

Samenwerken met... de ergotherapeut

Na een carrière in het ziekenhuis startte ergotherapeut **PATRICIA VERSTRATEN** haar eigen praktijk. Ze werkte al samen met diëtisten, maar de koppeling aan een diëtist voor het TrEAT-onderzoek bij kwetsbare ouderen met dementie maakte het voor haar nog duidelijker: deze samenwerking biedt iedereen zó veel meer.

WAT VOOR SOORT PRAKTIJK HEB JE?

"Vier jaar geleden ben ik mijn eigen praktijk begonnen. Ik wilde mijn beroep (dichter) bij de mensen thuis uitoefenen, dáár waar het dagelijks handelen plaatsvindt. Ook vond ik ergotherapie in Noordoost-Brabant in de eerste lijn te onzichtbaar. Het voelde als mijn missie om daar verandering in te brengen. Mijn passie is de ouder wordende mens. De praktijk heeft inmiddels vier ergotherapeuten en is gehuisvest in een gezondheidscentrum. We werken samen met onder andere fysiotherapeuten, logopedisten, diëtisten, POH'ers, psychologen, de gemeente en casemanagers dementie."

WELKE TYPEN PATIËNTEN KOMEN BIJ JULLIE?

"Ik ben EDOMAH*-ergotherapeut en gespecialiseerd in ouderdomsproblematiek, vooral mensen met dementie en hun mantelzorgers. Ik heb ook meegeschreven aan de EDOMAH-richtlijn die in boekvorm is uitgebracht."



Daarnaast zie ik mensen met reumatische, neurologische en oncologische aandoeningen. En mensen met coronaklachten. Want toen ik met de praktijk begon, brak het coronavirus uit in Nederland. Dat beslaat nog steeds zo'n veertig procent van mijn cliënten."

WAT IS JE ERVARING MET DIËTISTEN?

"Ik had in het Radboudumc al goede ervaringen met diëtisten, bijvoorbeeld bij patiënten met hoofd-halskanker. Vooral de nadruk op eiwitten was voor mij een *eye-opener*. In de eerste lijn moest deze onderlinge samenwerking wel even op gang komen."

Ergotherapeuten hebben natuurlijk ook te maken met de voedingsaangelegenheden in het dagelijks leven, maar ik dacht daarbij gek genoeg niet altijd onmiddellijk aan een diëtist."

WAT ZIJN DE RAAKVLAKKEN ?

"Gedragsverandering is zowel voor diëtisten als voor ons belangrijk. Maar daar gaat veel aan vooraf, en dat brengen

wij zeer uitgebreid in kaart: de handlingshistorie, het omgaan met belemmeringen, de mogelijkheden, wensen, motivatie en interesses van de patiënt en mantelzorger. Maar ook de belasting én de belastbaarheid van de patiënt. Als je weet in welke fase van gedragsverandering iemand zit, kan je daar als therapeut op aansluiten. Pas dan kan gedragsverandering tot stand komen. Een uitdaging hierbij is om je 'reparatiereflex' te onderdrukken."

JE 'REPARATIREFLEX'?

"Wij zorgverleners willen vaak snel met een oplossing komen. Maar negen van de tien keer sla je de plank mis, en dan voel je de weerstand bij de cliënt. Je moet eerst met iemand *levelen*, naast iemand gaan staan. Nog niet zelf bewegen. Het grootste compliment dat je kunt krijgen na een eerste bezoek, is als iemand zegt: 'Hè, wat hebben we gezellig gepraat.'"

EN HOE KWAM JE BIJ TREAT?

"Toen Emmelyne Vasse startte met haar onderzoek (zie pagina 6) vroeg ze of ik daaraan wilde meewerken, ook vanwege mijn EDOMAH-specialisatie. Maar ik werkte destijds nog in het ziekenhuis en kon daar vanuit de praktijk niet zo veel aan bijdragen. Toen ben ik coach geworden van de ergo-diëtistenkoppels. Later, toen ik startte met mijn eigen praktijk, heb ik voor het onderzoek zelf een koppel gevormd met diëtist Isabelle Isarin."

HOE ZAG DIE SAMENWERKING ERUIT?

"Volgens het TrEAT-protocol gingen we samen we op huisbezoek bij onze patiënten: een kijkje nemen in elkaars keuken. We hadden soms gezamenlijke, maar ook afzonderlijke consulten. Vervolgens hadden we veel contact online of via Siilo. Voor elke patiënt hielden we een werkdocument bij waarin we alle gegevens noteerden. Op die manier schep je een volledig beeld en vul je elkaar mooi aan. Zo zijn we er bijvoorbeeld achter gekomen dat een gezamenlijke intake niet efficiënt werkt; daarvoor heb je toch allebei te veel je eigen insteek."

WAT VIEL VERDER OP?

"Het viel Isabelle op dat ik vaak eerst een gesprek voerde



DIËTIST
ISABELLE ISARIN:

"Door mee te kijken kreeg ik pas echt een goede indruk van wat de ergotherapeut doet en hoe dat aansluit op mijn eigen behandeling"

met cliënt en mantelzorger, voordat er een observatie plaatsvond. En ik vond haar juist zo enorm doortastend. Ze zei al vrij snel tegen een patiënt: 'Mag ik even in de koelkast kijken?'. Dat verbaasde mij. Later realiseerde ik me: jullie hebben maar drie uren die vergoed worden door de zorgverzekering, wij tien; dat is een enorm verschil! Ze belde ook à la minute met de thuiszorg om dingen te regelen. Superpraktisch, dat doe ik nu ook vaker."

HEB JE TIPS?

"We moeten elkaars discipline beter leren kennen. Daardoor weet je ook beter van elkaar wanneer je de ander in kan schakelen. Dus zoek elkaar op, praat met elkaar, loop eens met elkaar mee. Deze tijdsinvestering betaalt zich later terug in een fijne en efficiënte samenwerking. Denk al in een vroeg stadium aan elkaar. Er hoeft dan nog niet eens een probleem te zijn. Als je als diëtist vermoedt dat er cognitieve klachten zijn, denk dan aan een ergotherapeut. En als je als ergotherapeut een cliënt met dementie veel zoetigheid ziet snaaien, klopt dan aan bij de diëtist."

WAT ZIJN JE WENSEN?

"Om te beginnen wil ik ervoor pleiten dat diëtetiek uitgebreid wordt in het basispakket van de zorgverzekering. Drie uur is echt veel te weinig! Verder moet samenwerking in de eerste lijn veel beter overkoepelend geregeld worden; met meer mogelijkheden voor regionale samenwerking. Want het hangt nu nog van de specialisten af of je elkaar weet te vinden. Door samen te werken, word je ook zichtbaarder voor andere betrokkenen (cliënten en hulpverleners). En verder vind ik dat je indirecte tijd ook moet kunnen declareren. Gebrek daaraan weerhoudt disciplines er nu vaak van om tijd in overleg en kennismaken te steken. Daarmee laten we gouden kansen liggen."

AUTEUR

WENDY VAN KONINGSBRUGGEN

Zie ook het interview op pagina 6

* Ergotherapie bij ouderen met Dementie en hun Mantelzorgers aan Huis. www.edomah.nl