	26
11	Effect van interprofessionele educatie	26

Discussie	32
12 Algemene inzichten onderzoek	32
13 Beperkingen van het onderzoek	33
14 Toekomstvisie	34
Besluit	36
Referenties	37
Figuren- en tabellenlijst	38
Bijlagen	39
Bijlage 1: Typologie uitkomsten interprofessionele educatie	40
Bijlage 2: Informatiebrochure	41
Bijlage 3: Standaardmail	44
Bijlage 4: Logboek kennismakingsgesprekken	45
Bijlage 5: Informed Consent	50
Bijlage 6: Toestemmingsformulier	52
Bijlage 7: Ontwerpschema Vragenlijst	53
Bijlage 8: Standaard vragenlijst	55
Bijlage 9: Interviewschema	57
Bijlage 10: Presentatie ' Mijn patiënt kan terug naar huis...Kan hij ook terug aan het werk?'	58
Bijlage 11: Logboek presentaties	73
Bijlage 12: Voorbeeld script	77
Bijlage 13: Voorbeeld fragmentering	79
Bijlage 14: Voorbeeld labels toekennen (stap 1 thema-analyse)	81
Bijlage 15: Voorlopige tabel na ordening labels	83
Bijlage 16: Definitieve tabel na structureren en bepalen van subthema's en kernthema's	87

Woord Vooraf

Als derdejaars studente ergotherapie ben ik aan dit jaar begonnen met één doel: geslaagd afstuderen, maar vooral een werk schrijven dat boeit en betekenis heeft voor zowel de maatschappij als voor de patiënt of cliënt voor wie we ons als hulpverleners elke dag inzetten. Vanuit deze instelling ben ik de uitdaging aangegaan om arbeidsre-integratie op de kaart te zetten binnen de revalidatiediensten. De interesse hierin is ontstaan na een persoonlijke stage-ervaring waarin duidelijk naar voren kwam dat arbeidsvragen heel vaak onbeantwoord blijven tijdens de revalidatie. Dit riep vragen op: Hoe komt dit? Hoe zien ergotherapeuten dit? En wat kunnen we eraan doen? Nikolaj Basselé, deskundige van de Dienst Arbeidsbeperking binnen VDAB deelde dezelfde vragen en zo is het project ontstaan. Nu aan het einde van het project, kan ik zeggen dat het verder gaat dan een eindwerkonderwerp. Het is een gegeven dat me blijft boeien, waar ik me verder in wil verdiepen en waarin nog veel te leren valt. De bewondering die ik heb gekregen voor alle hulpverleners die zich elke dag inzetten voor de re-integratie van personen met een beperking is enorm groot. De bewondering voor de patiënten die vanuit hun beperkte situatie erin slagen om zich te profileren op de arbeidsmarkt, en al hun mogelijkheden aan te wenden is onbeschrijfelijk.

Ik ben zeer dankbaar dat ik de kans heb gekregen om het project uit te werken en deze ervaring heb mogen meemaken. Daarom wil ik in eerste instantie van deze gelegenheid gebruik maken om mijn stagementor en interne promotor Nikolaj Basselé te bedanken voor de kans en het vertrouwen dat ik van hem kreeg om dit project uit te werken. Ook bedankt voor alle begeleiding en bijstand tijdens de ontwikkeling en uitvoering van het project. Daarnaast ook veel dank aan mijn externe promotor Inge van Eupen voor alle feedback en begeleiding tijdens het schrijven van deze bachelorproef. De teamleden van de deelnemende revalidatiecentra mogen ook niet vergeten worden, bedankt voor het engagement en alle input. Verder wil ik het thuisfront bedanken voor de ondersteuning gedurende het hele jaar.

Om af te sluiten, beste lezer: ik hoop u te boeien, te inspireren, maar vooral mee te nemen in het verhaal...

Inleiding

1 Het project

Voor dit onderzoek werd een project uitgewerkt in samenwerking met de VDAB ¹Dienst Arbeidsbepanking. Concreet ging het om een presentatieronde aan fysieke revalidatiediensten binnen de Provincie Antwerpen. Tijdens de presentaties werden de mogelijkheden tot arbeidsre-integratie vanuit de dienstverlening van VDAB en partnerorganisaties besproken. Aangezien het project werd opgestart vanuit de VDAB Dienst Arbeidsbepanking, kwamen de arbeidsre-integratiemogelijkheden vanuit deze dienst het meest uitgebreid aan bod. Daarnaast werd er ook ruimte gemaakt om het aanbod vanuit GTB ²en GOB ³als belangrijkste partnerorganisaties te bespreken. De opzet was vanaf het begin om met de presentatie zoveel mogelijk zorgverleners van verschillende disciplines te bereiken. Het doel?: sensibiliseren! Op korte termijn is het doel steeds geweest om de werking en mogelijkheden vanuit VDAB en partners zoveel mogelijk bekend te maken bij revalidatiediensten. Op lange termijn is het doel dat de informatie geïmplementeerd wordt op de revalidatiediensten en dat er vanuit de revalidatie aan de slag wordt gegaan met re-integratie. Dit is ook in het belang van de patiënt met een arbeidsbepanking: deze patiënten vormen uiteindelijk ook een belangrijke secundaire doelgroep.

Het zou een mooi gegeven zijn als er uiteindelijk ook samenwerking ontstaat tussen gezondheidszorg en re-integratiediensten, maar zo ver zijn we nog lang niet. Interprofessionele educatie is wel een belangrijke eerste stap tot meer samenwerking, zo blijkt uit verschillende onderzoeken. De algemene gedachtegang van het project: Hoe meer sensibilisering, hoe meer kans op samenwerking en efficiënte doorverwijzing, hoe beter de hulpverlening aan patiënten met arbeidsvragen en – wensen.

Het project wordt gekaderd binnen een kwalitatief onderzoek. Voor de verzameling van de gegevens starten we in essentie bij de ergotherapeuten. Hoewel het educatie-initiatief bedoeld is voor het gehele multidisciplinaire team, wordt er bij de eerste uitvoering van dit project gefocust op de reacties, veranderingen in kennis en percepties en visies over samenwerking van de ergotherapeut. We gaan er dan ook vanuit dat zij vanuit hun beroepsprofiel het proces van arbeidsre-integratie vooral zullen sturen binnen het multidisciplinaire team.

De onderzoeksvraag die hierbij wordt gesteld is de volgende:

‘Wat zijn de reacties, veranderingen in kennis en percepties en visies over samenwerking van ergotherapeuten van fysieke revalidatiediensten binnen de Provincie Antwerpen na interprofessionele educatie over de arbeidsre-integratiemogelijkheden vanuit VDAB en partnerorganisaties?’

¹ Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding.

² Gespecialiseerd Trajectbepalings- en Begeleidingscentrum.

³ Gespecialiseerd Opleidings-, begeleidings-, en bemiddelingscentrum.

2 Begripsomschrijving

2.1 Arbeidsre-integratie

In het jaarboek ergotherapie uit 2010 wordt arbeidsre-integratie als volgt omschreven "alle activiteiten specifiek gericht op het behoud of het herplaatsen van werknemers die dreigen uit te vallen of uitgevallen zijn vanwege hun ziekte of beperking." (Désiron, Peters & Vaes, uit jaarboek ergotherapie, 2010, p.215)

2.2 Arbeidsbeperking

Een arbeidshandicap wordt in het VDAB decreet gedefinieerd als "Elk langdurig probleem van deelname aan het arbeidsleven dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren."(VDAB,2008)

2.3 Interprofessionele educatie

Interprofessionele educatie ontstaat wanneer twee of meer professies leren van elkaar, met elkaar of over elkaar om op die manier samenwerking mogelijk te maken en uitkomsten in de gezondheidszorg te verbeteren. (WHO, 2010, p.13) 'Professioneel' wijst op het bezit van gespecialiseerde kennis en vaak lange academische voorbereiding op het beroep. 'Inter' wijst op partnerschap waar leden van verschillende domeinen samenwerken aan eenzelfde doel. (Oandasan & Reeves, 2005) Binnen dit project kan er dus gesproken worden van interprofessionele educatie. Tijdens de presentatie komen beroepsbeoefenaars met verschillende achtergronden in contact met elkaar. Langs de ene kant de ergotherapeuten van de re-integratiediensten met hun expertise over re-integratiemogelijkheden. Langs de andere kant de ergotherapeuten en andere betrokken teamleden vanuit fysieke revalidatiediensten met hun expertise over revalidatiemogelijkheden.

2.4 VDAB en partnerorganisaties

VDAB: Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding. Vlaamse overheidsinstantie met onder andere een aanbod gericht naar re-integratie van personen met een arbeidsbeperking.

Dienst Arbeidsbeperking: dienst binnen de VDAB die provinciaal is georganiseerd. De organisatie van de tewerkstellingsondersteunende maatregelen voor personen met een beperking worden van hieruit geregisseerd.

GTB: Gespecialiseerd Trajectbepalings- en Begeleidingscentrum. Centrum met een re-integratie aanbod voor personen met een arbeidsbeperking, onlangs meer geïntegreerd binnen VDAB en één van de belangrijkste partnerorganisaties.

GOB: Gespecialiseerd Opleidings-, begeleidings-, en bemiddelingscentrum. Centrum met re-integratie aanbod voor personen met een arbeidbeperking, erkend door VDAB en één van de meest belangrijke partnerorganisaties.

3 Nood tot sensibiliseren

3.1 Stijging van arbeidsvragen

Uit een studie van de VDAB is gebleken dat er over de periode van 2001 tot en met 2008 een stijging van 70% plaatsvond van het aantal personen met een arbeidsbeperking. (VDAB, 2008) Als er een toename is van personen met een arbeidsbeperking dan zullen arbeidsvragen bij deze groep ook stijgen. Zowel in de gezondheidszorg als bij de re-integratiediensten zullen we dan ook meer geconfronteerd worden met arbeidsvragen van patiënten en cliënten.

3.2 Belangrijke plaats van arbeid

Arbeid is niet voor niets één van de drie belangrijkste handelingsgebieden beschreven binnen de ergotherapeutische literatuur. Tijdens onze studies vergaren we kennis en bereiden we ons voor op het uitoefenen van een job. Na afronding van opleiding(en) gaan we aan de slag, en dit voor vele jaren. Het grootste deel van het leven van vele mensen staat voor een groot stuk in teken van arbeid. Arbeid is meer dan je job uitvoeren. Arbeid biedt ons de kans om betekenisvol te handelen, het geeft ons een identiteit, zorgt voor een inkomen en draagt bij tot participatie binnen de maatschappij. Daarnaast zijn we geïntegreerd binnen het arbeidsleven, binnen een werkplek waar banden kunnen ontstaan met alle personen waarmee we in contact komen tijdens het uitvoeren van arbeid. Als een persoon door eender welke omstandigheden te maken krijgt met een arbeidsbeperking en zijn job niet meer kan uitvoeren, kan dit zeer ingrijpend zijn. Deze personen worden geconfronteerd met onzekerheden en grote veranderingen. De rollen van een persoon met een arbeidsbeperking veranderen en participatie binnen de maatschappij valt voor een groot deel weg. Maar de invloed van een arbeidsbeperking gaat veel verder dan dat. Denk maar aan: wegvallen van relaties met collega's, invloed op zelfbeeld, onzekerheid over financiële toekomst en identiteitsverwarring. Voor de ene persoon zal het verliezen van arbeid ingrijpender zijn als voor de andere. Leeftijd, coping, omgeving, mate en aard van beperking en arbeidswens kunnen hier bijvoorbeeld bepalende factoren in zijn.

3.3 Knelpunten in het revalidatieproces

In het jaarboek ergotherapie van 2010 wordt aangehaald dat er binnen het revalidatieproces nog te vaak enkel gefocust wordt op zelfredzaam functioneren in ADL⁴ en vrijetijdsbesteding. "Het lijkt alsof therapeuten het voldoende vinden om enkel deze - niet specifiek op arbeid gerichte - doelstellingen te formuleren. (Désiron et al., uit jaarboek ergotherapie, 2010, p. 221)

3.4 Groeiende taken van de ergotherapeut

Aangezien arbeid zo'n belangrijke plaats inneemt in het dagelijks leven van mensen, is het nodig dat ergotherapeuten echt aan de slag gaan met arbeidsvragen van hun patiënten.

⁴ Activiteiten Dagelijks Leven

Het hele team kan een aandeel hebben binnen het arbeidsre-integratieproces, maar vanuit het beroepsprofiel van de ergotherapeut is hij/zij de ideale persoon om dit proces aan te sturen en vorm te geven. Vijf Nederlandse studenten schreven in 2006 een scriptie waarin zij op basis van uitgebreide literatuurstudie de meerwaarde van de ergotherapeut in het arbeidsre-integratieproces beschreven.

“De ergotherapeut is in staat om de hulpvraag op methodische wijze te analyseren. Een andere waarde van de ergotherapeut is dat hij in het hele re-integratieproces rekening houdt met de mogelijkheden, beperkingen en wensen van de cliënt. Bovendien is de ergotherapeut in staat om gegevens uit de analyse te vertalen naar praktisch toepasbare, realistische doelstellingen. Tot slot begeleidt/coacht de ergotherapeut de cliënt tijdens alle fasen van het re-integratieproces.” (Berkhout, Jansen, Schepens, Slagter & Zilverschoon, 2006, p.23)

In de grondslagen van de ergotherapie worden volgende groeiende taken van de ergotherapeut beschreven wat betreft arbeidsre-integratie:

- Vergroten van aandacht, kennis en deskundigheid met betrekking tot arbeidsparticipatie en arbeidsrelevante gezondheidsproblemen.
- Vergroten van aandacht, kennis en deskundigheid met betrekking tot bestaande regelgeving.
- Interprofessionele samenwerking, zowel in een organisatie als in het kader van arbocuratieve samenwerking.
- Ontwikkeling van ketens gericht op een integrale benadering van het vergroten van arbeidsparticipatie. (Houten & Kuiper, uit grondslagen van de ergotherapie, 2010, p.347)

3.5 Dus? Sensibiliseren!

Even wat zaken op een rij; Het aantal personen met een arbeidsbeperking neemt steeds toe, arbeidsvragen in deze doelgroep zullen dus stijgen. Mensen participeren voor het grootste stuk in hun leven door het uitvoeren van arbeid, het geeft zin aan het leven. Ergotherapeuten richten zich bij het opstellen van hun lange termijn doelen nog te vaak enkel op de gebieden wonen en vrije tijd. De ergotherapeut heeft wel de capaciteiten in huis om het proces van arbeidsre-integratie aan te sturen en arbeidsre-integratie wordt ook beschreven als een groeiende taak voor de ergotherapeut. Dus? Sensibiliseren!

Met de interprofessionele educatie wordt er een aanzet gegeven aan ergotherapeuten van fysieke revalidatiediensten om aan de slag te gaan met de hierboven beschreven taken. Door sensibilisering van de verschillende re-integratiemogelijkheden wordt de aandacht, kennis en deskundigheid bij ergotherapeuten vergroot. Daarnaast worden ergotherapeuten aan het denken gezet. Enerzijds over wat hun meerwaarde kan zijn in het hele proces van arbeidsre-integratie en anderzijds hoe ze dit kunnen aansturen binnen het team. Uiteindelijk is het de bedoeling om ook echt samenwerkingsverbanden op te starten en een brug te slaan tussen de gezondheidszorg en het arbeidsbeleid. Alleen zo zullen we uiteindelijk patiënten optimaal kunnen ondersteunen wat betreft arbeidsre-integratie. In volgende paragraaf zal u lezen dat educatie eerst nodig is om uiteindelijk te komen tot een collaboratieve praktijk.

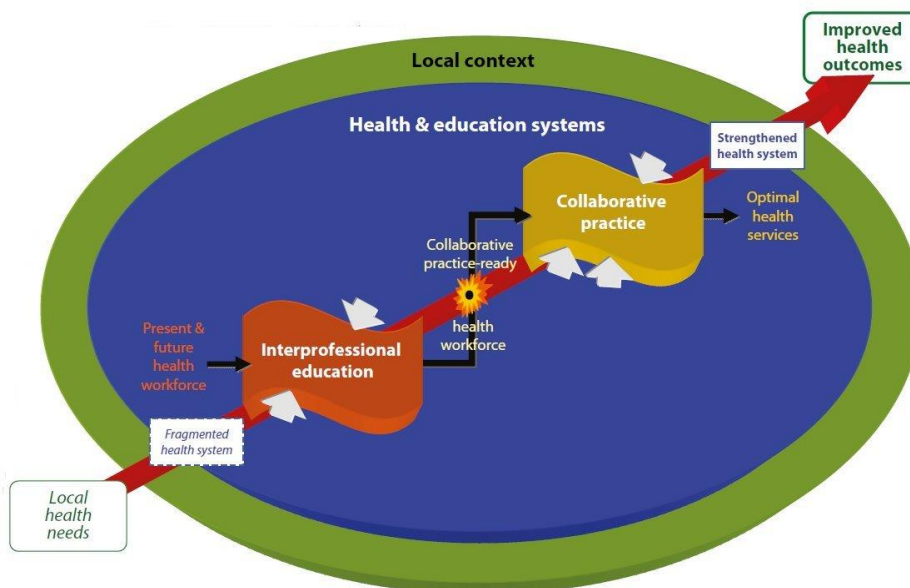
4 Wetenschappelijke achtergrond interprofessionele educatie

4.1 Educatie als eerste stap naar meer samenwerking

De kern van het project omvat de presentatieronde. Deze presentatieronde wordt binnen dit onderzoek opgevat als een interprofessioneel educatie-initiatief. Wat zijn nu de overwegingen om een educatie-initiatief op te starten?

The World Health Organisation (2010) verklaarde in het 'Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice' dat beleidsmakers naar innovatieve strategieën moeten zoeken om kwalitatieve gezondheidszorg te versterken en te blijven garanderen. De uitdaging ligt in het bundelen van de sterktes van gezondheidswerkers en deze optimaal in te zetten. Interprofessionele samenwerking kan een veelbelovende oplossing zijn. Interprofessionele educatie(IPE) wordt hierbij beschreven als een belangrijke eerste stap in het proces naar interprofessionele samenwerking. Het IPE model werd ontwikkeld om het proces van interprofessionele educatie naar interprofessionele samenwerking duidelijk voor te stellen.

In dit model vertrekt men bij een gefragmenteerd zorgsysteem waarbij men onvoldoende aan de zorgnoden van de maatschappij kan tegemoet komen. Interprofessionele educatie is nodig zodat gezondheidswerkers in dialoog, van en met elkaar kunnen leren. Zo worden kennis, gedragingen en ervaringen gedeeld. Op deze manier ontwikkelen gezondheidswerkers zich tot 'Collaborative-Practice-Ready'. Uiteindelijk zullen gezondheidswerkers de kennis, gedragingen en ervaringen die ze binnen de interprofessionele educatie hebben verworven, inzetten binnen interprofessionele samenwerking. We spreken dan van 'Collaborative Practice'. Door deze collaboratieve praktijk wordt het gezondheidssysteem versterkt en wordt het doel bereikt: verbetering van de kwaliteit van de zorg.(WHO,2010)



Figuur 1: IPE model (WHO,2010)

4.2 Het effect van interprofessionele educatie binnen arbeidsre-integratie

Lyons & Pettigrew (2013) hebben voor hun participierend actie onderzoek een educatie-initiatief opgestart rond arbeidsre-integratie. Hiervoor ontwikkelden zij een handboek. Dit handboek bestond uit evidence based onderwerpen, assessments, interventies en informatie over de sociale zekerheid. De 6 deelnemende ergotherapeuten gebruikten dit handboek 8 weken en konden rekenen op extra begeleiding van experts. Na dit educatie-initiatief werden de ergotherapeuten bevraagd aan de hand van een semi-gestructureerd interview. De educatie werd positief onthaald en er kwamen heel wat positieve bevindingen naar boven die het effect van het educatie-initiatief aantonen:

- De ergotherapeuten werden meer zelfzeker binnen het gebied van arbeidsre-integratie.
- De kennis rond arbeidsre-integratie werd uitgebreider.
- De ergotherapeuten rapporteerden een effectieve verandering wat betreft de uitvoering van arbeidsre-integratie in de praktijk.
 - Arbeidsvragen werden beter bevraagd en gekaderd.
 - Ergotherapeuten waren zelfzeker genoeg om een connectie aan te gaan met de werkgevers van hun patiënten. (Lyons & Pettigrew, 2013)

4.3 Kernelementen van interprofessionele educatie

In een literaire review van Oandasan & Reeves (2005) werden belangrijke elementen van interprofessionele educatie (IPE) onderzocht in de bestaande literatuur. Volgende kernelementen kwamen naar boven uit deze studie:

- Gebruik theorieën over educatie.
- Creëer een niet-bedreigende leeromgeving.
- Maak ruimte voor reflectie.
- Zorg ervoor dat er relevante zaken worden aangehaald binnen de educatie.
- Een kleine doelgroep is effectiever: er ontstaat vaak meer participatie en er worden meer ervaringen uitgewisseld. (5 tot 10 personen)
- Goede groepsbalans: zorg voor een gelijkwaardige mix van beroepsbeoefenaars.
- Goede groepsstabiliteit: een constante aanwezigheid draagt bij tot het ontstaan van vertrouwen en communicatie.
- Initiatieven rond interprofessionele educatie richten zich meestal tot een klinische setting: arbeidsre-integratie hoort hier ook bij!
- De maatschappelijke relevantie moet duidelijk zijn.
- Een informele leeromgeving is belangrijk in het ontwikkelen van samenwerkingsgerichte praktijk.
- Als het doel van IPE samenwerken is dan moet er binnen de educatie gefocust worden op interprofessionele kennis, vaardigheden en attitudes. Wat doet de andere en wat kunnen wij hiervan leren?
- De educator of de leider van de organisatie moet een ondersteunende omgeving creëren en moet fungeren als een soort rolmodel waar de participanten terecht kunnen.

- Binnen interprofessionele educatie is de educator meer een facilitator: het is belangrijk dat er niet gewoon educatie wordt gegeven, maar dat er al een soort verbondenheid wordt gecreëerd gedurende de educatie. (Oandasan & Reeves, 2015)

4.4 Beïnvloedende factoren

In de literaire review van Oandasan & Reeves (2005) werden beïnvloedende factoren beschreven die inspelen op interprofessionele educatie. Deze factoren kunnen aanzetten tot succes maar kunnen ook optreden als een drempel. De factoren situeren zich op verschillende niveaus.

Factoren op microniveau

Tijdens een beroepsopleiding maar ook in het beroepsveld creëren we vaak een professionele cultuur. Het gaat om socialisatieprocessen waarbij beroepsbeoefenaars gedragingen en vaardigheden ontwikkelen die eigen zijn aan de beroepsrol. Het gevaar bestaat erin dat er stereotypen worden ontwikkeld die beroepen van elkaar isoleren. Door deze isolatie kan de samenwerking belemmerd worden (Freeth & Nicol, 1998; Reeves & Pryce, 1998, uit Oandasan & Reeves, 2005)

Factoren op mesoniveau

De auteurs spreken op dit niveau over het effect van administratieve processen en leiderschap op interprofessionele educatie. Met administratieve processen wordt de organisatie van het initiatief bedoeld. De manier waarop interprofessionele educatie wordt gepland en georganiseerd is zeer belangrijk voor het succes van de educatie. (Nasmith et al., 2003, uit Oandasan & Reeves, 2005) Bij leiderschap gaat het over de bijstand van teamleiders, diensthoofden, organisatieverantwoordelijken, ... Bijstand van deze leidende figuren vergroot de kans op slagen van de interprofessionele educatie. De leiders sporen hun mensen aan, maken budgetten en tijd vrij voor educatie-initiatieven en zij hebben door hun gezag de mogelijkheid om deze initiatieven te onderhouden. (Oandasan & Reeves, 2005).

Factoren op macroniveau

Ondersteuning van de overheid en instanties werd als belangrijk erkend in de aanzet tot interprofessionele educatie (Parsell & Bligh, 1998; Freeth, 2001, uit Oandasan & Reeves, 2005)

4.5 Uitkomsten van interprofessionele educatie

In een systematische review van Freeth et al. (2002) werd er een studie gemaakt over de ervaringen, uitkomsten en impact van interprofessionele educatie. Op basis van deze review ontwikkelden Freeth et al. een nieuwe typologie over uitkomsten van educatie. De onderzoekers baseerde zich op de reeds bestaande typologie van Kirkpatrick (1967). (uit Oandasan & Reeves, 2005)

Deze typologie kan gebruikt worden als richtlijn bij evaluatie van interprofessionele educatie. Hieronder vindt u een overzicht van de onderdelen uit de typologie. In bijlage 1 vindt u de typologie in oorspronkelijke tabelvorm.

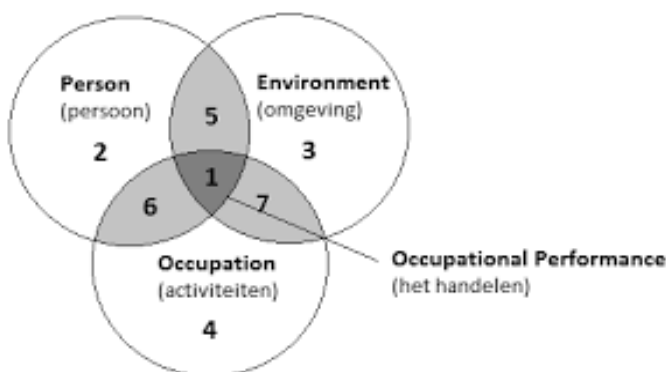
1. Reacties van de deelnemers over de leerervaring.
2. Veranderingen in attitudes en percepties van de participanten.
3. Verwerving van kennis en vaardigheden.
4. gedragsveranderingen: Het interprofessionele leerproces wordt getransfereerd naar de praktijk en er is verandering merkbaar in de professionele praktijk.
5. Veranderingen in de organisatorische praktijk: de zorgverstrekking ondergaat veranderingen.
6. Verbeteringen in gezondheid en welzijn van de patiënt.

4.6 Wetenschappelijk besluit

De zorgnoden in de maatschappij stijgen en ook arbeid is een zeer belangrijke zorgnood, die deel uitmaakt van het leven en participatie van personen. Om aan deze zorgnoden tegemoet te komen zullen we alle krachten moeten bundelen en dit lukt niet binnen een gefragmenteerd zorgsysteem waar hulpverleners op aparte eilanden werken en weinig van elkaar weten. Interprofessionele educatie kan ervoor zorgen dat kennis overgedragen wordt. Deze kennis over elkaars werking en diensten is nodig om tot integratie van verschillende diensten te komen. Op lange termijn zal door interprofessionele educatie ook echt samenwerking kunnen ontstaan. In de literatuur is reeds bewezen dat interprofessionele educatie effect heeft op de vergroting van kennis over arbeidsre-integratie bij ergotherapeuten. In de ontwikkeling van een interprofessioneel educatie-initiatief moet rekening gehouden worden met kernelementen van interprofessionele educatie. Daarnaast moeten ook beïnvloedende factoren in kaart worden gebracht. Bij de evaluatie van een interprofessioneel educatie-initiatief kunnen we ons richten op de verschillende uitkomsten volgens de typologie van Freeth et al. (2002)

5 Arbeidsre-integratie vanuit het PEO model

Het PEO ⁵model (Law et al., 1996) biedt als ergotherapeutisch model een duidelijke houvast. Het model geeft de dynamische wisselwerking tussen persoon, activiteiten en omgeving duidelijk weer. Het is ook deze wisselwerking die arbeidsre-integratie zo complex maakt. Iedere persoon heeft zijn eigen karakteristieke kenmerken, voert andere arbeidstaken uit in een andere werkomgeving. Dit maakt dat iedere casus met betrekking tot arbeidsre-integratie anders is. Er zijn steeds andere factoren aanwezig binnen de drie gebieden die een weerslag kunnen hebben op de fit en deze mogelijks uit balans kunnen brengen. Het uitvoeren van arbeid zal dan bemoeilijkt worden.



Figuur 2 : PEO model (Law et al., 1996)

⁵ Person Environment Occupation Model

In het proces van arbeidsre-integratie is het allereerst van belang om beperkingen en mogelijkheden in de verschillende gebieden in kaart te brengen. Als dit duidelijk is zullen er ook interventies nodig zijn op de verschillende gebieden om mogelijkheden te creëren en beperkingen op te vangen. Hieronder vindt u een overzicht van de belangrijkste elementen die geanalyseerd worden in het proces van arbeidsre-integratie en de interventies die mogelijk zijn. Deze kadering is nodig om uiteindelijk het belang van samenwerking aan te tonen.

5.1 Analyse

Persoon

- Inzicht in de arbeidsbeperking van de persoon: wat zijn de eigenschappen van de problematiek en wat maakt dat arbeid uitvoeren bemoeilijkt wordt?
- Wat zijn de sterke eigenschappen van iemand die benut kunnen worden bij het zoeken naar werk of het verder zetten van werk?
- Waar liggen de interesses van de persoon: waarom doet hij zijn job zo graag of welke jobs zou hij terug willen uitvoeren?
- Wat zijn de drijfveren van de persoon: waarom is het zo belangrijk om arbeid verder te zetten?
- Andere specifieke persoonskenmerken die uitvoeren van arbeid beïnvloeden. (lid van bepaalde cultuur, karakter en temperament, leeftijd, scholingsgraad,...)

Activiteiten

- Wat is het takenpakket van de werknemer en welke deelhandelingen zijn hiervoor nodig? (activiteitsniveau)
- Hoe voert de cliënt zijn taken nu uit?
- Welke taken zijn niet meer of beperkt mogelijk?
- Welke activiteiten zijn zeer goed mogelijk en vormen een sterkte?

Omgeving

- Hoe ziet de arbeidsomgeving van de persoon eruit? Alle aspecten van de omgeving worden hierbij in rekening gebracht. Op de werkplek zelf gaat dit vooral over de fysieke en de sociale omgeving. Maar ook de politieke, institutionele, economische en culturele omgeving is vaak belangrijk om in kaart te brengen. Ook de sociale omgeving buiten het arbeidsgegeven kan een invloed hebben op de uit te voeren arbeid. Dit is ook belangrijk om mee te nemen in de analyse.

Omgeving-persoon

- Is de omgeving aangepast aan de beperkingen van de persoon? Bijvoorbeeld een aangepast toilet voor een werknemer die permanent rolstoelgebonden is.
- Geraakt de persoon op zijn werk?
- Hoe is het contact met de collega's?
- Hoe staat de werkgever ten opzichte van zijn werknemer met een arbeidsbeperking?

- Heeft de persoon voldoende ondersteuning vanuit zijn omgeving zodat hij kan groeien? Deze omgeving kan zeer breed zijn, denk maar aan; begeleiding vanuit revalidatie, trajectbegeleider vanuit VDAB, steun van partner,... Het kan dus zowel gaan om ondersteuning vanuit persoonlijke omgeving maar ook vanuit maatschappelijke structuren.
- Wat zijn de houdingen en verwachtingen vanuit het gezin? Vinden zij het eenvoudiger dat de persoon nu meer thuis kan zijn of moedigen ze hem aan om werk te hervatten?

Persoon-activiteiten

- Welke taken kunnen niet of beperkt worden uitgevoerd en welke beperkingen liggen hier aan de basis?
- Welke activiteiten kan de persoon heel goed uitvoeren en vormen een sterkte?
- Past de werknemer een methodeverandering toe om taken toch te kunnen uitvoeren?
- Wordt er een hulpmiddel gebruikt om de beperkingen te compenseren.
- Welke activiteiten wil de persoon nog uitvoeren?

Activiteiten-omgeving

- Is de omgeving uitgerust om activiteiten optimaal te kunnen uitvoeren? → juiste uitrusting van gereedschap en ruimte.
- Wat zijn de verwachtingen en eisen van de werkgever ten opzichte van de taakuitvoering? (streng of mild)

Occupational performance

Hierbij gaat het om het uiteindelijke handelen op gebied van arbeid. Alle factoren bij elkaar en de beïnvloeding tussen de factoren zullen er uiteindelijk voor zorgen dat de arbeidsbeperking of de impact daarvan in meerdere of in mindere mate aanwezig is. Hoe groter de impact van een arbeidsbeperking, hoe kleiner de fit zal zijn en dus hoe moeilijker het handelen op gebied van arbeid. Het is aan ons als hulpverleners om interventies aan te wenden die de fit terug groter kunnen maken.

5.2 Interventies

- Uitvoeren van assessments gericht op het in kaart brengen van arbeidsvaardigheden en mogelijkheden, zowel op functie- als activiteitsniveau.
- Oefentherapie zowel op functie- als activiteitsniveau.
- Methodeveranderingen inoefenen.
- Takenpakket aanpassen (taken die niet meer lukken weglaten en andere taken in de plaats geven of takenpakket verminderen in duur).
- Arbeidspost analyseren en aanpassingen doorvoeren.
- Hulpmiddelen aanschaffen en oefenen van uitvoering met behulp van deze hulpmiddelen.
- Aangepast vervoer inschakelen.
- Aanbod van opleidingen en stages.
- Loopbaanbegeleiding; advies en tips op de werkvloer.

- re-integratiebegeleiding
- Trajectbegeleiding: werk zoeken op maat.
- Bemiddeling: gesprekken met werknemer, werkgever en collega's.
- Premies toekennen aan de werkgever die kansen biedt aan de werknemer met een arbeidsbeperking.
- financiële tussenkomst om hulpmiddelen en arbeidspostaanpassingen aan te schaffen en begeleidingsinstanties in te schakelen.
- advies over uitkeringsgerechtigheid voor personen met een arbeidsbeperking.

6 Samenwerken om de fit te bereiken

Arbeidsre-integratie is vaak een complex traject. Uit bovenstaande beschrijving blijkt dan ook dat er zeer veel elementen zijn die in rekening worden gebracht tijdens het proces van arbeidsre-integratie. Er zijn verschillende interventies mogelijk om arbeidsre-integratie mogelijk te maken. Er zal een combinatie van interventies nodig zijn om optimale re-integratie te bereiken, dat merken ervaringsdeskundigen op de Dienst Arbeidsbeperking elke dag. Het is dan ook geen traject waar slechts enkele hulpverleners van één instantie een rol in spelen. Zowel in de analyse als in interventies kunnen verschillende disciplines van verschillende instanties een meerwaarde betekenen. Iedere instantie heeft een ander aanbod aan dienstverlening. Zo kan het multidisciplinair team vanuit de fysieke revalidatie methodeveranderingen inoefenen, vaardigheden optimaliseren en hulpmiddelen leren gebruiken. Het team van de Dienst Arbeidsbeperking zal recht op tewerkstellingsondersteunende maatregelen onderzoeken en opstarten, maar zij kunnen dan weer geen begeleiding bieden. Het gaat dan om toekennen van aangepast gereedschap, subsidiëring van arbeidspostaanpassingen en het opstarten van premies. Hulpverleners van meer begeleidende instanties zoals GTB en GOB zullen wel begeleiding op de werkvloer kunnen bieden en op zoek kunnen gaan naar werk op maat of hulp bieden bij de re-integratie binnen het bedrijf waar de persoon nu werkt. De ergotherapeut kan binnen elke instantie het proces aansturen binnen het team.

Om arbeidsre-integratie te optimaliseren zal communicatie en samenwerking tussen de instanties doorslaggevend zijn. Leren van elkaar en elkaar te ondersteunen is dus zeer belangrijk. Dit alles in belang van de cliënt. Als hulpverleners van verschillende instanties samenwerken en in verbinding staan met elkaar zal de cliënt zijn re-integratie vlotter verlopen. De ergotherapeut zal vanuit de fysieke revalidatie zijn team inschakelen om het functioneren van de patiënt te optimaliseren. Als het ontslag nadert kan de ergotherapeut de deskundige van de Dienst Arbeidsbeperking inschakelen om de premies op te starten en hulpmiddelen toe te kennen indien nodig. In tussentijd kan ook een jobcoach van GOB worden gecontacteerd om re-integratiebegeleiding vast te leggen voor de terugkeer naar werk. Het uiteindelijke resultaat zal zijn dat de patiënt een geleidelijke terugkeer ervaart naar zijn werk met voldoende ondersteuning.

Methode

7 Beschrijving onderzoek

7.1 Onderzoeksopzet

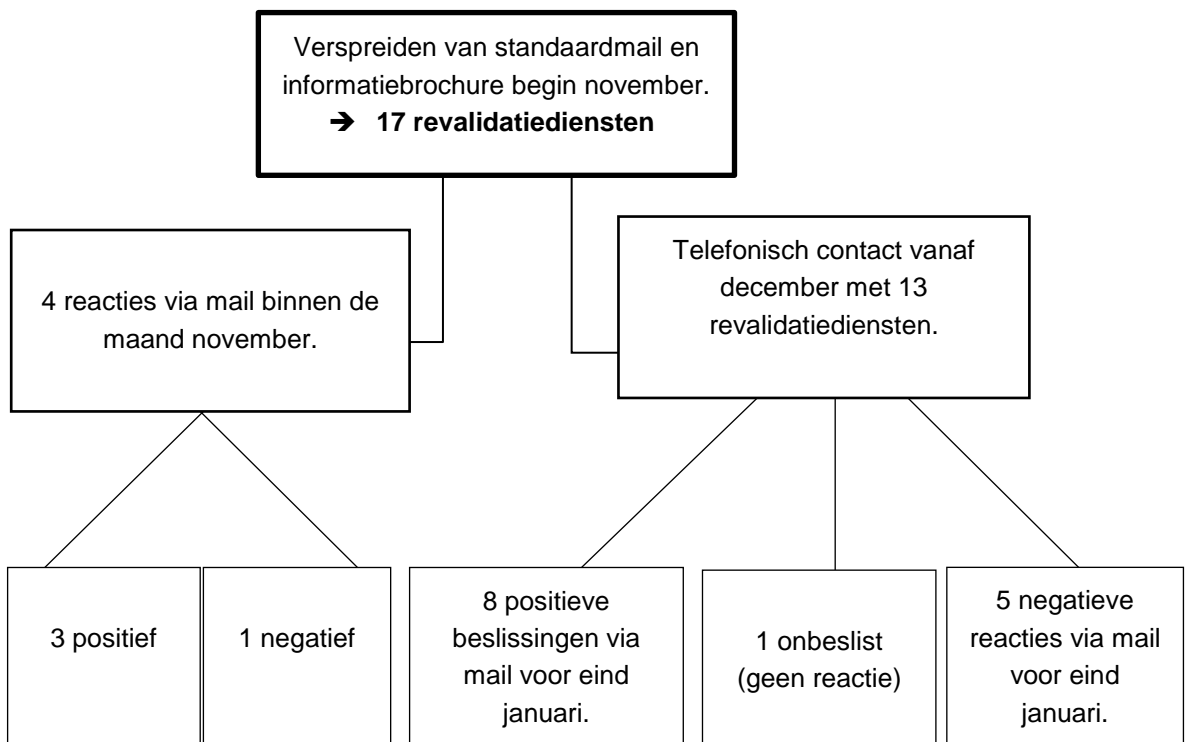
Het onderzoek is kwalitatief van aard. Meer specifiek gaat het om een kwalitatief survey-onderzoek. Exploratie van de eerste uitkomsten na een interprofessioneel educatie-initiatief wordt nagestreefd. Dit wordt bereikt door in dialoog te treden met in het bijzonder ergotherapeuten. We willen een tendentie van opvattingen beschrijven die naar boven komen na het bijwonen van de presentatie. Hierbij is zowel ruimte voor huidige ervaringen als reflecties naar het verleden en de visies naar de toekomst.

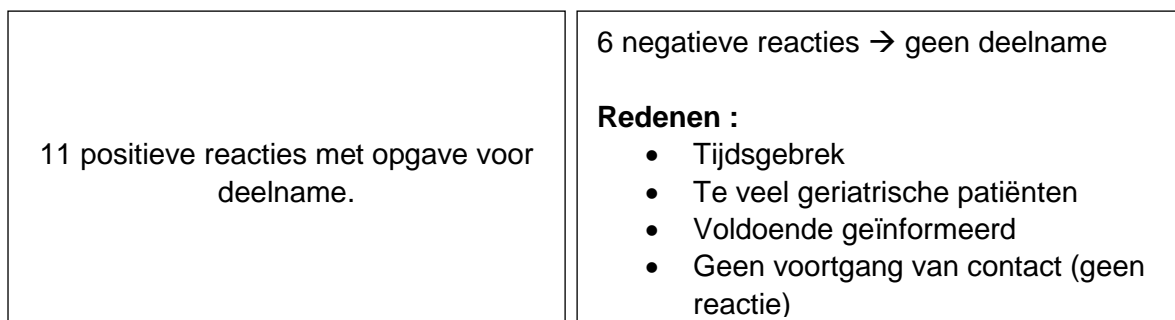
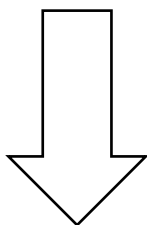
7.2 Doelen

Het doel van het onderzoek is om de reacties, veranderingen in kennis en percepties en visies over samenwerking van ergotherapeuten van het team in kaart te brengen na het bijwonen van de presentatie.

7.3 Rekrutering van de steekproef

Het gaat om een eerder gerichte selectie van de steekproef, waarbij er bewust gekozen wordt om fysieke revalidatiediensten te contacteren met een aanbod voor volwassenrevalidatie. Verdere selectie gebeurde op vrijwillige basis door de teams zelf. Hieronder een overzichtelijke weergave van de rekrutering:





Figuur 3: Rekrutering steekproef

7.4 Participanten

De participanten werden geselecteerd uit de elf revalidatiediensten die zich opgaven voor deelname. De selectie gebeurde op geheel vrijwillige basis, met enkele voor de hand liggende inclusiecriteria.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen twee participantengroepen met volgende inclusiecriteria:

- Participantengroep 1: aanwezigen interprofessionele educatie.
 - lid van multidisciplinair team van de revalidatiedienst.
- Participantengroep 2: deelname onderzoek interprofessionele educatie.
 - Ergotherapeut binnen het multidisciplinaire team.
 - Interprofessionele educatie (presentatie) werd bijgewoond.

In totaal werden er 69 hulpverleners uit verschillende disciplines bereikt met de presentatie. 29 ergotherapeuten gaven zich op voor deelname. Specifieke gegevens over de steekproef zijn terug te vinden bij resultaten.

7.5 Interventie

De interventie bestond uit een interprofessionele educatie. De interprofessionele educatie werd gegeven in de vorm van een presentatie. In deze presentatie werden de arbeidsre-integratiemogelijkheden vanuit VDAB dienst arbeidsbeperking en partnerorganisaties GTB en GOB naar voren gebracht. Alle besproken mogelijkheden en een handleiding om aan de slag te gaan met deze mogelijkheden werden beschreven in een brochure. Deze brochure kan gebruikt worden door het hele multidisciplinaire team.

7.6 Gegevensverzameling

Er werd gebruik gemaakt van zowel schriftelijke als mondelinge gegevensverzameling. De deelnemende ergotherapeuten vulden voorafgaand aan de presentatie een vragenlijst in.

Na het bijwonen van de presentatie werden zij bevroegd aan de hand van een semi-gestructureerd interview. De vragenlijst en het interview werden in functie van de onderzoeksvraag ontwikkeld, waarbij bestaande literatuur als wetenschappelijke basis werd gebruikt. Over de ontwikkeling van vragenlijst en interview vindt u in de procesbeschrijving verdere gegevens. De vragenlijst had als voornaamste doelen om de steekproef specifiek te beschrijven en baseline resultaten te verkrijgen. Het interview had als doel om de opvattingen van de ergotherapeuten in kaart te brengen na de interprofessionele educatie. Er werd bewust gekozen voor een semi-gestructureerd interview. Hier is ruimte voor extra vragen of bijvragen en er kan ook licht afgeweken worden van het standaard interviewschema als dit beter past binnen het gesprek. Het interview werd individueel afgenomen.

7.7 Gegevensverwerking

Voor de verwerking van de vragenlijst werd geen specifieke analyse toegepast. Er werd gekeken hoeveel keer bepaalde antwoorden aan bod kwamen om een inschatting te kunnen maken van arbeidsvragen en aanwezige kennis. Om de interviews te analyseren werd een thema-analyse uitgevoerd.

8 Organisatie project en onderzoek

8.1 Opstartfase

1. Opstellen contactenlijst

Verschillende bronnen werden aangewend om de contactenlijst op te stellen:

- Elektronische bronnen: overzicht fysieke revalidatiediensten in Antwerpen met eventuele contactgegevens van de revalidatiedienst.
- Interne stagelijst AP Hogeschool via stagecoördinator ergotherapie.
- Contactadressen via interne promotor.
- Telefonisch contact voor specifiek contactadres revalidatiedienst/ergotherapie.

Volgende inclusiecriteria werden toegepast bij het opstellen van de contactenlijst:

- Multidisciplinaire fysieke revalidatiedienst.
 - Revalidatiecentrum
 - Dienst fysieke geneeskunde en revalidatie binnen ziekenhuis.
- Vereiste multidisciplinair team → aanwezigheid van ergotherapeut.
- Volwassenrevalidatie → doelgroep voor inzet op arbeidsmarkt.
- Regio: Provincie Antwerpen.

2. Opstellen informatiebrochure en standaardmail

In eerste instantie werden de contactpersonen van de revalidatiediensten per mail gecontacteerd. Zij kregen allen een standaardmail toegestuurd. In deze mail stelde de onderzoeker zichzelf, de bachelorproef en het project voor. Om meer informatie te geven over het project en het onderzoek daar rond, werd een informatiebrochure ontwikkeld. De informatiebrochure werd als bijlage toegevoegd aan de standaardmail.

De informatiebrochure en de standaardmail vindt u respectievelijk terug in bijlagen 2 en 3.

8.2 Voorbereidingsfase

1. Kennismakingsgesprek

In de periode februari en maart ging de onderzoeker langs bij de revalidatiediensten die zich opgaven voor deelname. Er werd gekozen voor een standaard kennismakingsgesprek om voortgang van het verder project en onderzoek mogelijk te maken. Persoonlijk contact en rechtstreekse communicatie werd op deze manier opgestart.

Tijdens het kennismakingsgesprek kwamen verschillende elementen aan bod:

- Mondelinge voorstelling onderzoeker/student.
- Mondelinge voorstelling project.
- Info over onderzoek verbonden aan project.
- Ruimte voor vragen en feedback vanuit het team.
- Maken van concrete afspraken:
 - Vastleggen van datum voor presentatie.
 - Inschatting van aanwezige diensten/leden op de presentatie, dit kon ook achteraf per mail worden bezorgd.
 - Inschatting van ergotherapeuten die deelnemen aan het onderzoek, ook dit kon achteraf per mail aan de onderzoeker worden bezorgd.
 - Info over beschikbaarheid van lokaal en beamer.
 - Info over informed consent, toestemmingsbrief en vragenlijst die per mail zullen worden bezorgd.
 - Afspraken over indienen van de vragenlijst en bezorgen van de toestemmingsbrief.
- Ruimte voor vragen en feedback vanuit het team in verband met gemaakte afspraken.

Een logboek waarin informatie en verloop van de kennismakingsgesprek in beschreven zijn vindt u terug in bijlage 4.

2. Informed consent en toestemmingsformulier

Alle ergotherapeuten die deelnamen aan het onderzoek kregen een informed consent via mail toegestuurd. In deze informed consent kregen de ergotherapeuten de kans om na te lezen wat het onderzoek inhoudt en wat er met de resultaten zal gebeuren. Daarnaast kregen de deelnemende ergotherapeuten ook een toestemmingsformulier toegestuurd in dezelfde mail. Deze werden gehandtekend door de ergotherapeuten na lezen van de informed consent. Hierbij verklaren zij de informed consent gelezen te hebben, op de hoogte te zijn van het verloop van de deelname en vrijwillig deel te nemen. U vindt een exemplaar van de informed consent en het toestemmingsformulier respectievelijk terug in bijlagen 5 en 6.

3. Ontwikkeling vragenlijst

Er werd geen bestaande vragenlijst gebruikt. Dit was ook niet mogelijk aangezien het gaat om een nieuw project, waarbij de onderzoeker op zoek is naar specifieke informatie. Alvorens de vragen werden opgesteld, werd er nagedacht over de concrete doelen van de vragenlijst. Op basis van deze doelen werden de vragen opgesteld. Er werd rekening gehouden met de hoeveelheid vragen, aangezien de revalidatiediensten zeer hoge eisen hebben op gebied van time management. De vragenlijst werd daarom beperkt tot 10 vragen. Open en gesloten vragen werden afgewisseld. Het ontwerpschema en de originele versie van de vragenlijst zijn respectievelijk terug te vinden in bijlagen 7 en 8.

4. Ontwikkeling interview

Voor het semi-gestructureerd interview werd geen bestaand interviewschema gebruikt. Het interviewschema kreeg vorm door de vooropgestelde onderzoeksvraag goed in het achterhoofd te houden en daarnaast de bestaande literatuur aan te wenden.

Onderzoeksvraag:

‘Wat zijn de reacties, veranderingen in kennis en percepties en visies over samenwerking bij ergotherapeuten van fysieke revalidatiediensten binnen de Provincie Antwerpen na interprofessionele educatie over de arbeidsre-integratiemogelijkheden vanuit VDAB en partnerorganisaties?’

Outcomes verbonden interprofessionele educatie (Oandasan en Reeves, 2005):

1. Reacties van de deelnemers over de leerervaring.
2. Veranderingen in attitudes en percepties van de participanten.
3. Verwerving van kennis en vaardigheden.
4. gedragsveranderingen: Het interprofessionele leerproces wordt getransfereerd naar de praktijk en er is verandering merkbaar in de professionele praktijk.
5. Veranderingen in de organisatorische praktijk: de zorgverstrekking ondergaat veranderingen.
6. Verbeteringen in gezondheid en welzijn van de patiënt.

Interviewschema:

Als we de onderzoeksvraag en de mogelijke outcomes, verbonden aan interprofessionele educatie samenleggen, kunnen we het interviewschema vorm geven. Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zullen we ons duidelijk richten op de eerste drie outcomes die verbonden zijn aan interprofessionele educatie: Reacties, verwerving van kennis (vaardigheden zullen minder van toepassing zijn) en veranderingen in attitudes en percepties. Deze drie outcomes vormen de drie eerste categorieën van het semi-gestructureerd interview. Daarnaast willen we ook te weten komen wat de visies zijn over samenwerking bij de ergotherapeuten van de revalidatiediensten. Deze visies zullen diepgaander bevestigd worden in een vierde categorie. Deze vierde categorie is gebaseerd op de vijfde outcome. Concrete veranderingen in de organisatorische praktijk zijn nog niet meetbaar op korte termijn. Door visies over samenwerking te bevestigen kunnen we al wel peilen naar de mogelijkheid die ergotherapeuten zien voor eventuele organisatorische veranderingen in de toekomst. Wat we hierbij vooral te weten willen komen is het volgende: ‘Zouden zij samenwerking nuttig vinden?’, ‘Wat zien zij als hun taken binnen de samenwerking?’ en ‘Wat is in de toekomst nodig om dit mogelijk te maken?’. Bij elke categorie werden richtvragen opgesteld die de categorie meer verduidelijken.

De richtvragen maken het mogelijk om categorieën diepgaander te bevragen en dienen als hulpmiddel om het gesprek te sturen. Het interviewschema vindt u terug in bijlage 9.

5. Educatie initiatief uitwerken

Volgende stappen werden ondernomen bij het uitwerken van het educatie initiatief:

- Stap 1: inwinnen van informatie bij re-integratiediensten.
- Stap 2: Verwerken van informatie.
- Stap 3: Ontwerpen van brochure.
- Stap 4: Ontwerpen van presentatie.
- Stap 5: Controle door betrokken partijen.(mentor en externe communicatiediensten)
- Stap 6: Afwerking.
- Stap 7: Mondelinge voorbereiding op de presentatieronde.

De hand outs van de presentatie zijn terug te vinden in bijlage 10. De hand outs in de bijlage bevatten een vereenvoudigde opmaak. De originele opmaak kon niet worden weergegeven. De brochure vindt u terug aan de achterzijde als extra element.

8.3 Uitvoeringsfase

1. Uitvoeren van het educatie initiatief

Gedurende de laatste 3 weken van april werd de presentatieronde uitgevoerd. De revalidatiediensten werden elk individueel bezocht. Op die manier waren er kleine groepen en was er directe interactie mogelijk. Tijdens de presentatie werd er een powerpoint presentatie gebruikt als ondersteunend materiaal. De hand outs werden ook voorzien voor de deelnemers. De presentatie zelf duurde gemiddeld één uur. De brochure werd aan het eind van de presentatie besproken en uitgedeeld. Aansluitend aan de presentatie werd er ruimte voorzien voor vragen en reflectie. Na afronding van de vragenronde werd het team bedankt voor hun aanwezigheid. Een logboek waarin informatie en verloop van de presentaties in beschreven zijn vindt u terug in bijlage 11.

2. Afname interview

Het interview werd afgenomen meteen na afloop van de presentatie. Dit gebeurde individueel met de ergotherapeuten die zich opgaven voor deelname. Er werd gerekend op een tijdsduur van gemiddeld een kwartier per interview, maar afwijking hierop was mogelijk. De deelnemer bepaalde het tempo en als er interessante elementen werden aangehaald kon hier verder op ingegaan worden.

Volgende elementen werden overlopen tijdens de afname van het interview:

- Inleiding: kort aangeven dat het niet zal gaan om een test, maar dat het vooral gaat over de leerervaring en de opvattingen die de ergotherapeut ons kan bijbrengen.
- Toestemming voor opname van het gesprek.
- Effectieve gesprek: categorieën werden overlopen en richtvragen werden als leidraad gehanteerd gedurende het gesprek.

- Afsluiting: de deelnemende ergotherapeut werd op de hoogte gesteld van de mogelijkheid tot member check en werd nogmaals bedankt voor deelname.

8.4 Afsluitfase

Binnen de week kregen de participanten hun uitgeschreven versie van het interview doorgestuurd via mail voor een member check. In deze mail werd duidelijk vermeld dat enkel deze gegevens gebruikt zullen worden tot het bekomen van resultaten. De participanten kregen een week de tijd om vragen, bedenkingen of opmerkingen te uiten aan de onderzoeker. De contactpersoon van de revalidatiediensten kreeg binnen de week de digitale versie van de brochure doorgestuurd, aangevuld met de officiële VDAB communicatie. Hierin werd benadrukt dat de brochure voor intern gebruik is en niet verspreid mag worden, hiervoor dient de officiële VDAB communicatie. In deze laatste mail werd de dienst nogmaals hartelijk bedankt voor deelname aan het project.

8.5 Verwerkingsfase

Vorbereidende stappen

- Stap 1: Uitschrijven van de interviews → script. (zie bijlage 12) Deze versie kregen de participanten ook doorgestuurd voor een member check.
- Stap 2: Schrappen van onrelevante informatie rekening houdend met de onderzoeksvraag.
- Stap 3: Keuze van analyse-eenheden → Analyse op zinsniveau om te komen tot een meer gedetailleerd beeld. De overgebleven zinnen worden verder geanalyseerd.
- Stap 4: De tekst opsplitsen in fragmenten → tekst scheiden in zinnen die verwijzen naar een bepaald onderwerp. (zie bijlage 13)

Effectieve thema-analyse

Stap 1: Labelen van fragmenten → de zin herleiden tot zo min mogelijk kernwoorden die het label vormen. (zie bijlage 14)

Stap 2: Uitzetten van de labels in tabel → er werd gekozen voor chronologische rangschikking in de volgorde van het interviewschema. (zie bijlage 15)

Stap 3: Aanvullen van labels in de tabel en gelijkaardige labels vervangen door 1 label. (synoniemen zo veel mogelijk wegwerken)

Stap 4: Zoeken naar gemeenschappelijke kenmerken tussen labels en verdere structuur aanbrengen. (zie bijlage 16)

Stap 5: Definiëren van subthema's en kernthema's. (zie bijlage 16)

Stap 6: Beantwoorden van de onderzoeksvraag aan de hand van de tabel.

Resultaten

9 Beschrijving steekproef

Tabel participantengroep 1: aanwezigen interprofessionele educatie

Revalidatie- dienst	Arts	Ergo- therapeut	Kinesi- therapeut	Psycholoog	Sociaal assistent	Verpleeg- kundige	Logo- pedist
1	2	1	2	1	1	2	
2		2					
3		3		2			
4		6			1		
5		4	2	1	1		
6		4	1				
7		7			1		
8		6		1			
9		3		1	1		
10		6	1				2
11		2	2				
TOTAAL	2	44	8	6	5	2	2
ALGEMEEN							
TOTAAL 69							

Tabel 1: participantengroep 1

Tabel participantengroep 2: Participanten onderzoek

Initialen participant	Functie binnen de dienst	Ervaring (in jaren)	Specifieke opleidingen na bachelor diploma
A.B.	Ergotherapeut SP dienst locomotorische revalidatie	14	/
A.DB.	Ergotherapeut fysische geneeskunde en revalidatie	18	/
A.H.	Ergotherapeut multidisciplinair pijncentrum	2,8	-Gepland voor 2017 : disability case management
A.K.	Ergotherapeut SP dienst locomotorische revalidatie	9	-Adviseur in de ergonomie
C.C.	Hoofdergotherapeut dienst fysische geneeskunde en revalidatie	35	-ERTOMIS -Work simulator -Ergo-kit (lopende)
D.G.	Ergotherapeut ambulante revalidatie + orthopedie en oncologie	4	/
E.C.	Ergotherapeut ambulante en gehospitaliseerde revalidatie	5	/
E.G.	Ergotherapeut dienst fysische geneeskunde en revalidatie	0,8	/
E.H.	Ergotherapeut ambulante revalidatie + ergonomie en neurologie	9	-Specifieke lerarenopleiding

G.V.V.	Ergotherapeut revalidatiecentrum jonge verkeersslachtoffers	13	-Bobath -Affölter
I.C.	Ergotherapeut Rug- en nekrevalidatie	16	-Low back management -Beeldschermerngonomie
I.S.	- 50% verantwoordelijke ergotherapeut pijncentrum -50% ergotherapeut revalidatie	4	-Opleidingen pijnhantering waaronder
K.M.	Ergotherapeut revalidatie NAH	6	-Bobath; CDM; COPM
K.M.	Ergotherapeut neurologische revalidatie	5	-CDM
K.W.	Ergotherapeut SP dienst locomotorische revalidatie + brandwondencentrum	23	Ja (geen specifieke gegevens)
L.C.	Ergotherapeut rugschool en geriatrische revalidatie	10	/
L.E.	Ergotherapeut dagrevalidatie	10	-Bobath; GPB
L.J.	Ergotherapeut ambulante revalidatie neurologie	1,8	/
L.M.	Ergotherapeut ambulante revalidatie, vliegende en ruggroep	0,8	-BANABA buitengewoon onderwijs -Specifieke lerarenopleiding
L.V.E.	Ergotherapeut ambulante en gehospitaliseerde revalidatie	0,5	-BANABA zorgverbreding en remediërend leren
L.V.G.	Ergotherapeut ambulante revalidatie neurologie + rugrevalidatie	5,9	-Adviseur in de ergonomie
M.D.	Ergotherapeut dienst fysische geneeskunde en revalidatie	28	- Gespecialiseerde ergotherapie in Reumatologie ; Disability Case Management en Johnstone
M.M.	Ergotherapeut dienst fysische geneeskunde en revalidatie	12	-Bobath; ergokit -Opleidingen via VAPH/KOC -Opleiding rond neurologische zorg -Cursus spalken maken + handrevalidatie
M.T.	Hoofdergotherapeut neurologische revalidatie	6	-Zorgmanagement
P.S.	Ergotherapeut SP dienst locomotorische revalidatie	3	-Zorgmanagement (lopende) -Zorgverbreding en remediërend leren
P.V.O.	Ergotherapeut neurologische revalidatie en ambulante revalidatie	23	-Psychomotoriek -Activiteitenweger -Thuiszorgcursussen
S.B.	Ergotherapeut Sport medisch centrum	5	/
S.H.	Ergotherapeute geriatrische revalidatie	10	/
T.V.	Ergotherapeut SP dienst locomotorische revalidatie	7	/

Tabel 2: Participantengroep 2

10 Baseline resultaten

Aan de hand van de vragenlijsten werd er voor de start van het interprofessioneel educatie-initiatief al een eerste peiling gemaakt naar de aanwezigheid van arbeidsvragen op de dienst en kennis over re-integratiemogelijkheden. Volgende resultaten zijn naar voor gekomen. 28 van de 29 participanten hebben aangegeven dat ze in contact komen met arbeidsvragen op hun afdeling. 17 ergotherapeuten verklaren zelfs dat dit regelmatig voorkomt. 1 ergotherapeut heeft aangegeven dat dit vaak voorkomt, bij de overige 10 blijkt dit eerder zelden het geval te zijn. Er wordt slechts op 1 revalidatiedienst gebruik gemaakt van een assessment om arbeidsvaardigheden in kaart te brengen. Wat achtergrondkennis over arbeidsre-integratie betreft, hebben 12 ergotherapeuten aangegeven dat ze hier geen achtergrond in hebben. De overige 17 ergotherapeuten verklaren wel enige achtergrondkennis te hebben, maar 12 ergotherapeuten vinden dat de kennis die ze hebben te weinig is om patiënten verder te helpen. De overige 5 ergotherapeuten hebben aangegeven dat de kennis wel voldoende is om patiënten op weg te helpen. De Dienst Arbeidsbeperking en de tewerkstellingsondersteunende maatregelen zijn bij 8 ergotherapeuten gekend, maar voor 3 ergotherapeuten gaat de kennis niet verder dan de naam. Voor de overige 21 ergotherapeuten zijn de dienst en de maatregelen dus waarschijnlijk onbekend. GTB en GOB zijn iets beter gekend. 10 ergotherapeuten hebben aangegeven dat ze enigszins op de hoogte zijn van GTB en 5 ergotherapeuten geven aan de dienstverlening van GOB te kennen. Slechts 1 ergotherapeut heeft een specifieke opleiding gevolgd rond arbeidsre-integratie, namelijk disability case management. 2 ergotherapeuten zijn bezig met een opleiding over het gebruik van de ergokit om arbeidsvaardigheden in kaart te brengen.

11 Effect van interprofessionele educatie

4 hoofdthema's met enkele subthema's kwamen voort uit de thema-analyse.

Thema 1: Reacties na interprofessioneel educatie initiatief

Als eerste reacties kwamen er verschillende omschrijvingen naar boven, maar allen met een positief karakter; verrast, interessant, goede oprissing, blij met de informatie en een mooi gegeven.

“Ik ben blij verrast dat ze daar al zo hard mee bezig zijn, ik wist er zelf heel weinig van”.(L. VG.)

Enkele ergotherapeuten hebben aangegeven dat ze meteen een link legden met enkele patiënten en dat de mogelijkheden die er zijn toch echt meer gebruikt moeten worden.

“Ik had vooral het idee dat we dit echt meer moeten gebruiken.”(K.M.)

“Ik was meteen aan het linken aan een paar patiënten en aan het nadenken of we die daar konden in plaatsen.”(A.K.)

Over de educatie zelf werd voornamelijk aangehaald dat het voor de ergotherapeuten een grote bron van informatie was waarbij zij veel nieuwe informatie kregen.

De ergotherapeuten hebben aangegeven dat ze een duidelijk beeld kregen, alhoewel de materie toch complexer was dan eerst gedacht. In vele gesprekken kwam er nog eens naar voor dat er toch wel heel wat arbeidsvragen zijn en dat de ergotherapeuten vinden dat ze zelf niet genoeg op de hoogte zijn van de materie.

“Ik heb veel dingen gehoord die ik zelf niet wist. We krijgen toch wel vaak de vraag: “wat moet ik doen als ik terug wil werken?”. Voor ons is het dan moeilijk om mensen op weg te helpen omdat we zelf niet genoeg op de hoogte zijn van de mogelijkheden die er zijn”(D.G.)

De ergotherapeuten hadden ook wel meteen wat kritische bedenkingen. Enkele ergotherapeuten stelden zich de vraag of alles in de praktijk wel zo vlot verloopt. Er werd ook aangegeven dat alles start bij de motivatie van de patiënt. Enkele ergotherapeuten dachten al verder na over hoe gezondheidszorg en re-integratiebeleid zouden kunnen samenwerken.

Thema 2: Vergroting van kennis over re-integratiemogelijkheden

A: Verwerving van kennis

23 van de 29 participanten hebben aangegeven dat ze veel nieuwe kennis hebben gehaald uit de presentatie. Voor 10 ergotherapeuten was het echt globaal nieuwe info, voor de anderen ging het meer over bepaalde mogelijkheden waar ze niet bekend mee waren zoals de verschillen in aanbod voor werkzoekenden en werknemers, de trajectbegeleiding en de loopbaanbegeleiding.

Opvallend is dat de tewerkstellingsondersteunende maatregelen voor het grootste deel van de ergotherapeuten nieuwe informatie was. De dienstverlening van GTB en GOB werd minder aangehaald als nieuwe informatie.

“Vooral van de maatregelen wist ik weinig, en eigenlijk is dit toch al de basis.”(G.V.V.)

Voor 6 ergotherapeuten was er niet zeer veel nieuwe informatie bij, zij spraken voornamelijk van een nuancering van hun bestaande kennis. Zij kregen een duidelijker beeld door het volgen van de presentatie en vonden het een voordeel dat de partnerorganisaties nog eens duidelijk werden toegelicht.

“Wij zijn er al mee bezig, maar het is goed om nog eens duidelijk op punt te hebben dat doet VDAB, dat doet GTB en dat doet GOB.”(A.H.)

B: Gebruik van nieuwe kennis

Alle 29 ergotherapeuten hebben aangegeven dat ze nu het gevoel hebben ook echt met de informatie aan de slag te kunnen gaan. Uit de meeste gesprekken is gebleken dat zij de informatie willen gebruiken om vanuit de revalidatiesetting hun patiënten te informeren, te helpen bij de opstart van het re-integratietraject en door te verwijzen naar de juiste instanties. Ergotherapeuten vinden de informatie vooral nuttig voor de ambulante patiënten op de dagrevalidatie, patiënten met rug- en nekklachten, patiënten uit het pijncentrum en vooral een meer jonge populatie.

“Ik heb wel het gevoel dat als er nu een patiënt naar mij komt dat ik de aanzet kan maken om werkhervatting bespreekbaar te maken en dat ik wel weet naar welk punt ik ze moet sturen.”(I.S.)

C: Drempels tot gebruiken van kennis

Vaak worden er door de ergotherapeuten toch al drempels aangehaald die de opstart van arbeidsre-integratie vanuit de revalidatie bemoeilijken.

De ergotherapeuten hebben aangegeven dat ze te weinig tijd hebben en dat ze het lastig vinden dat ze niet buiten het ziekenhuis mogen om de leefsituatie en dus ook de werksituatie van patiënten te bekijken. Er is ook geen nomenclatuur om advies rond arbeidsre-integratie aan te bieden aan de patiënten. Sommige ergotherapeuten vinden het ook nog steeds moeilijk om in te schatten wanneer iemand nu klaar is om te gaan werken en welke patiënten ze best kunnen doorsturen.

“Ik ga de mogelijkheden nu veel meer in mijn achterhoofd houden bij patiënten, maar ik vind het nog altijd moeilijk om in te schatten wanneer iemand nu klaar is om te gaan werken en wanneer we dit zouden kunnen opstarten.”(A.DB.)

D: Gebruik van kennis om arbeidsre-integratie interprofessioneel aan te sturen

27 van de 29 participanten hebben geuit dat zij vinden dat de ergotherapeut de geschikte persoon is om arbeidsre-integratie aan te sturen binnen het team en om het team daarin te ondersteunen. De ergotherapeuten zien het als hun taak om collega's te informeren over de materie en ook hun vragen te beantwoorden. Het arbeidsgegeven kan ook door de ergotherapeut besproken worden op teamvergaderingen als belangrijke insteek. Enkele ergotherapeuten hebben aangegeven dat ze de artsen meer willen adviseren en dat zij met hen in contact willen gaan om arbeidsre-integratie bespreekbaar te maken.

De ergotherapeuten erkennen ook het belang van multidisciplinaire samenwerking op gebied van arbeidsre-integratie. Voornamelijk de kinesist, psycholoog, arts en sociale assistent worden hierbij aangehaald.

“Ik vind als ergotherapeut dat wij dit zeker kunnen aansturen. Vaak is het toch één van de doelstellingen van patiënten om na de revalidatie terug aan het werk te gaan, en ik vind het als ergotherapeut een belangrijke taak om daarbij te helpen. Er zijn nog disciplines die daarbij kunnen helpen, maar de ergotherapeut maakt daar zeker deel van uit.”(P.S.)

Enkele ergotherapeuten merkten wel op dat ze zich te weinig profileren binnen het team als het gaat om het stuk arbeid, omdat ze zelf ook niet van alles op de hoogte zijn. Deze ergotherapeuten geven wel aan dat de info hen zal helpen om zich daar nu meer in te profileren.

“Ik denk dat wij als ergotherapeut zeker die persoon zijn, maar ik vrees dat wij ons niet genoeg profileren om het te doen. Er wordt te gemakkelijk gezegd: “wacht er nog maar even mee, we gaan ons eerst met de revalidatie bezig houden.”(...) Ik denk dat we dit niet zo gemakkelijk naast ons neer mogen leggen.”(M.M.)

2 participanten hebben aangegeven dat ze de concrete stappen wat betreft arbeidsre-integratie meer zien gebeuren door de sociale dienst.

Thema 3: Verandering in percepties met betrekking tot arbeidsre-integratie

Voor 21 participanten is het beeld over arbeidsre-integratie verruimd, zij zien veel meer mogelijkheden ontstaan. Veel ergotherapeuten verklaren dan ook dat ze nu pas echt beginnen nadenken over arbeidsre-integratie en dat ze nu ook beginnen terug denken aan patiënten die ze hadden kunnen helpen.

“Ik heb nu het gevoel dat ik al een paar patiënten heb laten passeren waar we toch wel iets mee hadden kunnen bereiken op gebied van arbeidsre-integratie, maar we wisten het niet.”(A.K.)

“(…)Ik dacht altijd ofwel werken ofwel niet werken, maar ik zag de tussenoplossingen niet echt. Dus ik heb mijn beste patiënten doorgestuurd, maar de anderen niet en nu heb ik daar wel spijt van…”(M.T.)

De percepties van 6 andere participanten zijn niet echt veranderd maar vooral meer genuanceerd. Zij hadden al enige achtergrond kennis, maar hebben nu een duidelijker beeld gekregen. Enkelen onder hen merkten op dat er meer aandacht is voor arbeidsre-integratie van mensen met arbeidsbeperkingen vanuit de maatschappij en vanuit de overheidsinstanties.

“(…)Ik wist wel wat er ongeveer was, maar nu is alles veel duidelijker. Mijn beeld is dus vooral duidelijker geworden.”(E.H.)

“Ik merk dat er initiatieven opgestart worden en dat er echt gewerkt wordt rond de problematiek.”(C.C.)

De overige 2 participanten hebben geen duidelijke veranderingen in percepties aangegeven.

Thema 4: Visies over samenwerking

A: Wens naar samenwerking

Alle participanten zouden het zeer nuttig vinden om een samenwerking op te starten met de besproken re-integratiediensten. (VDAB,GTB en GOB) Als het zou kunnen zouden de ergotherapeuten hier zeker op in gaan.

B: Voordelen van samenwerking

Ergotherapeuten zouden samenwerking zeer interessant vinden, er werden zelfs al heel wat voordelen geformuleerd die de ergotherapeuten hierin zien. Het grootste voordeel zou voor de ergotherapeuten de informatie uitwisseling zijn. Door samenwerking op te starten zou het mogelijk zijn om kennis te delen en te leren van elkaar. Ergotherapeuten drukken hierbij ook de meerwaarde uit die zij kunnen hebben binnen deze samenwerking.

“Jullie hebben de know how van de re-integratiemogelijkheden, maar wij kennen de patiënt veel beter. Ik denk dat we elkaar daarin vooral kunnen versterken.”(A.B.)

“Wij hebben een veel beter beeld van wat patiënten kunnen en niet kunnen(…)Ik denk dat onze kennis een grote meerwaarde kan zijn in de samenwerking en jullie werk ook kan vergemakkelijken.”(E.H.)

Samenwerking zou er volgens de ergotherapeuten ook voor kunnen zorgen dat er sneller en juister doorverwezen kan worden en dat de drempel voor patiënten lager wordt om de stap naar werk te zetten.

“Ik denk dat patiënten sneller bij de juiste dienst gaan terecht komen en dat de drempel lager gaat zijn.”(S.H.)

Ook opvolging is een belangrijk voordeel dat toch enkele ergotherapeuten aanhalen tijdens de gesprekken. Als zij patiënten nu toch eens doorverwijzen dan kunnen zij dit moeilijk opvolgen. Door samenwerking zou dit beter mogelijk zijn volgens hen.

“Ook naar ons toe zou het door samenwerking mogelijk zijn om aan opvolging te doen. Nu horen wij niets meer van onze patiënten en dat vind ik spijtig.”(M.T.)

Samenwerking heeft volgens de ergotherapeuten voordelen voor de patiënten. Er zal hen meer geboden kunnen worden en er zal meer patiënt gericht gewerkt kunnen worden. Maar samenwerking kan ook zeker een meerwaarde hebben voor het hele team en specifiek voor het beroep ergotherapie:

“Ik denk dat het onze job beter gekend gaat maken. Het is waardevol als je iemand terug aan het werk krijgt en nu wordt ergotherapie toch nog vaak gezien als werken met kleine prulletjes.”(K.M.)

In het algemeen zou samenwerking volgende de ergotherapeuten vooral waardevol zijn op de ambulante revalidatie afdeling, in de pijnkliniek, op de rugschool en op de dienst neurologie. Dit zijn de afdelingen die het meest naar voor zijn gekomen tijdens de gesprekken.

C: Huidige drempels

Ook al hebben alle participanten aangegeven dat ze samenwerking zeer nuttig zouden vinden, toch werden er enkele drempels aangehaald die samenwerking volgens hen zullen bemoeilijken. Er is volgens hen onvoldoende aansporing vanuit de directie en de artsen zijn onvoldoende betrokken. Vooral dat laatste vormt voor de ergotherapeuten een grote drempel. De arts neemt uiteindelijk de beslissing of iemand al dan niet in staat is om te werken.

D: Taken van de ergotherapeut vanuit de revalidatie binnen de samenwerking

De participanten beschreven verschillende taken die door de ergotherapeut uitgevoerd kunnen worden vanuit de revalidatie met betrekking tot arbeidsre-integratie. Training is in het algemeen de belangrijkste taak die naar voren komt. Vooral het inoefenen van de arbeidstaken zien zij als mogelijkheid. Maar ook ergonomisch advies, concentratietraining, energimanagement, omgaan met pijn en aanleren van gewrichtsbesparende technieken worden aangehaald als nuttige therapieën in kader van arbeid. Daarnaast hebben de ergotherapeuten ook aangegeven dat ze informatie vanuit intake en assessment kunnen delen als er samenwerking is. In een aantal gesprekken is naar voren gekomen dat de ergotherapeuten graag de kans zouden hebben om mee naar de werkplaats van hun patiënten te gaan, dan kunnen zij hier veel gericht mee aan de slag gaan binnen de oefentherapie.

E: Noden om arbeidsre-integratie en samenwerking te optimaliseren

In kader van de interprofessionele educatie zijn er enkele zeer interessante zaken naar voren gekomen uit de gesprekken met de ergotherapeuten. Het belangrijkste voor hen is dat er in de toekomst veel meer communicatie en informatie uitwisseling moet zijn tussen revalidatie en re-integratiediensten. Dit kan volgens hen door rechtstreekse contacten te creëren en een soort van consultaties op te starten, waarbij mensen vanuit de re-integratiediensten naar de revalidatiesetting komen.

“De communicatie in het algemeen moet beter zijn. Alle partijen moeten op de hoogte zijn van elkaars dienstverlening.”(S.H.)

De mogelijkheden moeten ook meer verspreid worden volgens de ergotherapeuten. Er werd dan ook in enkele gevallen aangehaald dat er in de toekomst meer bijscholingen, opleidingen en contactmomenten zullen moeten zijn.

“Er moet meer erkenning van de diensten zijn, dus meer contactmomenten of bijscholingen zullen nodig zijn.”(K.M.)

“Eerst en vooral moeten beide partijen goed weten van elkaar wat ze doen en hoe diensten werken. Ik denk dat er nu nog heel veel onwetendheid is en daar begint het probleem al.”(D.G.)

Binnen de re-integratiediensten vinden ergotherapeuten volgende veranderingen noodzakelijk: uniformiteit, toegankelijkheid en meer structuur.

“Ik denk dat voor veel mensen dat alles omslachtig is. Alles zal eenvoudiger moeten zijn, dat mensen eenvoudig kunnen doorstromen.”(P.S.)

“Vooral duidelijkheid vind ik belangrijk: wie doet wat en hoe doen zij dat?”(S.B.)

Binnen de revalidatiesetting vinden ergotherapeuten volgende zaken belangrijk om arbeidsre-integratie en samenwerking mogelijk te maken: meer tijd, meer middelen en een nomenclatuur voor adviesverlening rond arbeidsre-integratie. Daarnaast willen enkele ergotherapeuten ook het contact leggen met de artsen om hen ook meer aan te sturen en arbeidsre-integratie bespreekbaar te maken.

“Een behandelnummer zal nodig zijn om een multidisciplinair team in te richten rond arbeidsre-integratie. Een nomenclatuur daarvoor zou deuren openen.”(K.W.)

“We zullen de artsen warm moeten maken om hier ook mee bezig te zijn.”(P.VO.)

Discussie

12 Algemene inzichten onderzoek

In eerste instantie kunnen we stellen dat het doel bereikt is. Het educatie initiatief werd verwezenlijkt en er werden 69 hulpverleners verspreid over 11 revalidatiediensten bereikt. Maar... Wat is nu het effect geweest van deze interprofessionele educatie? Om dit te kunnen beantwoorden wordt er terug van de onderzoeksvraag betrokken om zo een antwoord te formuleren.

'Wat zijn de reacties, veranderingen in kennis en percepties, en visies over samenwerking van ergotherapeuten van fysieke revalidatiediensten binnen de Provincie Antwerpen na interprofessionele educatie over de arbeidsre-integratiemogelijkheden vanuit VDAB en partnerorganisaties?'

1. De interprofessionele educatie wordt positief onthaald en als belangrijk bevonden door alle ergotherapeuten. Het gaat volgens de ergotherapeuten om een complexe, maar vooral interessante materie.
2. De kennis over de re-integratiemogelijkheden is vergroot bij alle ergotherapeuten, in de meeste gevallen gaat het over echt nieuwe kennis in enkele gevallen gaat het vooral over een nuancering van de bestaande kennis.
3. Alle ergotherapeuten willen aan de slag gaan met de info en 27 ergotherapeuten zien zichzelf als de geschikte persoon om dit gegeven aan te sturen binnen het team.
4. Bij een groot deel van de ergotherapeuten zijn de percepties over arbeidsre-integratie veranderd. Zij zien meer mogelijkheden en beginnen meer na te denken over arbeidsvragen bij patiënten. Bij enkele ergotherapeuten is het beeld genuanceerd en bij slechts 2 ergotherapeuten zijn de percepties niet meteen veranderd.
5. Alle ergotherapeuten wensen een samenwerking op te starten met de re-integratiediensten, vooral de informatie uitwisseling die dan kan ontstaan vinden zij heel interessant.
6. De ergotherapeuten zien taken in kader van arbeidsre-integratie die zij vanuit de revalidatie al kunnen verwezenlijken, ze benadrukken daar voornamelijk de meerwaarde van hun kennis over het functioneren.
7. Als we willen komen tot samenwerking zullen er drempels overwonnen en acties ondernomen moeten worden. Meer interprofessionele educatie wordt hier ook aangehaald als belangrijke nood. Op die manier kan men blijven leren van elkaar.

In het participierend actie onderzoek van Lyons & Pettigrew (2013) werd de kennis rond arbeidsre-integratie vergroot bij de ergotherapeuten na een interprofessioneel educatie initiatief. Deze uitkomst is ook aanwezig in dit onderzoek. In de literatuur wordt beschreven dat interprofessionele educatie een eerste stap is naar meer samenwerking.(WHO,2010) Dit komt ook hier naar voren. De kennis van de ergotherapeuten is vergroot en hun percepties ten opzichte van arbeidsre-integratie zijn in de positieve zin geëvolueerd. Er wordt aangegeven dat ze nu echt met de mogelijkheden aan de slag zullen gaan. Op deze manier zullen ze meer in contact komen met de diensten en op lange termijn bestaat de kans dat er samenwerking ontstaat.

13 Beperkingen van het onderzoek

- Vragenlijst en interview zijn niet onderzocht op klinimetrische kenmerken, maar het interview werd wel gebaseerd op bestaande literatuur.
- semi-gestructureerd interview heeft als nadeel een lagere validiteit dan een gestructureerd interview, maar er kan wel meer diepgaand ingegaan worden op de visies van de ergotherapeuten en er is ruimte voor extra vragen.
- Naar de toekomst toe zou het interessant zijn om het hele team te bevragen, in dit onderzoek werden enkel de ergotherapeuten bevroegd.
- Het interprofessioneel educatie-initiatief is gebaseerd op het huidige systeem. Dit kan veranderen in tijd, de visies kunnen dan ook weer veranderen.
- De educatie is uitgevoerd enkel binnen de Provincie Antwerpen en niet alle revalidatiediensten zijn opgenomen. De uitkomsten zijn dus zeker niet volledig veralgemeenbaar naar de toekomst, maar bieden wel eerste inzichten.
- Bij uitvoering van de thema-analyse was het niet mogelijk om intersubjectiviteit te controleren omdat het onderzoek door slechts 1 onderzoeker is gevoerd. De verifieerbaarheid kan mogelijks lager liggen.
- Sociale wenselijkheid: Er bestaat steeds een mogelijkheid dat enkele ergotherapeuten een antwoord hebben geformuleerd op basis van de verwachtingen van de interviewer.

Ondanks enkele beperkingen werd er in dit onderzoek gestreefd naar een zo groot mogelijke betrouwbaarheid. Om de verifieerbaarheid te vergroten kregen de participanten de mogelijkheid tot member check. Zij kregen een versie van het uitgeschreven interview toegestuurd om te beoordelen of de gegevens overeenstemmen met wat zij werkelijk bedoeld hebben. Er werd een logboek bijgehouden van zowel de kennismakingsgesprekken als de presentaties. Deze logboeken zijn terug te vinden in bijlagen 4 en 11. Als dit onderzoek vergeleken wordt met het participierend actie onderzoek van Lyons en Pettigrew(2013) waarbij ook ergotherapeuten bevroegd werden zien we dat de resultaten in dezelfde lijn liggen. Er kan dus wel sprake zijn van generaliseerbaarheid. Verder onderzoek in ons land blijft wel nodig. Elk stap die de onderzoeker heeft genomen werd duidelijk gekaderd in de verschillende fasen. Zo willen we de lezer een goed overzicht geven van welke rol de onderzoeker heeft gehad en welke taken er uitgevoerd zijn. Het onderzoek heeft zeker niet het uiterste punt van verzadiging bereikt. Soms was het omwille van tijdsmanagement van de diensten niet mogelijk om op elke vraag door te vragen tot er geen verdere informatie meer verkregen kon worden. Nogmaals een uitgebreid participierend actie-onderzoek is aangewezen om in de toekomst verdere inzichten te verwerven, maar een aanzet werd gemaakt en de bruikbaarheid van interprofessionele educatie is duidelijk naar voren gekomen.

14 Toekomstvisie

Op basis van bestaande literatuur en ook door de resultaten van dit onderzoek kunnen we stellen dat het in theorie perfect mogelijk is dat er samenwerking zal ontstaan. Of er in de praktijk ook echt organisatorische veranderingen zullen ontstaan als reactie op de interprofessionele educatie zal de toekomst nog moeten uitwijzen. Hiervoor is vervolg onderzoek nodig, een participierend actie-onderzoek zou in dit opzicht aan te bevelen zijn. De wens om in de toekomst samenwerking op te starten is alleszins zeker aanwezig. Maar er zullen drempels overwonnen, en acties ondernomen moeten worden om die samenwerking mogelijk te maken. Ergotherapeuten hebben aangegeven dat er zowel veranderingen moeten gebeuren binnen de re-integratiediensten als binnen de revalidatiediensten.

- Wat is er nodig binnen de revalidatie?: Een nomenclatuur om een multidisciplinair team rond arbeidsre-integratie op te zetten, meer tijd en meer middelen.
- Wat is er nodig binnen de re-integratiediensten?: Meer uniformiteit tussen de verschillende diensten, meer structuur en een meer toegankelijk beleid.

Deze noden moeten doorgecommuniceerd worden naar de directie. Hier is de invloed op macroniveau heel duidelijk. Hoe deze noden worden beantwoord is afhankelijk van directiemedewerkers die het beleid van de diensten voeren en die de bevoegdheid hebben om deze veranderingen te verwezenlijken. Belangrijk is dat er gecommuniceerd wordt en dat de discussie wordt aangegaan met de teams over wat nodig is en wat haalbaar is. Dit zal vooral gaan om compromissen zoeken waar zowel de diensten voordeel aan hebben als ook de teams. Wat ergotherapeuten als belangrijkste nood aanhalen is de informatie-uitwisseling en het leren van elkaar. Dit is een vraagstuk dat vooral in het kader van interprofessionele educatie interessant is om over na te denken: Hoe gaan we nu uiteindelijk een brug slaan tussen re-integratiediensten en revalidatiediensten? Ergotherapeuten zien volgende oplossingen: vaste contactpersonen, consultaties vanuit de re-integratiediensten, extra opleiding en contactmomenten. Ik denk dat het vooral belangrijk is dat de twee partijen hiervoor bij elkaar komen als het zover is en drie cruciale vragen beantwoorden:

1. Wat verwachten we van elkaar?
2. Wat is belangrijk voor onze patiënten?
3. Hoe geven we dit dan vorm?

Uit de dialoog die ik zelf ben aangegaan tussen re-integratie en revalidatie tijdens deze interprofessionele educatie kan er een aanzet gemaakt worden tot een hypothetisch, maar naar mijn inzicht rendabel en realistisch toekomstplan.

1. De ergotherapeuten vanuit de revalidatie verwachten van de re-integratiediensten dat zij hun patiënten begeleiden in het arbeidstraject en dat er teruggekoppeld wordt hierover tijdens de laatste maanden van revalidatie. De re-integratiediensten verwachten van de ergotherapeuten dat zij de patiënt kunnen informeren doorheen het traject over wat zijn mogelijkheden nog zijn en de aanzet maken tot arbeidsre-integratie wanneer dit op zijn plaats is. Re-integratiediensten willen ook beroep doen op de expertise en capaciteiten van ergotherapeuten binnen de revalidatie om het functioneren van de patiënt te optimaliseren.

2. Gemeenschappelijk doel: vlotte overgang van revalidatietraject naar re-integratie op het werk waarbij de drempel zo laag mogelijk gehouden wordt. De patiënt wordt maximaal ondersteund door alle partijen in te schakelen die nodig zijn. Er wordt uitgegaan van de sterktes van een persoon en empowerment wordt nagestreefd.
3. De meest geschikte oplossing zou een re-integratiebegeleider zijn die als ergotherapeut zowel de basiskennis heeft over medische problematieken en revalidatiemethoden en die daarnaast een netwerk, maar vooral veel ervaring heeft binnen de re-integratiediensten en op de hoogte is van de maatschappelijke tendensen. Deze re-integratiebegeleider zou enkele revalidatiecentra onder zijn bevoegdheid krijgen. Als ergotherapeuten vanuit de revalidatie merken dat de aanzet gemaakt kan worden contacteren zij de re-integratiebegeleider. Er wordt een gesprek aangegaan waarbij de ergotherapeut vanuit de revalidatie de kennis deelt over het functioneren. Zo wordt een traject gekozen voor re-integratie en wordt het plan van aanpak opgesteld. De ergotherapeut stuurt het team aan om de revalidatie af te stemmen op re-integratie en de re-integratiebegeleider onderneemt de nodige stappen binnen de re-integratiediensten. Constante uitwisseling is mogelijk tussen alle partijen. In het ideale scenario zijn er provinciaal 4 re-integratiebegeleiders met elk een aantal fysieke revalidatiediensten onder hun verantwoordelijkheid. Dit is geschat op een capaciteit van ongeveer 5 revalidatiediensten/centra per re-integratiebegeleider

Hoe zit het dan met de kosten-baten? Er zullen budgetten moeten vrijkomen om enerzijds in sommige revalidatiecentra een extra ergotherapeut in te schakelen en anderzijds binnen de re-integratiediensten extra re-integratiebegeleiders in te schakelen. Of deze budgetten nu rechtstreeks van de overheid komen of via de overheid naar VDAB maakt niet uit. Op het einde van de rit wordt er voordeel uitgehaald. Hoe vlotter de samenwerking, hoe lager de drempel, hoe vlotter de doorstroom naar re-integratiemogelijkheden en hoe meer kans op effectieve re-integratie. Uitkomst? Minder ziekte- en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen voor personen met een arbeidsbeperking.

Naast dit hypothetisch denkkader kunnen er nog enkele uitdagingen worden geformuleerd: Hoe gaan we de artsen sensibiliseren en warm maken om mee te gaan in het verhaal van re-integratie? Hier zal ook weer vertrokken moeten worden vanuit interprofessionele educatie naar artsen toe. Daarnaast zullen de ergotherapeuten zich moeten profileren naar de artsen toe en aankaarten wat zij mogelijk en realistisch vinden en vooral staven waarom. Dit is iets wat we kunnen en wat we moeten doen.

Als tweede uitdaging moeten we denken aan de economische realiteit van de werkgever. Het bedrijf moet renderen en dus zijn personeel ook. Om hieraan tegemoet te komen zullen we als ergotherapeuten creatief moeten zijn om beperkingen te overbruggen met hulpmiddelen en aanpassingen. Daarnaast moeten we meer benadrukken waar iemand sterk in is en waarom hij ondanks zijn beperking een grote meerwaarde kan zijn voor het bedrijf. Communicatie en sensibilisering naar werkgevers toe zal dus ook belangrijk zijn, dit is dan vooral een taak die weggelegd zal zijn voor de re-integratiebegeleider.

Besluit

Ergotherapeuten getuigen dat zij toch op regelmatige basis te maken krijgen met arbeidsvragen, maar dat zij te weinig kennis hebben over de arbeidsre-integratiemogelijkheden die er zijn. Een interprofessioneel educatie-initiatief rond de re-integratiemogelijkheden heeft de kennis van de ergotherapeuten vergroot. Ergotherapeuten kunnen nu verder aan de slag en zien meer linken naar patiënten en hun mogelijkheden op de arbeidsmarkt. De ergotherapeuten zien heel wat taken die zij al kunnen uitvoeren vanuit de revalidatie en willen zich hier meer in profileren, ook naar het team toe. Interprofessionele educatie heeft dus effect op de uitbreiding van kennis, maar zeker ook in de verandering van percepties. Of er effectieve samenwerking zal ontstaan in de toekomst zal zich moeten uitwijzen, maar de wens is zeer duidelijk aanwezig. Interprofessionele educatie zal steeds een belangrijke rol blijven spelen om de weg naar samenwerking verder aan te wakkeren maar zeker ook om er voor de zorgen dat samenwerking stand zal houden eens ze daar is. Leren van elkaar is en zal steeds een hot item blijven in de weg naar samenwerking.

Referenties

- Berkhout, I., Jansen, M., Schepens, S., Slagter, M., & Zilverschoon, B. (2006,juni). *Ergotherapeuten: (re)integreer in arbeid: de waarde van de ergotherapeut binnen de arbeidsre-integratie* (afstudeeropdracht) [ergoinfo]. gedownload op 10 april 2016, van <http://arbeidsreintegratie.ergoinfo.nl/>
- Désiron, H., Peters, E.,& Vaes, P. (2010). Ergotherapie en (herwinnen van) arbeidsparticipatie. In Vlaams ergotherapeutenverbond, W. Van Handenhoven. (red.), *jaarboek ergotherapie 2010* (pp.213-236). Leuven/Den Haag : Acco.
- Dr Baarda, D.B., Dr Goede, M.P.M. de, & Dr Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (2^{de} herziene druk). Groningen/Houten: Noordhoff.
- Granse, M. le, Logister-Proost, I., & Beeck, B. op de (2012). Een aantal occupation-based ergotherapiemodellen. In Granse, M. le, Hartingsveldt, M. van, & Kinébanian, A. (red.), *Grondslagen van de ergotherapie* (3^{de} druk, pp.480-496). Amsterdam : Reed Business.
- Houten, J. van de, & Kuiper, C. (2012). Leren en werken. In Granse, M. le, Hartingsveldt, M. van, & Kinébanian, A. (red.), *Grondslagen van de ergotherapie* (3^{de} druk, pp.333-357). Amsterdam : Reed Business.
- Lyons, E., & Pettigrew, J. (2013). Vocational Rehabilitation and Occupational Therapy: impact of a knowledge translation initiative [MEDLINE]. *Musculoskelet Care*, 12(2), 118-124. gedownload op 15 oktober, van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?cmd=HistorySearch&querykey=2>
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education part 1 : The learner, the educator and the learning context [Taylor & Francis]. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 21-38. gedownload op 15 oktober, van http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13561820500083550#.Vh_9uPntlBc
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education part 2 : factors, processes and outcomes [Taylor & Francis]. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 39-48. gedownload op 15 oktober, van http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13561820500081703#.Vh_-WPntlBc
- VDAB studiedienst. (2008). *Werken met een handicap? moet kunnen!*. VDAB ontcijfert, 13. gedownload op 29 april 2016, van <https://www.vdab.be/trendsdoc/ontcijfert/ontcijfert2008nr13.pdf>
- World Health Organization (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Gedownload op 3 oktober 2015, van http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/

Figuren- en tabellenlijst

Figuur 1: IPE model (*IPE model (WHO,2010, p.5)*)

Figuur 2: PEO model (*PEO model (Law et al.,1996), p.8)*)

Figuur 3: Rekrutering Steekproef (*Rekrutering steekproef, p.12-13)*)

Tabel 1: Participantengroep 1 (*Participantengroep 1, p.19)*)

Tabel 2: Participantengroep 2 (*Participantengroep 2, p.19-20)*)

Bijlagen

- Bijlage 1: Typologie uitkomsten interprofessionele educatie
- Bijlage 2: Informatiebrochure
- Bijlage 3: Standaardmail
- Bijlage 4: Logboek kennismakingsgesprekken
- Bijlage 5: Informed Consent
- Bijlage 6: Toestemmingsformulier
- Bijlage 7: Ontwerpschema vragenlijst
- Bijlage 8: Standaard vragenlijst
- Bijlage 9: Interviewschema
- Bijlage 10: Presentatie ' Mijn patiënt kan terug naar huis, kan hij ook terug aan het werk '
- Bijlage 11: Logboek presentatieronde
- Bijlage 12: Voorbeeld script
- Bijlage 13: Voorbeeld fragmentering
- Bijlage 14: Voorbeeld labels toekennen
- Bijlage 15: Voorlopige tabel na ordening labels
- Bijlage 16: Definitieve tabel na structureren en bepalen van subthema's en kernthema's

Bijlage 1: Typologie uitkomsten interprofessionele educatie

1. Reaction	Learners' views on the learning experience and its interprofessional nature
2a. Modification of attitudes/perceptions	Changes in reciprocal attitudes or perceptions between participant groups. Changes in perception or attitude towards the value and/or use of team approaches to caring for a specific client group.
2b. Acquisition of knowledge/skills	Including knowledge and skills linked to interprofessional collaboration
3. Behavioural change	Identifies individuals' transfer of interprofessional learning to their practice setting and changed professional practice
4a. Change in organizational practice	Wider changes in the organization and delivery of care.
4b. Benefits to patients/clients	Improvements in health or well-being of patients/clients.

Modified Kirkpatrick's Model of Educational Outcomes for IPE (Freeth et al., 2002, uit Oandasan & Reeves, 2005)

Bijlage 2: Informatiebrochure



Mijn patiënt kan terug naar huis...Kan hij ook terug aan het werk?

Een project rond interprofessionele educatie.



Casus als inleiding

B. is een man van 30 jaar, getrouwd en 2 kinderen. Hij is afgestudeerd als laborant en heeft altijd gewerkt in een labo aan het universitair ziekenhuis. 2 jaar geleden werd zijn toekomst onzeker. B. had een ernstig traumatisch ongeval met als gevolg een verlamming aan beide benen. Hij heeft een lange revalidatie achter de rug, maar de vorderingen zijn groot. De ergotherapeuten hebben B. 2 jaar lang intensief begeleid. Er werd gewerkt rond zelfstandigheid in het dagelijkse leven, gebruik van aangepaste methoden en gebruik van hulpmiddelen, rolstoelvaardigheden en transfers. B. is klaar om naar huis te gaan, maar hij heeft nog een hulpvraag voor de ergotherapeuten nu hij te horen krijgt dat de revalidatie er bijna op zit: ' ik wil terug aan het werk, kan dat? '

... Ja, dat kan zeker!

Dienst arbeidsbeperking van de VDAB : Samen sterk voor werk!

De Dienst Arbeidsbeperking van VDAB richt zich naar personen met een medische, psychische en psychologische problematiek die problemen ondervinden bij het zoeken naar werk, of nood hebben aan een ondersteuning tijdens het uitoefenen van hun functie. Er bestaan bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen zowel voor werknemer en werkgever met als doel: re-integratie van de persoon met een beperking op de arbeidsmarkt. Binnen deze werking treed de ergotherapeut op als deskundige op het gebied van arbeidsbeperkingen. Maar ook partnerorganisaties van de VDAB hebben heel wat te bieden als het gaat om begeleiding van personen met een arbeidshandicap.

Project rond interprofessionele educatie en arbeidsre-integratie.

Bovenstaande casus of gelijkaardige casussen zullen in de fysieke revalidatie ongetwijfeld voorkomen. Arbeid is een belangrijk gegeven in ons leven en in onze maatschappij. Patiënten hebben dan vaak ook een hulpvraag hierover. We kunnen onze patiënten een positief antwoord bieden, werken met een fysieke beperking? Ja het kan!

Daarom zal ik voor mijn bachelorproef ergotherapie een project uitwerken rond interprofessionele educatie en arbeidsre-integratie. Ik wil enerzijds de mogelijkheden die er zijn vanuit de dienst arbeidsbeperking, en de belangrijke procedures die hierbij gevolgd worden sensibiliseren in de vorm van een presentatie. Er zal ook ruimte zijn om het aanbod van belangrijke partnerorganisaties te kaderen. Hierbij zal ik me dan specifiek richten tot de fysieke revalidatie.



Daarnaast wil ik in dialoog treden met de ergotherapeuten uit het team in de vorm van een interprofessionele educatie. Langs de ene kant wil ik peilen naar hun ervaringen rond arbeidsre-integratie. Langs de andere kant wil ik peilen naar hun visie rond samenwerking. Deze ervaringen, bevindingen en uitwisselingen zijn belangrijk om van elkaars vakgebied te leren zo ons doel te kunnen bereiken. Dit alles zal ik in mijn bachelorproef uitwerken in de vorm van een kwalitatief onderzoek en kaderen binnen de maatschappelijke tendensen.

Zijn jullie bereid om aan dit project mee te werken en me een dag te ontvangen bij jullie op de dienst?

Ik hoor graag van jullie!

Praktische nota

Voor verdere vragen in verband met het project kan u me steeds mailen.

stien.hennaert@student.ap.be

De presentaties zullen plaatsvinden in de maand april. Als jullie geïnteresseerd zijn spreken we een datum af en wil ik zeker tijd maken om op voorhand een korte voorstelling van het onderzoek en het project te geven.

Bijlage 3: Standaardmail



Beste teamleider,
Beste ergotherapeuten,

Arbeid is een belangrijk gegeven in onze maatschappij en neemt een belangrijke plaats in, in het leven van vele mensen. Ook patiënten die met fysieke beperkingen te maken krijgen kunnen nog arbeidsvragen en -wensen hebben. Mogelijkheden worden ontwikkeld binnen de revalidatie met als doel de patiënt zo zelfstandig mogelijk naar de thuissituatie te laten terugkeren, maar op gebied van arbeidsre-integratie zijn er ook zeer veel mogelijkheden, waar ergotherapeuten een betekenisvolle rol kunnen hebben.

Naar aanleiding hiervan start ik in samenwerking met de VDAB dienst arbeidsbeperking een sensibiliseringsproject op. Binnen dit project biedt ik infosessies aan waarin de re-integratiemogelijkheden vanuit VDAB en partnerorganisaties besproken zullen worden.

- Wat zijn de mogelijkheden op arbeidsgebied voor mensen met een fysieke beperking.
- Wat is de meerwaarde van het revalidatieteam hierbij?
- Wat hebben de VDAB en partnerorganisatie te bieden aan re-integratiemogelijkheden?

Met deze infosessies wil ik zoveel mogelijk ergotherapeuten, maar ook andere betrokken teamleden bereiken die werken binnen de fysieke revalidatiediensten. Na de presentatie zal ik peilen naar de ervaringen van de ergotherapeuten over de presentatie en over arbeidsre-integratie. Als jullie interesse hebben dan spreken we een moment af voor een kennismakingsgesprek, dan is er de mogelijkheid om meer info te geven over het project en het onderzoek daaraan verbonden.

Als jullie bereid zijn om mee te werken aan dit afstudeerproject, hoor ik het zeer graag. Als er meer vragen zijn wil ik hier ook zeer graag op antwoorden en kan u me hierover altijd mailen.

Alvast bedankt.
Met vriendelijke groeten,
Hennaert Stien,
Studente ergotherapie Artesis Plantijn hogeschool.

Bijlage 4: Logboek kennismakingsgesprekken

Algemene gegevens kennismakingsgesprek	Opmerkingen
<ul style="list-style-type: none"> • Kennismakingsgesprek 1 • Datum: 15 februari 2016 • Uur: 10u00 	<p>Het gesprek vond plaats met de ergotherapeut van de dienst fysische geneeskunde en revalidatie. Ik stelde mezelf en het project voor. De reactie was alvast positief, de hoofdergotherapeut gaf alvast aan dat er wel degelijk arbeidsvragen zijn op de dienst, maar dat ze over de re-integratiemogelijkheden niet veel informatie hebben. Het onderzoek rond het project werd daarna uitgelegd: doel van de vragenlijst en het interview. De ergotherapeut toonde zeer veel interesse maar moest nog overleggen met het diensthoofd voor een datum afgesproken kon worden. Ze zal me per mail op de hoogte houden en daarna zullen we via mail en telefonisch verdere concrete afspraken maken, wat betreft datum voor de presentatie, faciliteiten daarvoor en documenten voor het onderzoek (informatieformulier, toestemmingsformulier en vragenlijst). Indien deelname zal de contactpersoon per mail laten weten welke disciplines aanwezig zullen zijn en ook het aantal personen. Er waren nog niet veel verdere vragen, het gesprek heeft ongeveer twintig minuten geduurd.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kennismakingsgesprek 2 • Datum: 16 februari 2016 • Uur: 12u15 	<p>Het gesprek vond plaats met de hoofdergotherapeut en hoofdkinesist. Ik stelde mezelf en het project voor. De interesse voor het project was aanwezig. Er werd al gepeild naar de mogelijkheden tot re-integratie voor patiënten met chronische rugpijn. Hier werd al een eerste antwoord op geformuleerd, dit wordt meegenomen naar de presentatie. Er kan dan dieper ingegaan worden op dit onderwerp. Het onderzoek rond het project werd daarna uitgelegd: doel van de vragenlijst en het interview. De hoofdergotherapeut gaf aan dat hij deze zal invullen, alle documenten zullen via mail worden doorgestuurd naar hem met benodigde instructies en informatie. (informatiebrief, toestemmingsformulier en vragenlijst). Er kon nog geen datum worden vastgelegd, de agenda's moesten nog eens worden samen gelegd. Dit zal verder via mail of telefonisch worden afgesproken. Beamer en laptop zijn standaard aanwezig, dit moet dus niet voorzien worden. Het gesprek werd na een kwartier afgerond.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kennismakingsgesprek 3 • Datum: 25 februari 2016 • Uur: 11u00 	<p>Er waren zeer veel ergotherapeuten aanwezig op het kennismakingsgesprek. Van elke afdeling was er een ergotherapeut. Er was één sociaal assistent aanwezig vanuit het pijncentrum. Ik stelde mezelf en het project voor. Er was zeer veel enthousiasme vanuit de ergotherapeuten, ze gaven aan dat ze hier weinig informatie over bezitten. Er werden al veel vragen gesteld, vooral over begeleidingsinstanties.</p>

	<p>Ergotherapeuten hebben al heel wat horen waaien over GTB en GOB maar weten niet concreet wat de taken en mogelijkheden zijn. Het onderzoek rond het project werd daarna uitgelegd: doel van de vragenlijst en het interview. Alle ergotherapeuten gaven aan dat ze hier zeker en vast aan willen deelnemen. De ergotherapeuten kregen al informatie over de informatiebrief, het toestemmingsformulier en de vragenlijst. Er werd afgesproken om deze documenten naar het algemene e-mailadres van de ergotherapeuten op te sturen, zij kunnen dit daar eenvoudig terug vinden. Er werd meteen een datum en een uur afgesproken voor de presentatie. Deze zal doorgaan 20 april om 8u00. Er zal voor een ruimte gezorgd worden, beamer en laptop worden zelf meegebracht. Verdere afspraken zullen telefonisch en per mail worden gemaakt indien nodig. Het gesprek heeft ongeveer een uur geduurd.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kennismakingsgesprek 4 • datum: 26 februari 2016 • Uur: 13u30 	<p>Er waren twee ergotherapeuten aanwezig op het kennismakingsgesprek. Ik stelde mezelf en het project voor. Eén van de twee ergotherapeuten gaf aan dat ze de cursus disability case management gevolgd heeft. Zij heeft dus al wat achtergrondkennis en stelde meteen heel wat vragen. Zij had vooral vragen in verband met herscholingsmogelijkheden voor mensen die momenteel nog aan het werk zijn, maar omwille van chronische aandoeningen dit werk niet meer zullen kunnen uitvoeren in de toekomst. Dit is een zeer interessante vraag, die we zullen meenemen naar de presentatie. Deze ergotherapeut komt dan ook veel in aanraking met patiënten op de reumatologie. De ergotherapeuten bevestigden nogmaals hun interesse en deelname. Het onderzoek rond het project werd daarna uitgelegd: doel van de vragenlijst en het interview. De twee aanwezige ergotherapeuten gaven aan dat ze zowel de vragenlijst zullen invullen en interview gaan bijwonen. Zij zullen ook de derde ergotherapeut de vraag stellen. De ergotherapeuten werden op de hoogte gesteld van de informatiebrief, toestemmingsformulier en de vragenlijst. Er werd ook hier afgesproken om alle documenten door te sturen naar de contactpersoon, zij zal dit verder verspreiden aan de deelnemende ergotherapeuten. Een datum en uur voor de presentatie werd meteen vastgelegd, 13 april om 14u30. De ergotherapeuten gingen de andere teamleden van de revalidatie op de hoogte brengen van de presentatie. Een beamer zal aanwezig zijn, een laptop wordt zelf meegebracht. Het gesprek heeft hier al bij al een uur tijd in beslag genomen.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kennismakingsgesprek 5 • Datum: 8 maart 2016 • Uur: 8u00 	<p>Het kennismakingsgesprek werd gevoerd met twee ergotherapeuten en één sociaal assistente. Ik stelde mezelf en het project voor. Vooral de sociaal assistente had al heel wat vragen. Zij vroeg naar mogelijke samenwerking met GTB en GOB, omdat dit vroeger werd gedaan en sinds enkele jaren niet meer mogelijk is.</p>

	<p>Over de premie en maatregelen werden er ook al enkele vragen gesteld. Er werden korte inlichtingen gegeven, maar in de presentatie zal dit aan bod komen. Het onderzoek rond het project werd daarna uitgelegd: doel van de vragenlijst en het interview. De ergotherapeuten gaven aan dat zij de vragenlijst zeker zullen invullen en het interview gaan bijwonen. Ze zullen de collega ergotherapeuten ook op de hoogte stellen, maar omwille van tijdsgebrek dachten zij de enige te zijn. De ergotherapeuten kregen al wat meer info over de informatiebrief, het toestemmingsformulier en de vragenlijst. Er werd afgesproken om de documenten op te sturen naar het algemene e-mail adres van de ergotherapeuten. Een datum en uur voor de presentatie werden meteen vastgelegd, 25 april om 15u30. De sociaal assistente zal haar collega's op de hoogte brengen en de ergotherapeuten zullen ook enkele teamleden aanspreken over de presentatie. Er zal een vergaderzaal worden vastgelegd, waar een beamer aanwezig is. De laptop moet zelf voorzien worden. Het gesprek heeft ongeveer een uur geduurd.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kennismakingsgesprek 6 • Datum: 8 maart 2016 • Uur: 14u00 	<p>Het gesprek vond plaats met één ergotherapeut, zij was ook de contactpersoon. Ik stelde mezelf en het project voor. Er was meteen positieve reactie op het project. De ergotherapeut had weinig verdere vragen en er werd meteen ingegaan op de concrete afspraken. Het onderzoek rond het project werd daarna uitgelegd: doel van de vragenlijst en het interview. De ergotherapeut gaf aan dat zij zeker de vragenlijst gaat invullen en het interview zal bijwonen. Zij dacht dat haar collega ergotherapeut dit ook zeker wel zou willen doen, dit ging ze verder overleggen. Alle documenten zullen naar de contactpersoon worden doorgestuurd, zij zal deze doorgeven indien de collega ook wenst deel te nemen. De ergotherapeut zal het team ook inlichten over de presentatie. De presentatie zal door gaan op 11 april om 15u00. Al het materiaal zal aanwezig zijn. Het gesprek werd op een kwartier afgerond.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kennismakingsgesprek 7 • Datum: 9 maart 2016 • Uur: 11u00 	<p>Het gesprek vond plaats met de hoofdergotherapeut van de fysieke geneeskunde en revalidatie. Ik stelde mezelf en het project voor. De hoofdergotherapeut vroeg om in het kort weer te geven welke onderdelen aan bod zullen komen tijdens de presentatie, zodat zij dit kan doorbriefen aan de teamleden. Voor de rest waren er nog geen vragen over het onderwerp zelf. De ergotherapeut gaf dan ook aan weinig te weten van de materie, zij is hier wel erg geïnteresseerd in en wil hier ook meer op inzetten. Het onderzoek rond het project werd daarna uitgelegd: doel van de vragenlijst en het interview. De hoofdergotherapeut zal haar ergotherapeuten hierover aanspreken en gaat dit onderling met hen regelen. Ze dacht aan een viertal ergotherapeuten.</p>

	<p>Er werd afgesproken om alle documenten met verdere info en instructies via mail naar haar te sturen, zij zal dit verder bezorgen aan de ergotherapeuten die uiteindelijk beslissen om deel te nemen. Er werd meteen een datum afgesproken voor de presentatie, 14 april, 14u30. Het kennismakingsgesprek was kort en bondig en nam slechts een kwartier tijd in beslag. Alle onderdelen kwamen wel aan bod, zoals vooraf gepland.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kennismakingsgesprek 8 • Datum: 11 maart 2016 • Uur: 13u00 	<p>Het kennismakingsgesprek werd gevoerd door één ergotherapeut. Zij was ook de contactpersoon. Ik stelde mezelf en het project voor. Er werd kort aangehaald wat het team kon verwachten. De reactie was zeer positief. Er kwamen meteen kritische vragen naar voren, zoals bijvoorbeeld over de nomenclatuur. Het onderzoek rond het project werd daarna uitgelegd: doel van de vragenlijst en het interview. De ergotherapeut gaf aan dat zij de vragenlijst zal invullen en het interview gaat bijwonen. Er werd afgesproken om alle documenten met verdere info en instructies via mail naar haar te sturen en zij zal de vragenlijst via mail terug bezorgen. De ergotherapeut zal ook het team informeren en uitnodigen. Ze laat via mail weten hoeveel personen er uiteindelijk aanwezig zullen zijn. Er werd meteen een datum en uur afgesproken, 27 april 10u30. Er zal een lokaal gereserveerd worden waar alle voorzieningen aanwezig zijn. Na het gesprek kreeg ik van de ergotherapeut nog een rondleiding in de therapiezaal waarbij kort verder gepraat werd over het onderwerp. Daarna werd het gesprek afgerond, dit heeft ongeveer een uur geduurd.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kennismakingsgesprek 9 • Datum: 14 maart 2016 • Uur: 10u30 	<p>Het kennismakingsgesprek vond plaats met de ergotherapeut van het pijncentrum, de presentatie is dan ook bedoeld voor het revalidatieteam in het pijncentrum. Ik stelde mezelf en het project voor. De ergotherapeut haalde meteen aan dat ze het gegeven heel interessant vind en dat meer info echt nodig is voor de doelgroep die zij hebben. Het team is voornamelijk op zoek naar info over begeleidingsinstanties. Hier wordt rekening mee gehouden tijdens de presentatie. Het onderzoek rond het project werd daarna uitgelegd: doel van de vragenlijst en het interview. De ergotherapeut gaf aan dat zij de vragenlijst zal invullen en het interview gaat bijwonen. Er werd afgesproken om alle documenten met verdere info en instructies via mail naar haar te sturen en zij zal de vragenlijst via mail terug bezorgen. De ergotherapeut gaf al aan dat het volledige team aanwezig zal zijn. Zowel de pijnartsen, kinesisten, psychologen, verpleegkundigen,... De presentatie zal gegeven worden in de plaats van de teamvergadering op 11 april, 8u30. In het teamlokaal zijn alle nodige voorzieningen aanwezig. Het gesprek werd afgerond en heeft ongeveer een halfuur geduurd.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Kennismakingsgesprek 10 • Datum: 16 maart 2016 • Uur: 8u00 	<p>Zowel de hoofdergothérapeut als een collega ergotherapeut waren aanwezig op het kennismakingsgesprek. Ik stelde mezelf en het project voor. De ergotherapeuten vroegen wat ze inhoudelijk allemaal konden verwachten. Hierna ontstond een gesprek over de dienst die zij hebben en de zoektocht die zij aangaan om re-integratie en revalidatie te verbinden. Je voelt dat de ergotherapeuten er daar heel erg mee bezig zijn, maar zij geven zelf aan dat dit niet eenvoudig is. Ze zijn dus zeer geïnteresseerd. Het onderzoek rond het project werd daarna uitgelegd: doel van de vragenlijst en het interview. Beide ergotherapeuten zullen hier aan deelnemen. De documenten worden bezorgd aan de hoofdergothérapeut en zij zal ervoor zorgen dat deze verspreid worden en terug bezorgd worden. De hoofdergothérapeut zal haar collega's en enkele andere teamleden inlichten over de presentatie, die zal doorgaan op 21 april om 9u00. Een beamer zal aanwezig zijn, een laptop wordt zelf meegenomen. Het gesprek werd na een uur afgerond.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kennismakingsgesprek 11 • Datum: 18 maart 2016 • Uur: 12u015 	<p>Het gesprek vond plaats met het revalidatieteam waarbij er verschillende ergotherapeuten en kinesisten aanwezig waren. Ik stelde mezelf en het project voor. Er waren een paar vragen over de verschillende diensten en wat deze in het kort doen. Er werd kort informatie gegeven, maar tijdens de presentatie zal alles aan bod komen. De teamleden waren onderling al aan het overleggen over patiënten voor wie ze de informatie gingen kunnen gebruiken. Het onderzoek rond het project werd daarna uitgelegd: doel van de vragenlijst en het interview. Alle ergotherapeuten gaven aan dat ze zullen deelnemen. De documenten worden naar de contactpersoon gestuurd en zij zal deze verspreiden. De kinesisten zullen ook op de presentatie aanwezig zijn en de psychologen de sociaal assistenten zullen ook op de hoogte worden gebracht. De presentatie zal doorgaan op 15 april om 12u00. Er zal een apart lokaal voorzien worden, waar een scherm aanwezig is. Beamer en laptop dienen zelf meegebracht te worden. Het gesprek duurde 20 minuten.</p>

Bijlage 5: Informed Consent

Informatiebrief aan deelnemende ergotherapeut

Betreft : Bachelorproef Ergotherapie 'Mijn patiënt kan naar huis... Kan hij ook terug aan het werk?: Een project rond interprofessionele educatie'

Doel onderzoek

Binnen het afstudeerproject zullen u en uw teamleden een presentatie bijwonen waarin de re-integratiemogelijkheden vanuit VDAB en partnerorganisaties besproken zullen worden. Hierbij wordt vertrokken vanuit een ergotherapeutische visie, waarbij ook het belang van samenwerking tussen de verschillende partijen besproken wordt. Het voornaamste doel is in eerste instantie om de werking bekend te maken aan ergotherapeuten binnen fysieke revalidatiediensten. Het project maakt deel uit van een kwalitatief onderzoek rond interprofessionele educatie dat ik zal uitschrijven als bachelorproef. Hiervoor zal de deelnemende ergotherapeut een korte vragenlijst invullen die enkele algemene gegevens met betrekking tot de beroepscontext in kaart brengt. Na het bijwonen van de presentatie zal er een interview plaatsvinden. Deze gegevens zal ik verwerken binnen het kwalitatief onderzoek met als doel om reacties, kennis en visies van ergotherapeuten wat betreft arbeidsintegratie in kaart te brengen na interprofessionele educatie.

Praktisch

Wat houdt de deelname concreet in voor de ergotherapeut op de dienst? :

- Vragenlijst vooraf: het invullen van deze vragenlijst neemt slechts 5 tot 10 minuten in beslag en kan via mail worden terugbezorgd.
- Bijwonen presentatie: De presentatie duurt maximum 1 uur.
- Bevraging achteraf: Interview meteen na de presentatie.

Data werden overeengekomen met de hoofdergotherapeut van de dienst/teamleider. De vragenlijsten zullen worden verwerkt om de steekproef duidelijk in kaart te brengen. De interviews zullen worden opgenomen, uitgeschreven en terugbezorgd via mail voor een member check nog voor deze worden verwerkt binnen de kwalitatieve studie. Alle gegevens worden discreet behandeld en enkel gebruikt voor deze bachelorproef.

Wat zijn uw rechten?

U kan ten allen tijde informatie vragen over het onderzoek. U heeft recht om de uitgeschreven versie van het interview te controleren en goed te keuren. U kan ten allen tijden u participatie stopzetten, zonder enige gevolgen. De participatie is geheel vrijwillig.

Contactgegevens

- Onderzoeker/studente : Hennaert Stien
 - stien.hennaert@student.ap.be
 - 0474/31.96.88
- Externe promotor : Nikolaj Bassele ergotherapeut Dienst Arbeidsbeperking
 - nikolaj.bassele@vdab.be



Bijlage 6: Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier deelnemende ergotherapeut

Betreft Bachelorproef Ergotherapie ' Mijn patiënt kan naar huis...Kan hij ook terug aan het werk?: Een project rond interprofessionele educatie '

Ik verklaar hierbij dat ik de informatiebrief gelezen heb, op de hoogte ben over het verloop van de deelname en vrijwillig deelneem aan het onderzoek.

Naam en voornaam deelnemer :

Datum: / /

Handtekening:

Naam en voornaam onderzoeker/student

Datum: / /

Hantekening:



Bijlage 7: Ontwerpschema Vragenlijst

Stap 1: Ontwerpschema

- **Doel 1:** In kaart brengen van de steekproef.
 - **Vraag 0:** initialen participant en naam van de dienst waar de participant tewerkgesteld is.
 - **Vraag 1:** jaren ervaring als ergotherapeut.
 - open vraag
 - **Vraag 2:** beschrijving van de functie binnen de dienst.
 - open vraag
 - **Vraag 3:** info over extra opleiding na het behalen van bachelor in de ergotherapie. (werden er opleidingen rond arbeid gevolgd door de participanten?)
 - open vraag
- **Doel 2:** In kaart brengen van arbeidsvragen op de dienst.
 - **Vraag 4:** Komt de participant in aanraking met arbeidsvragen tijdens de uitvoering van zijn job?
 - gesloten vraag
 - 2 antwoordmogelijkheden (ja/nee)
 - **Vraag 5:** Wat is de frequentie hiervan?
 - gesloten vraag
 - 3 antwoordmogelijkheden (zelden/regelmatig/vaak)
- **Doel 3:** In kaart brengen van eventueel gebruik van assessments gericht op arbeidsvaardigheden.
 - **Vraag 6:** Wordt er op de dienst een assessments toegepast om arbeidsvaardigheden in kaart te brengen?
 - open vraag → ja of nee + eventuele mogelijkheid tot verduidelijking.
- **Doel 4:** Eerste peiling naar kennis rond arbeidsre-integratiemogelijkheden en –diensten bij de participanten.
 - **Vraag 7:** Is er achtergrondkennis aanwezig over arbeidsre-integratiemogelijkheden en –diensten aanwezig bij de participanten?
 - gesloten vraag
 - 2 antwoordmogelijkheden (ja/nee)
 - **Vraag 8:** In welke mate is deze aanwezig en is dit dan voldoende om patiënten op weg te helpen?
 - gesloten vraag
 - 3 antwoordmogelijkheden (te weinig/voldoende/uitgebreid)
 - **Vraag 9:** Zijn de participanten op de hoogte van de Bijzondere TewerkingstellingenOndersteunende Maatregelen van de Dienst Arbeidsbeperking?
 - open vraag → ja of nee + eventuele mogelijkheid tot verduidelijking.
 - **Vraag 10:** Kennen de participanten de partnerorganisaties van de Dienst Arbeidsbeperking met als voornaamste GTB en GOB?
 - open vraag → ja of nee + eventuele mogelijkheid tot verduidelijking.

Stap 2: Concretisering van de vragen

Vraag 0: invullen van initialen en dienst van tewerkstelling in de daarvoor voorziene kader.

Vraag 1: Hoeveel jaar ervaring heeft u als ergotherapeut?

Vraag 2: Wat is uw functie binnen de dienst? (hoofdtherapeut, specifieke tak binnen ergotherapie?)

Vraag 3: Heeft u een specifieke opleiding of cursus gevolgd na uw bachelor opleiding ergotherapie?

Vraag 4: Komt u binnen de dienst in aanmerking met patiënten die een arbeidsvraag of arbeidswens hebben? (ja/nee)

Vraag 5: zo ja? zelden, regelmatig, vaak?

Vraag 6: Wordt er op de dienst een assessment gebruikt gericht naar in kaart brengen van de arbeidsmogelijkheden?

Vraag 7: Heeft u achtergrondkennis in verband met arbeidsintegratie en de mogelijkheden of diensten die dit proces ondersteunen en opvolgen? (ja/nee)

Vraag 8: Zo ja? Te weinig om patiënten verder te helpen, voldoende om patiënten verder te helpen, uitgebreide achtergrondkennis?

Vraag 9: Kent u de dienst arbeidsbeperking binnen de VDAB en de Bijzondere Tewerkstellings Ondersteunende Maatregelen. Zo ja, Welke?

Vraag 10: Kent u de partners van de VDAB dienst arbeidsbeperking die het re-integratieproces mee ondersteunen? (GTB of GOB)

Stap 3: vragen integreren in de vorm van een vragenlijst

Het resultaat vindt u volgende bijlage.

Bijlage 8: Standaard vragenlijst

VRAGENLIJST DEELNEMENDE ERGOTHERAPEUT

Initialen :

Naam revalidatiedienst :

In deze vragenlijst worden enkele algemene gegevens over de ergotherapeut bevroegd in verband met opleiding en beroepsuitoefening. De vragenlijst bestaat uit enkele korte vragen en zal hoogstens 5 tot 10 minuten in beslag nemen. U mag in dit document de antwoorden aanvullen, en de vragenlijst terug opsturen naar stien.hennaert@student.ap.be Alvast bedankt voor u medewerking.

1. Hoeveel jaar ervaring heeft u als ergotherapeut?
2. Wat is uw functie binnen de dienst? (hoofdtherapeut, specifieke tak binnen ergotherapie?)
3. Heeft u een specifieke opleiding of cursus gevolgd na uw bachelor opleiding ergotherapie ?
4. Komt u binnen de dienst in aanmerking met patiënten die een arbeidsvraag of arbeidswens hebben? (ja/nee)
5. zo ja? zelden, regelmatig, vaak?
6. Wordt er op de dienst een assessment gebruikt gericht naar in kaart brengen van de arbeidsmogelijkheden?
7. Heeft u achtergrondkennis in verband met arbeidsre-integratie en de mogelijkheden of diensten die dit proces ondersteunen en opvolgen? (ja/nee)

8. Zo ja? Te weinig om patiënten verder te helpen, voldoende om patiënten verder te helpen, uitgebreide achtergrondkennis?

9. Kent u de dienst arbeidsbeperking binnen de VDAB en de Bijzondere Tewerkstellings Ondersteunende Maatregelen. Zo ja, Welke?

10. Kent u de partners van de VDAB dienst arbeidsbeperking die het arbeidsre-integratieproces mee ondersteunen? (GTB of GOB)

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Bijlage 9: Interviewschema

1. Reacties

- Wat waren de eerste reacties die tijdens de presentatie en daarna bij u naar voren kwamen? (kernwoorden, gedachtegang, algemene leerervaring?)

2. Verwerving van kennis

- Bevatte de presentatie voor u veel nieuwe informatie? → Werden er veel diensten en mogelijkheden aangehaald die u daarvoor nog niet kende?
- Heeft u het gevoel dat u met deze nieuwe informatie en met hulp van de handleiding verder aan de slag kan gaan? (patiënten doorverwijzen, gesprekken aangaan met werkgevers als daar de mogelijkheid voor zou zijn binnen de revalidatie.)
- Heeft u het gevoel dat u als ergotherapeut kennis omtrent arbeidsre-integratie kan sturen en kan gebruiken binnen het team?

3. Verandering in attitudes en percepties

- Ziet u meer mogelijkheden ontstaan op vlak van arbeidsre-integratie binnen u dienst na het horen van de mogelijkheden die er zijn? Is u beeld veranderd over arbeidsre-integratie?

4. Visies over samenwerking

- Als het zou kunnen, zou u het als ergotherapeut nuttig vinden om vanuit de revalidatie samen te werken met diensten zoals VDAB, GOB en GTB?
- Waar ziet u dan de meerwaarde die de ergotherapeut kan hebben of welke taken zou hij/zij vanuit de revalidatie kunnen opnemen volgens u?
- Als u kritisch mag zijn als ergotherapeut, wat is er dan nodig in de toekomst om samenwerking te realiseren of meer ruimte te creëren voor arbeidsvragen, m.a.w. wat is er nodig om arbeidsre-integratie te optimaliseren?

Bijlage 10: Presentatie ‘ Mijn patiënt kan terug naar huis...Kan hij ook terug aan het werk?’

Mijn patiënt kan terug naar huis... Kan hij ook terug aan het werk?

Een project rond interprofessionele educatie.

Gebracht door Stien Hennaert

Begeleid door Nikolaj Basselé & Inge Van Eupen



Inleiding

Arbeidsvragen?

- Arbeid → participatie maatschappij
 - Zelfredzaamheid
 - Identiteit
 - Ontwikkelen, versterken en gebruiken van competenties

↗ Waarde arbeid

↗ Tendens

↗ Arbeidsvragen

Inleiding

Arbeidsbeperking?

- ❑ Problematiek → beperkingen
- ❑ Mate van arbeidsbeperking afhankelijk van :
 - ❑ Functiestoornissen
 - ❑ Functioneren → uitvoeren van activiteiten
 - ❑ Persoonlijke factoren
 - ❑ Externe factoren

→ Gevolg

- ❑ Afstand tot arbeidsmarkt
- ❑ verminderde participatie

Inleiding

Re-integratie!

- ❑ Participatie herwinnen → re-integreren!
- ❑ Arbeidsvragen stijgen → nadenken over re-integratie
- ❑ Groeiende taak voor gezondheidszorg

→ OPTIMALE RE-INTEGRATIE?

= inspelen op alle beïnvloedende factoren

1. Aanbod vanuit multidisciplinair team
2. Aanspreken van re-integratiediensten

Re-integratie

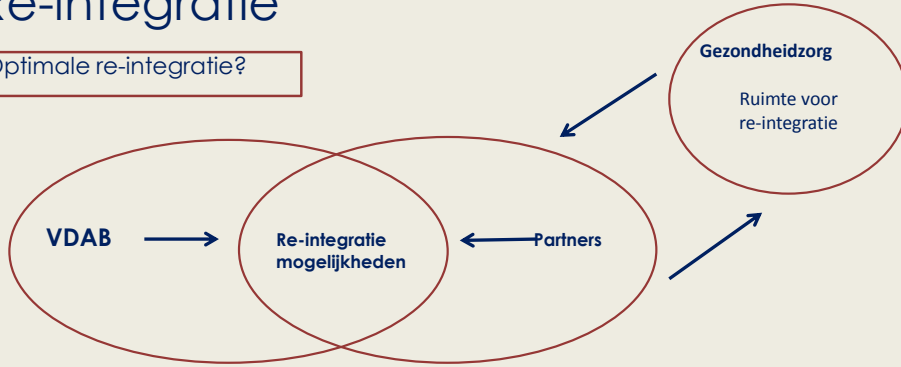
VDAB en partners



→ DOEL : Re-integratie ondersteunen

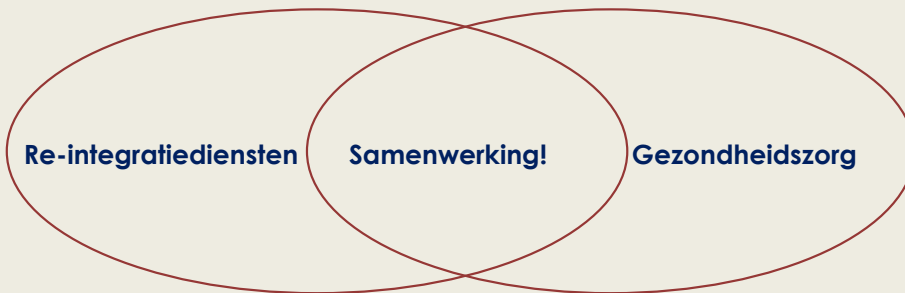
Re-integratie

Optimale re-integratie?



Reïntegratie

Optimale re-integratie



VANUIT VDAB

- Bijzondere TewerkstellingsOndersteunende Maatregelen
- Gespecialiseerde trajectbegeleiding
- Loopbaanbegeleiding

VANUIT PARTNERS

- GTB**
 - Gespecialiseerd onderzoek
 - Trajectbegeleiding
 - Loopbaanbegeleiding
 - Advies werkgevers
- GOB**
 - Intensieve trajectbegeleiding
 - Loopbaanbegeleiding
 - Rematch reïntegratiebegeleiding

Mogelijkheden vanuit VDAB

1. Bijzondere Tewerkstellings Ondersteunende Maatregelen

Bijzondere tewerkstellingsOndersteunende maatregelen

→ BTOM's

- Georganiseerd vanuit Dienst Arbeidsbeperking
- Doelgroep → werknemers met arbeidsbeperking

Bijzondere Tewerkstellingsondersteunende maatregelen

Overzicht maatregelen

1. Vlaamse ondersteuningspremie
2. Arbeidspostaanpassing en arbeidsgereedschap
3. Tegemoetkoming in verplaatsingskosten
4. Bijstand tolk
5. Maatwerk en lokale diensteneconomie

Bijzondere Tewerkstellingsondersteunende maatregelen

Hoe aanvragen?

1. Recht

2. Gebruik

→ Zie brochure

Bijzondere Tewerkstellingsondersteunende maatregelen

1. Vlaamse ondersteuningspremie

Algemeen

- Premie voor werkgever
- Premie = percentage van referteloon
- Percentage premie → afhankelijk van rendementsverlies

Doelen

- Rendementsverlies compenseren → werkgever
- Kansen bieden → werknemer
- Blijvend zekerheid bieden → werknemer

Bepaling rendementsverlies

- Taak deskundige
- ICF analyse
- Gesprekken werknemer + werkgever
- Observatie Werkplek

Principes

- Termijn VOP = 5 jaar
- Eerste aanvraag = standaardregeling
- Tijdens termijn 5 jaar → verhoging
- Na termijn 5 jaar → verlenging

Praktijkvoorbeelden VOP

- Kleuterjuf hemiplegie links rolstoelgebonden → aankoop elektronische rolstoel voor op school van de VOP.
- Ontwerpster catalogussen met hernia, dystrofie linker lichaamshelft en brachidactylie links → door een VOP van 50% mag zij volledig op haar eigen ritme werken en krijgt ze vrijstelling voor bepaalde taken.
- Ergotherapeute heeft als gevolg van subdurale bloeding beperkingen op gebied van informatieverwerking → door de VOP krijgt zij kleine groepen om te begeleiden en worden er extra collega's ingeschakeld voor groepsactiviteiten
- Havenarbeider met zware knieproblematiek → door de VOP krijgt hij de kans om na elk uur 10 minuten te pauzeren.
- Administratief medewerker met MS krijgt door de VOP langere rustpauzes en kan een halve dag verlof nemen zonder loonverlies.

Bijzondere Tewerkstellingsondersteunende maatregelen

2. Arbeidspostaanpassingen en arbeidsgereedschap

Algemeen

- Hulpmiddelen
- Toegankelijkheid

Doelen

- Optimaliseren van werkomgeving
- Compenseren van beperkingen

Procedure

- Na aanvraag → werkplekbezoek
- Geen standaardlijst
- Deskundige bekijkt elke aanvraag individueel
- Deskundige geeft advies

Principes

- niet courant gebruik
- Noodzakelijk
- Arbeidspostaanpassing → specifiek PMAB
- Arbeidsgereedschap → eigendom PMAB

Praktijkvoorbeelden arbeidspostaanpassing

- Kleuterjuf hemiplegie links → installatie traplift om verdiep te overwinnen.
- Administratief bediende met verminderde spierkracht in benen als gevolg van MS → aanpassing toilet op het werk (toiletverhoger en plaatsen van extra steungrepen).
- Vertegenwoordiger met onderarmamputatie → terugbetaling van de automaat in de bedrijfswagen.

Praktijkvoorbeelden arbeidsgereedschap

- Ambtenaar werkwinkel met zeer veel pijn en beperking mobiliteit ten gevolge van cervicale dystorsie en fibromyalgie → hoog-laagbureau en aangepaste actieve bureaustoel met neksteun.
- Schoenmaker met evenwichtsproblemen omwille van spina bifida → aangepaste stoel hoog-laag voor zit en staand werk + verplaatsbaar in ruimte.
- Trippel stoel bij verminderde spierkracht in benen en vermoeidheid als gevolg van MS.
- Ambtenaar gemeentebestuur met tremor in de hand als gevolg van Parkinson → plexiglas over toetsenbord en voetklikker.

Bijzondere Tewerkstellingsondersteunende maatregelen

3. Tegemoetkoming verplaatsingskosten

Doelgroep? → Beperking mobiliteit

Algemeen → 3 opties

- Kilometervergoeding woon-werk (gewoon gemotoriseerd vervoer)
- Tegemoetkoming begeleiding
- Tegemoetkoming aangepast vervoer (gespecialiseerd vervoer)

Bijzondere Tewerkstellingsondersteunende maatregelen

4. Bijstand Tolk

- Doelgroep → auditieve beperking
- 3 Mogelijkheden
 - Spraak
 - Schrift
 - Gebaren
- Inschakeling tolk → 10% werktijd (uitbreiding mogelijk)

Bijzondere Tewerkstellingsondersteunende maatregelen

5. Sociale economie

- Luik apart
- Werk op maat!
- Doelgroep → afstand tot NEC is te groot
- Bij aanvraag volgt onderzoek (ICF)
- Specialist neemt beslissing

Mogelijkheden sociale economie

1. Sociale werkplaats

- Laag geschoold,
- inactief gedurende 5 jaar,
- In trajectbegeleiding
- Fysieke, psychische of sociale beperkingen

2. Lokale diensteneconomie

- Tijdelijke beperkingen → acuut
- Psychosociale problematiek
- Voorbereiding op NEC

3. Beschutte werkplaats → tijdelijk schorsing

Mogelijkheden vanuit VDAB

2 . Gespecialiseerde trajectbegeleiding

Gespecialiseerde trajectbegeleiding

- Trajectbegeleiding = begeleiding naar werk

- Doelgroep
 - Werkzoekenden
 - Afstand tot de arbeidsmarkt → duidelijke arbeidsbeperking of vermoeden

- Verwijzing door werkwinkel

Inhoud begeleiding

- In kaart brengen profiel
- Zoektocht naar gepaste vacatures
- Ondersteunen in solliciteren → opvolgen + tips
- Opstart stages en opleidingen
- Opstart BTOM's
- Doorverwijzing

Mogelijkheden vanuit VDAB

3. Loopbaanbegeleiding

Loopbaanbegeleiding

- ❑ Organisatie → VDAB
- ❑ Uitvoering → Loopbaancentra
- ❑ Doelgroep → werknemers

Wat is het?

- Eerste vorm van begeleiding
- Niet specifiek PMAB

Principe

- ❑ Betaling loopbaancentra → loopbaancheques
- ❑ Aanvraag via VDAB

Rechten

- ❑ 2 pakketten per 6 jaar
- ❑ 1 pakket = 4 uur begeleiding
- ❑ Gesubsidieerd
- ❑ 1 pakket = €40 ipv 550€

Overzicht mogelijkheden vanuit VDAB

1. Bijzondere TewerkstellingsOndersteunende maatregelen
2. Gespecialiseerde trajectbegeleiding
3. Loopbaanbegeleiding

Mogelijkheden vanuit Partners

1. GTB

Gespecialiseerde Traject Bepaling en Begeleiding

GTB

Aanbod

- Hoofdzakelijk aanbod
 - trajectbegeleiding werkzoekenden**
 - Gespecialiseerde onderzoeksdienst
- Bijkomend aanbod
 - Loopbaanbegeleiding → werknemers**
 - Advies → werkgevers
 - Begeleiding inwerkperiode → werknemer + werkgever
 - Projectwerking

GTB

1. Gespecialiseerde trajectbegeleiding

- Doelgroep → werkzoekenden met een arbeidsbeperking
- Meer intensieve begeleiding naar werk
- Doel = duurzame tewerkstelling
- Doorverwijzing door trajectbegeleider VDAB

GTB

2. Loopbaanbegeleiding

- GTB = erkend loopbaancentrum
- Vragen en onzekerheden? → loopbaanbegeleiding!
- Meerwaarde GTB → meer expertise in arbeidsbeperking
- Eerste vorm van begeleiding op het werk → werknemers
 - Advies geven
 - Op weg helpen
 - Doorverwijzen

Mogelijkheden vanuit Partners

2. GOB

Gespecialiseerde Opleiding, Begeleiding en Bemiddeling

GOB

Aanbod

- Intensieve en uitgebreide trajectbegeleiding → werkzoekenden
- Loopbaanbegeleiding → werknemers
- Rematch reïntegratiebegeleiding → werknemers + werkgevers
- Projectwerking

GOB

1. Gespecialiseerde trajectbegeleiding

- Doelgroep → werkzoekenden met een arbeidsbeperking
- Zeer intensieve begeleiding naar werk
- Doel = duurzame tewerkstelling
- Doorverwijzing door trajectbegeleider VDAB of GTB

Inhoud traject

- Kennismaking
- Functioneel assessment
- Oriëntering
- Training en coaching
- Opleiding
- Sollicitatietraining
- Bemiddeling
- Nazorg

→ **Individuele selectie**

GOB

2. Loopbaanbegeleiding

- GOB = erkend loopbaancentrum
- Vragen en onzekerheden? → loopbaanbegeleiding!
- Meerwaarde GOB → grote expertise in arbeidsbeperking
- Eerste vorm van begeleiding op het werk → werknemers
 - Advies geven
 - Op weg helpen
 - Doorverwijzen

GOB

3. Rematch Re-integratiebegeleiding

- Organisatie + uitvoering → GOB de ploeg
- Doelgroep → Werkgever + werknemer
- Indicatie arbeidsbeperking → gesubsidieerde dienstverlening
- Geen indicatie arbeidsbeperking → kosten zijn voor werkgever

Inhoud re-integratiebegeleiding

- Screening en Assessment → werknemersprofiel
- Rematch competentieprofiel → advies
- Procesbegeleiding on-the-job
 - Training
 - Coaching
 - Aanpassing on-the-job
- Advies financiële tegemoetkomingen

Overzicht

De cliënt is werknemer

- BTOM's
- Loopbaanbegeleiding
- Rematch → GOB

De cliënt is werkzoekend

- Opstart trajectbegeleiding
- Eerste aanmelding = werkwinkel
- Daarna meerdere opties
- VDAB
- GTB
- GOB

Praktische info

Brochure arbeidsre-integratie

- Alle mogelijkheden op een rij
- Handleiding in aanvraag van maatregelen
- Nuttige Links
- Contactgegevens

Vragen?



Bedankt voor uw aandacht!

Bijlage 11: Logboek presentaties

Algemene gegevens kennismakingsgesprek	Opmerkingen
<ul style="list-style-type: none"> • Presentatie 1 • Datum: 11 april 2016 • Uur: 8u30 	<p>Het hele team van het pijncentrum was aanwezig. Het team kwam zeer enthousiast en geïnteresseerd over. De presentatie verliep zeer vlot, vooral de artsen stelden tussendoor veel vragen. Na afloop waren er vanuit heel het team wel vragen. Vaak over praktisch dingen, bijvoorbeeld hoe zij ervoor kunnen zorgen dat patiënten al meteen van de eerste keer goed terecht komen. Je voelt dat ze een beleid willen opstarten waarbij er doorstroom is naar arbeid. Na ongeveer anderhalf uur werd de presentatie en de vragenronde achteraf afgerond. Het interview vond plaats met 1 ergotherapeut van het multidisciplinaire team. Het toestemmingsformulier voor deelname aan het onderzoek werd overhandigd en er werd afgesproken dat de brochure en verdere info digitaal zullen worden opgestuurd. De participant werd bedankt voor deelname aan het onderzoek.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Presentatie 2 • Datum: 11 april 2016 • Uur: 15u00 	<p>De presentatie was voor een beperkt publiek van 2 ergotherapeuten. Tijdens en na de presentatie werden er niet veel bijkomende vragen gesteld. De presentatie liep vlot en werd afgerond op drie kwartier tijd. Verdere info en de digitale versie van de brochure wordt ook hier per mail bezorgd aan de contactpersoon. Beide ergotherapeuten namen deel aan de bevraging achteraf. Het toestemmingsformulier van één participant kon worden meegenomen. Het toestemmingsformulier van de andere participant zal later die week worden opgehaald. Beide participanten werden bedankt voor deelname aan het onderzoek.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Presentatie 3 • Datum: 13 april 2016 • Uur: 14u30 	<p>Zowel ergotherapeuten en psychologen waren aanwezig op de presentatie. Er werd regelmatig pauze ingelast voor vragen want deze waren zeker aanwezig. De vragen waren voornamelijk gericht op de structuur binnen VDAB en partners en welke wegen mensen moeten doorlopen om bij de juiste dienstverlening te komen. Wat vooral naar boven komt is dat de teamleden merken dat de mensen die het meeste nood hebben aan begeleiding het langst moeten wachten op de juiste trajectbegeleiding. Op het einde van de presentatie werd er even verder ingegaan op de verschillende mogelijkheden wat herscholing betreft, want hierover was heel wat onduidelijkheid bleek uit het kennismakingsgesprek. De presentatie en vragenronde werden afgerond op een uur tijd. De brochure zal digitaal doorgestuurd worden naar de hoofdergotherapeut van de dienst fysische geneeskunde en revalidatie. 3 ergotherapeuten namen deel aan de bevraging. Alle toestemmingsformulieren werden overhandigd en de participanten werden bedankt voor deelname aan het onderzoek.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Presentatie 4 • Datum: 14 april 2016 • Uur: 14u30 	<p>Er waren zeer veel ergotherapeuten aanwezig alsook 1 sociaal assistente. De presentatie verliep vlot en er kwamen tijdens de voordracht niet veel vragen. Na de presentatie kwamen er vooral vragen van 1 ergotherapeut en de sociaal assistente die patiënten uit het pijncentrum begeleiden. Zij stelden zich de vraag of alles in de praktijk wel vlot verloopt, want zij merken toch heel wat problemen in doorverwijzing. Als reactie hierop werden de aanmeldingsprocedures nog een overlopen en werd verwezen naar de brochure die de teamleden meer houvast kan bieden en duidelijk weergeeft waar ze terecht kunnen voor welke dienstverlening. De presentatie en de vragenronde werden afgerond na één uur. De digitale versie van de brochure zal worden verzonden naar de hoofdergotherapeut van de dienst. Er werden 3 ergotherapeuten bevraagd. Alle toestemmingsformulieren werden verzameld en de participanten werden bedankt voor hun deelname aan het onderzoek.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Presentatie 5 • Datum: 15 april 2016 • Uur: 12u00 	<p>Er waren zowel ergotherapeuten als kinesisten aanwezig van de revalidatie afdeling. Daarnaast was er één psychologe en één sociaal assistente aanwezig. De presentatie verliep vlot. Voornamelijk de sociaal assistente stelde tijdens de presentatie vragen over toekenning van rechten, indienen van formulieren en de algemene procedures om begeleidingsinstanties in te schakelen. Deze werden meteen beantwoord. Achteraf werden er niet meer veel extra vragen gesteld. De presentatie werd afgerond na één uur. De digitale versie van de brochure zal doorgestuurd worden naar de contactpersoon. Er werden 4 ergotherapeuten bevraagd. De toestemmingsformulieren werden verzameld en de participanten werden bedankt voor hun deelname aan het onderzoek.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Presentatie 6 • Datum: 19 april 2016 • Uur: 11u30 	<p>De presentatie werd bijgewoond door enkele ergotherapeuten en één kinesist. Tijdens de presentatie werden er voornamelijk vragen gesteld over de toekenning van automatische rechten. Hierover was enige onduidelijkheid. Na de presentatie werd de codelijst opengezet en werd er daar wat meer informatie over gegeven. Zo hebben de teamleden een idee welke richting zij uit kunnen met hun patiënten. Verder werden er vooral vragen gesteld over de aanmelding bij begeleidingsinstanties zoals GTB en GOB. Hier werd ook verder op ingegaan. Hiervoor werd ook verwezen naar de informatiebrochure, deze zal worden doorgestuurd naar de contactpersoon. De presentatie en de bespreking achteraf werden afgerond na één uur en een kwartier. Er werden 4 ergotherapeuten bevraagd. De toestemmingsformulieren werden verzameld en de ergotherapeuten werden bedankt voor hun deelname aan het onderzoek.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Presentatie 7 • Datum: 20 april 2016 • Uur: 8u00 	<p>Er was een zeer talrijke groep ergotherapeuten aanwezig alsook 1 sociaal assistent. Voornamelijk door de sociaal assistent werden er vragen gesteld tijdens de presentatie. Zowel over de ervaringen die wij hebben met werkgevers als</p>

	<p>over de uitkeringsgerechtigdheid. Er werd getracht om een antwoord te formuleren op de vragen over uitkeringsgerechtigdheid, maar dit zijn zaken die beter rechtstreeks aan verzekeringsinstellingen gesteld kunnen worden. Ook de al dan niet rechtstreekse toegang tot GTB en GOB werd besproken, dit is niet zo eenvoudig blijkt. Dit nemen we zeker mee. De presentatie en de vragen werden afgerond na anderhalf uur. De digitale brochure zal doorgestuurd worden naar het algemene e-mailadres van de ergotherapeuten en apart naar de ergotherapeut en de sociaal assistent van het pijncentrum. Er werden 6 ergotherapeuten bevroegd. De toestemmingsformulieren zullen later overhandigd worden. De participanten werden aan het einde bedankt voor hun deelname aan het onderzoek.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Presentatie 8 • Datum: 21 april 2016 • Uur: 9u00 	<p>Op de presentatie waren ergotherapeuten aanwezig van de dienst fysieke revalidatie en daarnaast ook één psycholoog van het pijncentrum. Na de presentatie werd duidelijk dat de ergotherapeuten echt proberen om arbeidsre-integratie een plaats te geven binnen de revalidatie, maar dat dit niet steeds eenvoudig is. Er worden vooral vragen gesteld over de mogelijke samenwerking en wie hierover best aangesproken kan worden. De presentatie en de bespreking achteraf werden afgerond op ongeveer één uur tijd. De brochure zal worden doorgestuurd naar de contactpersoon. Er werden 2 ergotherapeuten bevroegd. De toestemmingsformulieren werden overhandigd en de ergotherapeuten werden bedankt voor hun deelname aan het onderzoek.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Presentatie 9 • Datum: 25 april 2016 • Uur: 15u30 	<p>De presentatie werd bijgewoond door ergotherapeuten, één psychologe en één sociaal assistente. Er werden tijdens de presentatie vooral veel vragen gesteld over de tewerkstellingsondersteunende maatregelen en de procedures hier rond. De teamleden waren hier dan ook minder mee bekend. Achteraf waren er niet zeer veel vragen. De presentatie werd afgerond op één uur tijd. De digitale versie zal doorgestuurd worden naar het algemene e-mailadres van de ergotherapeuten op de fysieke revalidatie. Er werden 2 ergotherapeuten bevroegd. De toestemmingsformulieren werden verzameld en de ergotherapeuten werden bedankt voor hun deelname aan het onderzoek.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Presentatie 10 • Datum: 27 april 2016 • Uur: 10u30 	<p>De presentatie werd bijgewoond door ergotherapeuten, logopedisten en één kinesist. Er werd vanuit elk teamlid wel een vraag gesteld tijdens de presentatie, voornamelijk over de maatregelen, de loopbaanbegeleiding en de trajectbegeleiding. De logopedisten hadden meer specifieke vragen over de rol van de arts, omdat zij hier soms problemen in ondervinden.</p> <p>Er werd uitgelegd dat de arts een belangrijke rol heeft in het</p>

	<p>aangeven en beschrijven van de problematiek, maar verdere info van het multidisciplinaire team weegt ook zeker mee als het gaat om een niet automatisch recht. De presentatie werd afgerond na een uur en een kwartier. De digitale brochure wordt doorgestuurd naar de contactpersoon. Er werd 1 ergotherapeut bevroagd. Het toestemmingsformulier zal later overhandigd worden. De ergotherapeut werd hartelijk bedankt voor deelname aan het onderzoek.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Presentatie 11 • Datum: 4 mei 2016 • Uur: 12u00 	<p>De presentatie werd bijgewoond door ergotherapeuten en kinesisten. Tijdens de presentatie kwamen er niet meteen veel vragen naar boven. Na de presentatie werden er enkele vragen gesteld over de toekenning van rechten aan personen met chronische pijn, omdat dit voornamelijk de doelgroep is. Er werd ook gepeild naar de verwachtingen die de re-integratiediensten hebben tegenover de revalidatiecentra wat betreft samenwerking. Dit was niet helemaal duidelijk voor de teamleden. De presentatie werd afgerond op ongeveer één uur tijd. Er werd 1 ergotherapeut bevroagd. Het toestemmingsformulier werd overhandigd en de ergotherapeut werd hartelijk bedankt voor deelname aan het onderzoek.</p>

Bijlage 12: Voorbeeld script

Uitgeschreven Interview voor member check

- Interview 24
- Datum: 21 april 2016
Tijdstip afname: 10u52
- Duur: 16min42
- Geïnterviewde = participant : M.M.
- Interviewer: S.H.

Interviewer: Wat waren bij u de eerste reacties die tijdens en na de presentatie naar boven kwamen?

Participant: Interessant en goed om het eens duidelijk naast elkaar te hebben en een duidelijk overzicht te hebben. Ook wel meteen mijn bedenkingen over hoe het nu allemaal in de praktijk zou lopen, maar dat is met alles. Ze zullen vanuit het werkveld ook mee moeten zijn.

Interviewer: Was er veel nieuwe informatie bij voor u?

Participant: Meer uitleg, ik had er al wel van gehoord en ik weet ongeveer wel wat er bestaat. Dit was heel vaag voorheen dus ik kon mensen nog niet echt op weg helpen. Echt concrete informatie had ik daarvoor niet.

Interviewer: Nu u de informatie meer concreet heeft, zou u er dan mee aan de slag gaan?

Participant : Ja ik kan nu concretere info doorgeven aan patiënten. Ik weet nu ook zelf beter welke stappen we kunnen ondernemen, ik zal dan wel het boekje er bij nemen.

Interviewer: Heeft u het gevoel dat u als ergotherapeut de informatie met betrekking tot arbeidsre-integratie kan gebruiken binnen het team om dit proces te sturen?

Participant: Ik denk dat wij als ergotherapeut zeker die persoon zijn, maar ik vrees dat wij ons niet genoeg profileren om het te doen. Er wordt te gemakkelijk gezegd "wacht er nog maar even mee we gaan ons eerst met de revalidatie bezig houden." Mensen zijn hier vaak heel acuut en er wordt dan wel gesproken over arbeid maar dan laten we dit liggen. Ik denk dat we dit niet zo gemakkelijk naast ons mogen neerleggen.

Interviewer: Zijn u percepties over arbeidsre-integratie veranderd na de presentatie te hebben gehoord, ziet u meer mogelijkheden ontstaan?

Participant: Ik denk dat er hier vooral dingen aan het veranderen zijn, omdat we bezig zijn met re-integratie en met het opstellen van competentielijsten. Dat staat wel een beetje los van onze revalidatiepatiënten. Ik voel wel dat ze er meer mee bezig zijn.

Interviewer: Zou u het nuttig vinden om samenwerkingen aan te gaan met VDAB, GTB, GOB?

Participant: Ik vind van wel, we proberen zelf stappen te zetten, maar het zou eigenlijk meer van hogerhand moeten komen, dus meer van de directie. C. onze hoofdergothérapeut gaat echt naar boven aankaarten dat we er hier meer ruimte voor willen. Ik denk dat samenwerking heel interessant is. Wij kunnen duidelijk in kaart brengen wat iemand fysiek kan. De ergotherapeuten kunnen daar goed een beeld van weergeven. Als er rechtstreeks contact is dan zal de drempel voor onze patiënten ook lager zijn.

Interview: Wat zijn volgens u de taken van de ergotherapeut om echt vanuit de revalidatie al aan arbeidsre-integratie te doen?

Participant: functioneren in kaart brengen, nadenken over arbeidspostaanpassingen, info geven over ergonomie.

Interviewer: Wat is er volgens u dan nodig om arbeidsre-integratie te optimaliseren?

Participant : Meer duidelijkheid over wat iedereen doet. Het is eigenlijk toch belachelijk dat wij niet wisten wat VDAB allemaal doet. Ook meer duidelijk naar jullie toe over wat wij doen. Communicatie zal dus zeer belangrijk zijn. Duidelijk onderzoeken wie wat kan en wie kan gaan werken zal ook nodig zijn. Er mag niet zomaar afgegaan worden op het verhaal van mensen. De verhoudingen tussen niet kunnen werken en wel kunnen werken en financiële tegemoetkoming moet interessant zijn. Soms is het voordeliger om thuis te blijven en dat zou niet mogen. Ook het financiële hier zal belangrijk zijn. In de nomenclatuur zouden ook zaken moeten veranderen zodat ergotherapeutisch advies rond arbeidsre-integratie mogelijk wordt. Een nomenclatuur specifiek gericht op arbeid zou dus niet slecht zijn.

Bijlage 13: Voorbeeld fragmentering (stap 4 voorbereiding thema-analyse)

Interviewer (interview 24)	Fragment	Participant
Wat waren de reacties die tijdens en na de presentatie naar boven kwamen?	24.1	Interessant en goed om het eens duidelijk naast elkaar te hebben en een duidelijk overzicht te hebben.
	24.2	Ook wel meteen mijn bedenkingen over hoe het nu allemaal in de praktijk zou lopen, maar dat is met alles.
Was er veel nieuwe informatie bij voor u?	24.3	Meer uitleg, ik had er al wel van gehoord en ik weet ongeveer wel wat er bestaat. Dit was heel vaag voorheen dus ik kon mensen nog niet echt op weg helpen. Echt concrete informatie had ik daarvoor niet.
Nu u de informatie meer concreet heeft, zou u er dan mee aan de slag gaan?	24.4	Ja ik kan nu concretere info doorgeven aan patiënten.
	24.5	Ik weet nu ook zelf beter welke stappen we kunnen ondernemen, ik zal dan wel het boekje er bij nemen.
Heeft u het gevoel dat u als ergotherapeut de informatie met betrekking tot arbeidsre-integratie kan gebruiken binnen het team om dit proces te sturen?	24.6	Ik denk dat wij als ergotherapeut zeker die persoon zijn, maar ik vrees dat wij ons niet genoeg profileren om het te doen. Er wordt te gemakkelijk gezegd 'wacht er nog maar even mee we gaan ons eerst met de revalidatie bezig houden.' Mensen zijn hier vaak heel acuut en er wordt dan wel gesproken over arbeid maar dan laten we dit liggen. Ik denk dat we dit niet zo gemakkelijk naast ons mogen neerleggen.
Zijn u percepties over arbeidsre-integratie veranderd na de presentatie te hebben gehoord, ziet u meer mogelijkheden ontstaan?	24.7	Ik voel wel dat ze er meer mee bezig zijn.
Zou u het nuttig vinden om samenwerkingen aan te gaan met VDAB, GTB, GOB?	24.8	Ik vind van wel, we proberen zelf stappen te zetten, maar het zou eigenlijk meer van hogerhand moeten komen, dus meer van de directie.
	24.9	Ik denk dat samenwerking heel interessant is. Wij kunnen duidelijk in kaart brengen wat iemand fysiek kan. De ergotherapeuten kunnen daar goed een beeld van weergeven.
	24.10	Als er rechtstreeks contact is dan zal de drempel voor onze patiënten ook lager zijn.

Wat zijn volgens u de taken van de ergotherapeut om echt vanuit de revalidatie al aan arbeidsre-integratie te doen?	24.11	Functioneren in kaart brengen,
	24.12	Nadenken over arbeidspostaanpassingen,
	24.13	Info geven over ergonomie
Wat is er volgens u dan nodig om arbeidsre-integratie te optimaliseren?	24.14	Meer duidelijkheid over wat iedereen doet. Het is eigenlijk toch belachelijk dat wij niet wisten wat VDAB allemaal doet. Ook meer duidelijk naar jullie toe over wat wij doen. Communicatie zal dus zeer belangrijk zijn.
	24.15	Duidelijk onderzoeken wie wat kan en wie kan gaan werken zal ook nodig zijn. Er mag niet zomaar afgegaan worden op het verhaal van mensen.
	24.16	De verhoudingen tussen niet kunnen werken en wel kunnen werken en financiële tegemoetkoming moet interessant zijn. Soms is het voordeliger om thuis te blijven en dat zou niet mogen.
	24.17	Ook het financiële hier zal belangrijk zijn. In de nomenclatuur zouden ook zaken moeten veranderen zodat ergotherapeutisch advies rond arbeidsre-integratie mogelijk wordt. Een nomenclatuur specifiek gericht op arbeid zou dus niet slecht zijn.

Bijlage 14: Voorbeeld labels toekennen (stap 1 thema-analyse)

Labels	Fragment	Participant
Interessant, duidelijk beeld	24.1	Interessant en goed om het eens duidelijk naast elkaar te hebben en een duidelijk overzicht te hebben.
Bedenkingen praktijk	24.2	Ook wel meteen mijn bedenkingen over hoe het nu allemaal in de praktijk zou lopen, maar dat is met alles.
Meer uitleg, concrete informatie	24.3	Meer uitleg, ik had er al wel van gehoord en ik weet ongeveer wel wat er bestaat. Dit was heel vaag voorheen dus ik kon mensen nog niet echt op weg helpen. Echt concrete informatie had ik daarvoor niet.
Info doorgeven aan patiënten	24.4	Ja ik kan nu concretere info doorgeven aan patiënten.
Zelf stappen ondernemen adhv boekje	24.5	Ik weet nu ook zelf beter welke stappen we kunnen ondernemen, ik zal dan wel het boekje er bij nemen.
Aansturing is taak ergo, maar momenteel gebeurd dit te weinig	24.6	Ik denk dat wij als ergotherapeut zeker die persoon zijn, maar ik vrees dat wij ons niet genoeg profileren om het te doen. Er wordt te gemakkelijk gezegd 'wacht er nog maar even mee we gaan ons eerst met de revalidatie bezig houden.' Mensen zijn hier vaak heel acuut en er wordt dan wel gesproken over arbeid maar dan laten we dit liggen. Ik denk dat we dit niet zo gemakkelijk naast ons mogen neerleggen.
Er is meer aandacht voor	24.7	Ik voel wel dat ze er meer mee bezig zijn.
Ja, maar aansporing van directie komen	24.8	Ik vind van wel, we proberen zelf stappen te zetten, maar het zou eigenlijk meer van hogerhand moeten komen, dus meer van de directie.
In kaart brengen wat iemand kan = taak ergo	24.9	Ik denk dat samenwerking heel interessant is. Wij kunnen duidelijk in kaart brengen wat iemand fysiek kan. De ergotherapeuten kunnen daar goed een beeld van weergeven.
Lagere drempel	24.10	Als er rechtstreeks contact is dan zal de drempel voor onze patiënten ook lager zijn.
Functioneren in kaart brengen	24.11	Functioneren in kaart brengen,
Arbeidspostaanpassingen	24.12	Nadenken over arbeidspostaanpassingen,
Info ergonomie	24.13	Info geven over ergonomie

Kennis over elkaar, communicatie	24.14	Meer duidelijkheid over wat iedereen doet. Het is eigenlijk toch belachelijk dat wij niet wisten wat VDAB allemaal doet. Ook meer duidelijk naar jullie toe over wat wij doen. Communicatie zal dus zeer belangrijk zijn.
Meer functioneren onderzoeken	24.15	Duidelijk onderzoeken wie wat kan en wie kan gaan werken zal ook nodig zijn. Er mag niet zomaar afgegaan worden op het verhaal van mensen.
Financiële tegemoetkoming voor patiënt met beperking	24.16	De verhoudingen tussen niet kunnen werken en wel kunnen werken en financiële tegemoetkoming moet interessant zijn. Soms is het voordeliger om thuis te blijven en dat zou niet mogen.
Nomenclatuur arbeidsre-integratie	24.17	Ook het financiële hier zal belangrijk zijn. In de nomenclatuur zouden ook zaken moeten veranderen zodat ergotherapeutisch advies rond arbeidsre-integratie mogelijk wordt. Een nomenclatuur specifiek gericht op arbeid zou dus niet slecht zijn.

Bijlage 15: Voorlopige tabel na ordening labels (stap 2 thema-analyse)

LABELS CHRONOLOGISCH NAAR INTERVIEWSHEMA	
Grote bron van info/ veel informatie/nieuwe info (5)	
Complex /ingewikkeld (4)	
Opleiding ergo weinig info blijkt nu	
Goede oprissing (5)	
Duidelijker beeld (4)	
Verrast (2)	
Interessant (4)	
Goede/duidelijke uitleg (7)	
Gespecialiseerd en gedetailleerd	
Mooi gegeven	
Moet meer gebruik worden	
Blij	
Hoe samenwerken?	
Meteen linken aan patiënten (3)	
Te oude populaties	
Moeilijk voor leken	
Mensen moeten wel willen werken	
Bedenkingen praktijk (2)	
	Nieuwe kennis (23)
trajectbegeleiding/ aanbod werkzoekenden (3)	
Aanbod werknemers (2)	
GOB (2)	
GTB (2)	
Loopbaanbegeleiding (3)	
Maatregelen (9)	
Voordelen werknemer en werkgever	
Mogelijkheden verschillende instanties (4)	
Verandering in maatwerk	
Duidelijk wie heeft waar recht op	
Globaal nieuwe info (10)	
	Nuancering bestaande kennis (6)
Toelichting partners (2)	
Meer gestructureerd /duidelijk (4)	
	Gebruik van nieuwe kennis (29)
Informeren en op weg helpen/doorverwijzen (20)	
Juiste papieren meegeven /invullen (2)	
Vrijwilligerswerk opstarten	
Inschakelen begeleidingsinstanties	
Meer inspelen op arbeidsvragen	
Doelgericht werken	
patiënten gerust stellen	
Opvolgen	
Profileren van de ergotherapeut (2)	
Doelgroepen rangschikken	
Contactpersonen raadplegen (3)	
Zelf opzoeken en stappen ondernemen adhv boekje (2)	

Vooral voor ambulante patiënten (2)	
Rug en nekpatiënten	
Jonge populatie	
	Huidige drempels
wetgeving	
We mogen niet buiten	
Vragen over mutualiteiten	
Faalangst jonge ergotherapeuten	
Moment voor opstart moeilijk in te schatten	
Moeilijk in te schatten wie door te sturen (2)	
te weinig tijd (4)	
	Interprofessioneel aansturen van kennis taak van ergo? (27)
Communicatie naar collega's/informatie delen met team/vragen beantwoorden (6)	
Arbeidsgegevens bespreken op teamvergadering (7)	
Verslagen maken over arbeidsvaardigheden op vraag van teamleden (3)	
Artsen adviseren /contact aangaan met artsen (5)	
Samenspraak met andere disciplines (3)	
Samenspraak met kinesisten	
Samenspraak sociale dienst (4)	
Samenspraak psychologe	
Sociaal assistente zet concrete stappen/ taak sociale dienst (2)	
	Verruiming beeld van de mogelijkheden (21)
Zoeken naar interesses en mogelijkheden via GOB	
Concrete maatregelen die mensen aan het werk krijgen	
Zet aan tot nadenken over arbeidsvragen/terugdenken aan patiënten (9)	
Positief beeld tov werkgevers	
Meer taken voor de ergotherapeut	
Integratie is belangrijk	
Meer tussenoplossingen tussen niet werken en wel werken	
Mogelijkheden jonge populatie	
	Nuancering van percepties (6)
Duidelijker beeld (4)	
Er is meer aandacht voor (2)	
	Niet veranderd (2)
Nog te weinig kennis	
Meer info	
	Wens naar samenwerking
Positief : Ja/nuttig/beter/goed (29)	

	voordelen aan samenwerking
Tussenweg binnen VDAB	
Rechtstreekse contactpersonen (2)	
Band opbouwen met contactpersonen	
Meer patiënten helpen/meerwaarde patiënten (3)	
Meerwaarde voor het team	
Meerwaarde beroep ergotherapie	
Snellere dienstverlening (4)	
Patiënten komen goed terecht	
Leren van elkaar/informatie uitwisselen (10)	
Begeleiding van buitenaf	
Juistere doorverwijzing (5)	
Lagere drempel (2)	
Groter aanbod	
Patiënt gericht werken (2)	
Opvolging mogelijk	
Rugschool (2)	
Pijnkliniek (2)	
Neurologie	
	Huidige drempels
Te weinig info over elkaar	
Geen nomenclatuur in het systeem	
Moeilijke populatie <ul style="list-style-type: none"> • multicultureel • zeer chronisch 	
Wisselende frequenties	
Geen aansporing vanuit directie en artsen (3)	
	Taken van de ergo vanuit revalidatie
Trainingen (16) <ul style="list-style-type: none"> • concentratietraining • gewrichtsbesparende technieken • ergonomisch advies (3) • energiebesparing/activiteitenweger(2) • arbeidstaken inoefenen (13) • gebruiken van hulpmiddelen • omgaan met pijn 	
Kennis aanpassingen omgeving en hulpmiddelen gebruiken (2)	
Intake uitbreiding arbeid/arbeidstaken bevragen (3)	
Assessment/anamnese (5)	
Dossiers doorgeven (3)	
Informereren/opstarten (2)	
Opvolging stages	
Opvolgen trajectbegeleiding	
Vorbereidende papieren invullen /vragenlijsten (2)	
Werkplekbezoek zou ideaal zijn, geen ruimte voor (5)	

	Noden om arbeidsre-integratie te optimaliseren en samenwerking mogelijk te maken?
Meer tijd (12)	
Meer middelen(4) <ul style="list-style-type: none"> • personeel (2) • materiaal (1) • ruimte werkplekbezoek (zie hierboven) 	
Rechtstreekse contacten (5)	
Bezoek re-integratiediensten op de revalidatie/consultaties (4)	
Kennis over elkaar (3)	
Meer ergotherapeuten als trajectbegeleiders	
Meer contact tussen alle partijen /uitwisseling (2)	
Meer basiskennis bij re-integratiediensten	
Vertrouwen in elkaar	
Structuur/duidelijkheid (2)	
Vlotte communicatie (6)	
Vlotte doorgang/toegankelijker (4)	
Meer feedback (2)	
Opmerking : verandering wet van privacy	
Uniformiteit tussen diensten	
Bijscholing /opleiding/contactmomenten (4)	
Mogelijkheden meer verspreiden /bekendheid (4)	
Overleg en aansturing artsen (2)	
Toegevingen werkgevers en werknemers	
Positieve visies collega's	
Wettelijk kader /nomenclatuur (5)	
Financiële tegemoetkoming voor patiënt	
Eenvoudige info voor patiënten	
Meer in kaart brengen van het functioneren	
Subsidies voor werkgevers moeten blijven bestaan	
Motivatie patiënt aanwezig	
Al starten vanuit revalidatie	

Bijlage 16: Definitieve tabel na structureren en bepalen van subthema's en kernthema's (stap 4 en 5 thema-analyse)

LABELS	SUBTHEMA	KERN THEMA
Educatie vorm/inhoud <ul style="list-style-type: none"> • grote bron van info/veel nieuwe informatie (5) • goede duidelijke uitleg/duidelijk beeld (10) • complexe materie (4) 	/	REACTIES
Leerervaring (meer persoonlijk) <ul style="list-style-type: none"> • goede opfrissing (5) • verrassend (2) • interessant (4) • blij • mooi gegeven • meteen linken aan patiënten • moet meer gebruikt worden 	/	
Kritische opmerkingen <ul style="list-style-type: none"> • mensen moeten wel willen werken • bedenkingen praktijk (2) • hoe samenwerken? 	/	
Nieuwe kennis (23) <ul style="list-style-type: none"> • globaal nieuwe info (10) • maatregelen (9) • GTB (2) • GOB (2) • trajectbegeleiding/aanbod werkzoekenden (2) • aanbod werknemers (2) • loopbaanbegeleiding (3) • mogelijkheden verschillende instanties (4) 	1. Verwerving van kennis	KENNIS
Nuancering bestaande kennis (6) <ul style="list-style-type: none"> • toelichting partners (2) • meer gestructureerd/duidelijk (4) 		
	2. Gebruik van nieuwe kennis (29)	
Wat doen met nieuwe kennis? <ul style="list-style-type: none"> • informeren/opstarten/doorverwijzen (20) • contactpersonen raadplegen (3) • profileren van de ergotherapeut • juister papieren meegeven en invullen 		
Voor welke patiënten?		

<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante patiënten/dagrevalidatie (2) • rug en nekpatiënten • jonge populatie (2) 		
<ul style="list-style-type: none"> • geen tijd (4) • wetgeving/nomenclatuur • we mogen niet buiten het ziekenhuis • moment voor opstart is moeilijk in te schatten • moeilijk in te schatten wie doorgestuurd kan worden (2) • onduidelijkheid rol mutualiteit • faalangst jonge ergotherapeuten 	3. Huidige drempels	
<p>JA (27)</p> <ul style="list-style-type: none"> • communiceren naar collega's/informeren/vragen beantwoorden (6) • arbeidsgegevens bespreken op teamvergadering(7) • artsen adviseren/contact aangaan met artsen (5) • steeds in samenspraak met andere disciplines (9) • sociale dienst (4) • kinesisten • psychologe 	4. Inter-professioneel aansturen taak van de ergo?	
<p>Neen (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • meer de taak van sociale dienst, zij zetten concrete stappen 		
<p>Verruiming beeld van de mogelijkheden (21)</p> <ul style="list-style-type: none"> • zet aan tot nadenken over arbeidsvragen/terugdenken aan patiënten(9) • integratie is belangrijk en we moeten er mee doen • meer tussenoplossingen tussen werken en niet werken • meer taken voor de ergotherapeut • positief beeld tov werkgevers 		PERCEPTIES
<p>Nuancering van percepties (6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • duidelijker beeld (4) • er is meer aandacht voor (2) 		
<p>Niet veranderd (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • nog te weinig kennis • gewoon meer info 		
<p>Aanwezig (29)</p>	1. Wens naar samenwerking	VISIES SAMEN- WERKING
<ul style="list-style-type: none"> • leren van elkaar/informatie uitwisseling (10) • juistere doorverwijzing (5) 	2. Voordelen van samenwerking	

<ul style="list-style-type: none"> • snellere dienstverlening (4) • lagere drempel (2) • patiënt gericht werken (2) • opvolging mogelijk 		
<ul style="list-style-type: none"> ➔ samenwerking is zowel meerwaarde voor : <ul style="list-style-type: none"> • patiënt (3) • beroep ergotherapie • team 		
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Samenwerking is vooral nuttig op volgende afdelingen: <ul style="list-style-type: none"> • rugschool (3) • pijnkliniek (2) • neurologie 		
<ul style="list-style-type: none"> • geen aansporing van hogerop (directie/artsen) (3) • te weinig info over elkaar • geen nomenclatuur • moeilijke populatie (multicultureel, zeer chronisch) • wisselende frequenties arbeidsvragen 	3. Huidige drempels	
<ul style="list-style-type: none"> • Intake/arbeidsstaken bevragen (3) • assessment (5) • dossiers opstellen en doorgeven (3) • trainingen (16) <ul style="list-style-type: none"> ○ arbeidstaken inoefenen (13) ○ ergonomisch advies (3) ○ energiebesparing/activiteitenweger (3) ○ gebruiken van hulpmiddelen ○ omgaan met pijn ○ gewrichtsbesparende technieken ○ concentratietraining • kennis rond aanpassingen en hulpmiddelen gebruiken • stages opvolgen • trajecten opvolgen • werkplekbezoek zou ideaal zijn maar daar is geen ruimte voor (5) 	4. Taken van de ergotherapeut binnen revalidatie	
Tijd (12)	5. Noden om samenwerking mogelijk te maken en arbeidsre-integratie te optimaliseren?	
Middelen (9) <ul style="list-style-type: none"> • personeel (2) • materiaal (1) • ruimte voor werkplekbezoeken (5) • uitgebreider in kaart brengen functioneren (1) 		

Communicatie/kennis over elkaar/informatie uitwisseling (13) <ul style="list-style-type: none"> • rechtstreekse contacten (5) • consultaties (4) • eenvoudige info voor patiënten (1) 		
Verspreiden mogelijkheden en instanties (4) → bijscholing/opleiding (4)		
Veranderingen in re-integratiediensten zelf <ul style="list-style-type: none"> • uniformiteit (1) • toegankelijkheid (4) • structuur/duidelijkheid (2) • meer basiskennis • meer ergotherapeuten als trajectbegeleiders 		
Financiële aspect <ul style="list-style-type: none"> • nomenclatuur (5) • financieel interessante toestand voor werknemer met een beperking • subsidies voor werkgevers moeten blijven bestaan 		
Overleg en aansturing artsen		
Werkgerelateerd <ul style="list-style-type: none"> • toegevingen zowel werknemer als werkgever • positieve visies van collega's • motivatie werknemer 		