

EERSTELIJNS ERGOTHERAPIE ALS NAZORG

Een pilot-study bij het VU ziekenhuis

Laurine van der Does de Willebois, Margot Fleuren, Anke Heysman
en Dirk Wijkel*

Samenvatting

In dit artikel wordt verslag gedaan van de eerste fase van het deelproject 'ergotherapie in de eerste lijn', waarin ervaring is opgedaan met deze vorm van hulpverlening. Aan alle patiënten die volgens het behandelend team in aanmerking kwamen voor ergotherapie in de eerste lijn, werd vanaf juli 1987 tot augustus 1988 deze mogelijkheid aangeboden.

Uiteraard kan op dit moment nog geen antwoord geformuleerd worden op de bovengenoemde veronderstellingen van het deelproject. De informatie die tijdens de eerste fase van het project is verzameld kan evenwel inzicht geven in de indicatiestelling voor ergotherapeutische nazorg in de thuissituatie. Ook over de belemmeringen voor ergotherapie thuis zijn gegevens beschikbaar.

Een ander onderdeel van dit artikel betreft de vraag aan welke aspecten van de hulpverlening de ergotherapeute tijd heeft besteed, bij de patiënten die daadwerkelijk in de eerste lijn zijn behandeld.

INLEIDING

Ergotherapie als verstreking in de thuissituatie wordt van verschillende kanten als een belangrijke toevoeging aan de behandel mogelijkheden in de thuiszorg gezien (Inzet, 1988).

Ergotherapie is een paramedisch beroep dat zich ter doel stelt de hulpvrager in staat te stellen zo zelfstandig mogelijk te functioneren in woon-, leef- en werkomstandigheden. De afgelopen jaren zijn een aantal experimenten gestart, waarin de ergotherapeut bij de patiënt thuis kwam. Deze experimenten hebben laten zien dat ergotherapie thuis duidelijk in een behoefte voorziet (Nationale Kruisvereniging, 1988; van Trigt, 1989).

Binnen de discussie die momenteel gaande is over de vraag of deze hulpverlening al of niet in het ziekenfondspakket kan worden opgenomen spelen twee vragen een belangrijke rol. De eerste vraag is of ergotherapie in de eerste lijn past in het substitutiebeleid en tot besparingen leidt. De tweede vraag betreft de organisatorische inbedding van de eerstelijns ergotherapeuten. Moeten deze hulpverleners in dienst genomen worden door een eerstelijnsorganisatie, bijvoorbeeld een kruisorganisatie of een tweedelijnsorganisatie, of moeten ze zich net als fysiotherapeuten zelfstandig kunnen vestigen (Inzet, 1988).

Vanuit het VU ziekenhuis wordt momenteel in het kader van het project 'Samenwerking 1e-2e lijn' ergotherapie als nazorg thuis aangeboden. Het project 'Samenwerking 1e-

2e lijn' heeft als doelstelling, te bevorderen dat de patiënt hulp geboden wordt in dat echelon dat het beste aansluit bij de op dat moment bestaande problematiek van de patiënt.

In verschillende deelprojecten wordt een verbetering van de zorgverlening nagestreefd, met samenwerking als middel om de doelstellingen te bereiken. Behalve de ontwikkeling van samenwerkingsmodellen, protocollen e.d. worden de deelprojecten via wetenschappelijk opgezet onderzoek geëvalueerd. Een onderdeel daarvan, namelijk de mogelijke effecten in termen van kwaliteit van zorg, substitutie en kosten wordt uitgevoerd in samenwerking met het NIVEL.

Het deelproject 'ergotherapie in de eerste lijn' houdt in, dat patiënten van afdelingen neurologie en heelkunde/vaatchirurgie, die tijdens hun opname door de afdeling ergotherapie worden behandeld, de mogelijkheid geboden wordt deze behandeling na ontslag uit het VU ziekenhuis thuis voort te zetten. Op deze manier verwacht men dat voor een deel van de patiënten opname in een verpleeghuis of revalidatiecentrum kan worden voorkomen of uitgesteld en recidieve opnamen minder of later plaatsvinden.

Door de initiatiefnemers van het project wordt verondersteld dat de behandeling thuis op zijn minst evengoed, maar wellicht adequater en doelgerichter is voor een (nader te onderzoeken) specifieke groep patiënten dan in een intramurale setting.

Door de stationering van de eerstelijns ergotherapeute bij de afdeling ergotherapie van het ziekenhuis zou een optimale aansluiting tussen ziekenhuis en thuis gewaarborgd kunnen worden.

DE VOORSTUDIE

Voorafgaand aan het feitelijk onderzoek, waarin de effecten van ergotherapie via een onderzoeksopzet volgens principes van de Randomised Controlled Trial worden onderzocht, is gedurende een periode van dertien maanden ervaring opgedaan met ergotherapeutische nazorg. Aan alle patiënten die volgens het behandelend team daarvoor in aanmerking kwamen werd daadwerkelijk die mogelijkheid geboden (zonder randomisering). Het VU ziekenhuis verleent eveneens poliklinische ergotherapeutische hulp, maar voor dit project is een half-time ergotherapeute specifiek voor ergotherapiebehandeling thuis aangesteld. Gedeeltelijk voorafgaand, maar ook tijdens deze voorstudie werden te gebruiken registratieformulieren opgesteld en uitgetest. Dat houdt in, dat van de patiënten die tijdens de voorstudie werden beoordeeld op de mogelijkheid van ergotherapeutische nazorg thuis een (beperkt)

*Laurine van der Does de Willebois, VU ziekenhuis
Margot Fleuren, VU ziekenhuis
Anke Heysman, VU ziekenhuis
Dirk Wijkel, NIVEL

aantal gegevens beschikbaar zijn.

Van alle patiënten die door de afdeling ergotherapie tijdens hun opname zijn behandeld zijn een aantal basisgegevens beschikbaar alsmede de overwegingen die bij de beslissing over de gewenste nazorg een rol hebben gespeeld.

Van de patiënten die door de ergotherapeute thuis zijn behandeld heeft de ergotherapeute geregistreerd hoeveel tijd ze aan verschillende aspecten van zorg besteed heeft. Ook is geregistreerd met welke hulpverleners overleg is gepleegd over de behandeling thuis.

RESULTATEN

ACHTERGRONDKENMERKEN

Aan de hand van een vragenlijst werden gegevens verkregen van alle patiënten wat betreft de volgende achtergrondkenmerken: geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm, gezinssituatie, woonsituatie en hulpmogelijkheden thuis. Deze gegevens werden door de ergotherapeut samen met de patiënt ingevuld. Deze kenmerken zijn met name relevant om te vergelijken of de patiënten met verschillende nazorgbestemmingen van elkaar verschillen wat betreft deze kenmerken. Dit blijkt echter nauwelijks het geval te zijn.

De groep die poliklinisch nabehandeld werd blijkt, met een

gemiddelde leeftijd van 62 jaar, iets jonger te zijn dan de rest. De gemiddelde leeftijd van de eerstelijns groep, de tweedelijns groep en zij die geen ergotherapie nabehandeling kregen is respectievelijk 72, 71 en 73 jaar.

Wat betreft de hulp die de patiënten thuis hebben van familie of burens blijkt er wel een verschil te bestaan tussen de vier groepen: de groep die eerstelijns ergotherapie krijgt, heeft relatief meer hulpmogelijkheden thuis.

De achtergrondkenmerken van alle in het onderzoek betrokken patiënten staan vermeld in tabel 1.

In totaal namen 131 patiënten deel aan het onderzoek. Van deze patiënten was 85.5% afkomstig van de afdeling neurologie en 14.5% van de afdeling heekunde/vaatchirurgie.

Van de 131 patiënten kreeg uiteindelijk 25.2% ergotherapie in de eerste lijn, 6.1% kreeg poliklinische ergotherapie of dagbehandeling bij een revalidatiecentrum, 48.1% werd ontslagen naar een verpleeghuis of revalidatiecentrum en kreeg aldaar ergotherapie, tot slot bleek bij 20.6% van de patiënten geen ergotherapie nabehandeling meer nodig te zijn.

Aanvullende gegevens als opnameduur, diagnose, functiestoornissen van de patiënt en redenen voor ergotherapie in de eerste of de tweede lijn, werden door de ergotherapeut (soms door het behandelend team) kort voor ontslag uit het ziekenhuis ingevuld.

		freq.	perc.	totaal
geslacht	man	67	51.1	100.0
	vrouw	64	48.9	
verzekering	ziekenfonds	76	58.0	100.0
	particulier	55	42.0	
gezinssituatie	gehuwd/samenw.	76	58.0	100.0
	alleenwonend	50	38.2	
	samenw. anders	5	3.8	
woonsituatie	eensgezinswoning	31	23.8	100.0
	etagewoning	88	67.7	
	bej. woning/ser-	11	8.5	
	viceflat/verz. huis			
hulpmogelijkheden thuis	ja	80	62.5	100.0
	nee	45	37.5	
ziekenhuisafdeling	neurologie	112	85.5	100.0
	heelk./vaatchirurgie	19	14.5	
nabehandeling ergotherapie	eerste lijn	33	25.2	100.0
	poliklin./dagbeh.	8	6.1	
	verpl. huis/rev.cent.	63	48.1	
	geen	27	20.6	

Tabel 1 Achtergrondkenmerken en soort nabehandeling van alle patiënten die ergotherapiebehandeling in het ziekenhuis kregen uit de regio Amsterdam.

De opnameduur in het VU ziekenhuis blijkt voor de groepen verschillend te zijn. Voor de groep die geen ergotherapie na ontslag kreeg is de opnameduur met een gemiddelde van 29 dagen (sd = 27) het laagst. Voor de groepen die eerstelijns en poliklinisch ergotherapie kregen is de gemiddelde opnameduur respectievelijk 40 en 44 dagen (sd = 46 resp. 26). Zij die in de tweede lijn ergotherapie kregen lagen het langst in het ziekenhuis. De gemiddelde opnameduur voor deze groep patiënten is 61 dagen (sd = 36). Op basis van deze gegevens kunnen geen conclusies worden getrokken over besparing van tijd in opnameduur.

De patiënten waren immers geselecteerd op ernst van de aandoening en de mogelijkheid thuis behandeld te kunnen worden.

MEDISCHE GEGEVENS

Wat betreft de diagnoses blijkt een 'cerebro vasculair accident' in de onderzochte populatie zeer vaak voor te komen. Bij 63% van de patiënten werd dit als eerste diagnose gesteld. Bij 13% van de patiënten is de eerste diagnose een amputatie en bij 8% werd als eerste diagnose 'overige neurologische ziektebeelden' geconstateerd. Overige diagnoses werden bij slechts enkele patiënten geconstateerd. De patiënten met een CVA en vooral met een amputatie blijken iets vaker voor nazorg en revalidatie naar de tweede lijn verwezen te worden dan patiënten met

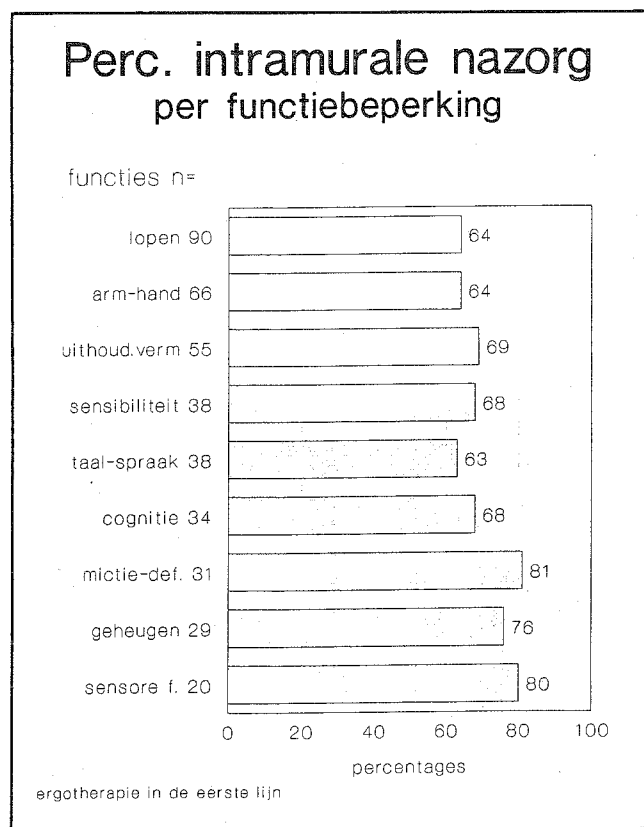
een andere diagnose (zie tabel 2). Patiënten met nog een tweede en/of een derde diagnose, waren evenredig over de vier onderscheiden groepen verdeeld.

Meer nog dan de diagnose is voor de ergotherapie de vraag van belang of de patiënt bepaalde functiestoornissen heeft. Voor vrijwel alle functiestoornissen waarover informatie is verzameld blijkt dat wanneer zo'n stoornis (duidelijk) aanwezig is, de patiënt vaker in aanmerking komt voor intramurale behandeling. Stoornissen in 'taal of spraak', het 'geheugen en/of concentratievermogen', blijken als op zichzelfstaande stoornis geen belemmering voor nazorg thuis te zijn (figuur 1). Dat blijkt wel het geval te zijn bij 'stoornissen in mictie-defaecatie' of 'sensore functies'. Minder dan een kwart van de onderzochte patiënten heeft overigens zo'n stoornis.

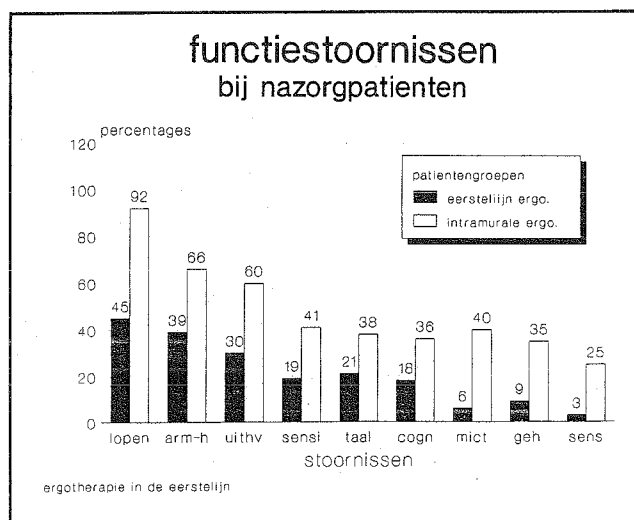
In figuur 2 is weergegeven hoe vaak de verschillende stoornissen in twee groepen nazorgpatiënten voorkomen. De figuur geeft in feite het zorgprofiel weer van de twee patiëntengroepen. Bij de meeste stoornissen is het percentage bij de tweedelijnspatiënten ongeveer het dubbele van percentages in de eerste lijn. De stoornissen in arm-hand functies komen verhoudingsgewijs bij de eerstelijns groep heel veel voor; stoornissen in mictie/defaecatie geheugen en sensore functies weinig.

In absolute zin blijken de meest voorkomende stoornissen bij de groep eerstelijnspatiënten stoornissen in het lopen (45%) en stoornissen in de arm-hand functie te zijn (39%). Ook is gekeken welke factoren van doorslaggevend betekenis zijn bij de verwijsbeslissing voor nabehandeling. Dit gegeven is echter maar voor 74 patiënten geregistreerd. Bij 11 patiënten die door de eerstelijns ergotherapeute zijn behandeld en 47 patiënten die naar de tweede lijn zijn verwezen is dit gegeven bekend. Per patiënt konden meerdere factoren worden aangegeven.

Vergelijken we deze twee groepen, dan blijkt de aard van de handicap en de intensieve nabehandeling die de patiënt



figuur 1.

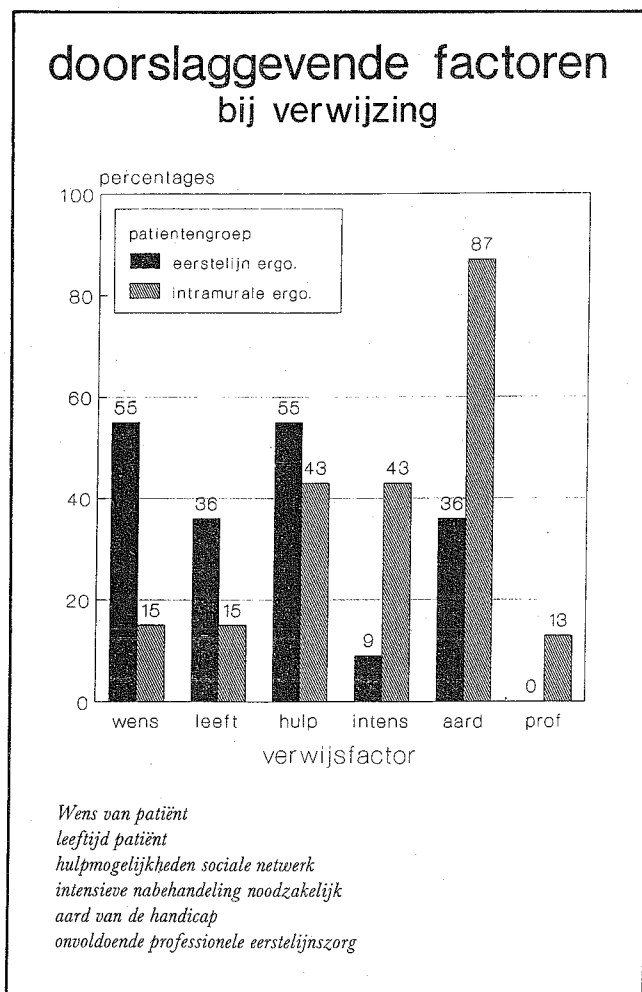


figuur 2.

krijgt relatief vaker de doorslag te geven bij de groep patiënten die naar de tweede lijn wordt verwezen. De wens van de patiënt en de hulpmogelijkheden thuis blijkt relatief vaker een doorslaggevend factor te zijn bij de groep die thuis ergotherapie krijgt (zie figuur 3).

DE BEHANDELING THUIS

Van de 33 patiënten die volgens het behandelend team voor ergotherapie in de eerste lijn in aanmerking kwamen



figuur 3

kregen er uiteindelijk 31 ergotherapie aan huis. De gezondheidstoestand van één patiënt verslechterde dermate dat alsnog werd besloten tot opname in een revalidatiecentrum/verpleeghuis en één patiënt weigerde ergotherapiebehandeling.

Van alle behandelingen werd een uitgebreide tijdregistratie bijgehouden. In totaal werden 390 behandelingen gegeven; gemiddeld ontving elke patiënt 12.6 behandelingen (sd = 14.1), welke gemiddeld bijna drie kwartier in beslag namen. Van deze behandelingen vond 84.4% thuis plaats en 15.6% elders, bijvoorbeeld in het ziekenhuis. (Betreft vooral het eerste contact met de patiënt).

Uit het verslag van de eerstelijns ergotherapeut blijkt dat de mogelijkheid van ergotherapie aan huis veel voordelen biedt boven behandeling in een instelling. Zo blijkt dat de confrontatie met de thuissituatie voor patiënt en directe omgeving vaak concreet maakt waaraan nog gewerkt moet worden om de zelfredzaamheid thuis te vergroten. Dit houdt in dat patiënt en directe omgeving veelal zelf verantwoordelijk zijn voor het behandelproces en zelf activiteiten aandragen waaraan geoefend moet worden. De ergotherapeut bepaalt de inhoud en wijze waarop geoefend wordt. Dagelijkse activiteiten zoals het functioneren in keuken, badkamer en het verplaatsen in de woning leveren concrete therapeutische oefensituaties op. Hulpmiddelen en aanpassingen kunnen vaak thuis beter uitprobeerde en geadviseerd worden. Uiteindelijk moet het geleerde thuis zijn beslag krijgen. Eveneens blijkt dat verschillende huistuin- en keukenmaterialen zoals knijpers, klok, WC-rolletjes geschikt zijn om als therapiemateriaal te gebruiken. Dit stimuleert de patiënten om ook buiten therapietijden om te oefenen.

Slechts een enkele keer was het nodig dat de ergotherapeut terugviel op de outillage van de afdeling ergotherapie van het VU ziekenhuis.

Naast bovengenoemde aspecten heeft ook de aanwezigheid

Diagnose	Ergotherapie nazorg			geen ergother.	
	1e lijn	2e lijn	poli	nazorg	n
CVA	24%	54%	5%	17%	83
amputatie	12%	71%	6%	12%	17
overige zenuwziekten	30%	30%	0%	40%	10
overig	38%	14%	14%	33%	21
Totaal	25%	48%	6%	21%	131

($p < .05$, chi-kwadraat toets)

Tabel 2. Eerste diagnose van de vier groepen patiënten (in percentages).

van het sociale netwerk (familie/huisgenoten) een positieve invloed op de opbouw en het resultaat van de behandeling. De draagkracht, inzetbaarheid en het inzicht van het sociale netwerk zijn van grote invloed op de haalbaarheid van het verblijf thuis. Concreet speelde dit bijvoorbeeld bij het leren van tiltechnieken aan de partner van een Parkinson patiënt en bij de omgang met een partner die een hemianopsie heeft en sterke karakterveranderingen ten gevolge van een CVA.

WERKZAAMHEDEN VAN DE ERGOTHERAPEUT

De tijd die de ergotherapeut benodigde voor de behandelingen is opgedeeld in direct patiëntgebonden werkzaamheden (patiënt is tijdens uitvoering aanwezig) en indirect patiëntgebonden werkzaamheden (werkzaamheden staan ten dienste van patiënt, patiënt is niet noodzakelijk aanwezig). Daarnaast werd nog tijd besteed aan therapeutgebonden werkzaamheden (voorwaarde scheppende en aanverwante werkzaamheden) (Van Dijk-van Dooren e.a. 1987). Deze laatste activiteiten zijn hier niet meegeteld. Ongeveer de helft van de tijd werd besteed aan direct patiëntgebonden werkzaamheden (54%). De overige tijd werd besteed aan indirect patiëntgebonden werkzaamheden zoals: voorbereiding/afhandeling en rapportage van een behandeling (9%), overleg met andere disciplines (zie hierna) (17%) en patiëntgebonden reizen (20%).

Om een beeld te geven waaraan de ergotherapeut met de patiënt werkt, is in tabel 3 een overzicht gegeven van de afzonderlijke patiëntgebonden werkzaamheden.

behandeling	gemiddelde tijd (min.)
functie/vaardigheden	77
gaan	56
zitten	23
zelfverzorging	138
communicatie	90
huishouding	108
hobby	16
werk	1
vervoer	46

Tabel 3. Overzicht van gemiddeld bestede tijd per patiënt aan: behandelingen.

Zoals blijkt uit tabel 3 is het meest gewerkt aan de zelfverzorging van de patiënt en de huishouding. Dit is niet verwonderlijk omdat de mogelijkheid van thuis verblijven voor een groot deel samenhangt met de vraag of de patiënt voor zichzelf kan zorgen.

ZORGCOÖRDINATIE

Om de ergotherapie aan huis zo efficiënt mogelijk te laten verlopen, werd in de meeste gevallen door de ergotherapie

het behandelplan opgesteld in overleg met andere behandelaars, de patiënt, huisgenoten en mantelzorgdragers. De ergotherapeut nam hier het initiatief toe. Dit alles om de zorg zoveel mogelijk op elkaar af te kunnen stemmen. Zoals reeds vermeld, werd 17% van de tijd besteed aan overleg. In tabel 4 is een overzicht gegeven van het overleg voor en na ontslag uit het ziekenhuis om de behandeling thuis goed te kunnen laten verlopen.

Overleg met:	gemiddelde tijd (min.)
specialist	2
verpleging	3
ergotherapeut	15
huisarts	10
wijkverpleging	12
gezinszorg	6
fysiotherapeut	8
overig	39

Tabel 4. Overzicht van gemiddeld bestede tijd per patiënt aan overleg.

Met de categorie 'overig' worden familie, burens en instanties als het ziekenfonds, woningbouwverenigingen, Gemeenschappelijke Medische Dienst etc. bedoeld. Zoals uit tabel 4 blijkt hier in verhouding de meeste tijd aan besteed te worden. Dit is een vrij logisch gevolg van het feit dat veel patiënten na ontslag uit het ziekenhuis voor hulp terugvallen op hun sociale omgeving. Ook aan de omgeving wordt door de ergotherapeut voorlichting en advies gegeven met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Daarnaast wordt veel tijd besteed aan overleg met de ergotherapeut in het ziekenhuis, met de wijkverpleging en de huisarts; dit om de overgang van de patiënt naar huis zo vlekkeloos mogelijk te kunnen laten verlopen.

CONCLUSIES

Op basis van de beperkingen die het vooronderzoek met zich meebrengt, kunnen maar op beperkte schaal conclusies geformuleerd worden.

We richten ons daarbij vooral op de overeenkomsten en verschillen tussen patiënten die nazorg door de eerstelijns-ergotherapeute krijgen en patiënten die naar een verpleeghuis of revalidatiecentrum worden ontslagen. De patiënten die poliklinische nazorg krijgen vormen een kleine groep die duidelijk jonger is dan de totale groep.

De diagnose CVA, de leeftijd van de patiënt, de woonsituatie, geslacht en dergelijke blijken aspecten te zijn waarop beide groepen niet van elkaar verschillen. Ook wanneer er sprake is van andere morbiditeit, zoals hartlijden blijkt dat niet te discrimineren tussen patiënten die thuis behandeld kunnen worden en patiënten waarvoor intramurale behandeling noodzakelijk is.

De Vries (1988) vond bij CVA-patiënten die naar het verpleeghuis worden verwezen wel een hoger percentage patiënten met andere aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten ten opzichte van patiënten die naar een revalidatiecentrum gingen.

Evenals De Vries vinden wij wel belangrijke verschillen in de aan CVA gerelateerde problematiek. Globaal blijken de door ons onderscheiden functiestoornissen twee keer meer voor te komen bij de tweedelijnspatiënten (figuur 2). Uitzonderingen betreffen patiënten met stoornissen in de armhand functie die verhoudingsgewijs meer thuis worden nabehandeld en in negatieve zin patiënten met stoornissen in mictie- en defaecatie alsmede patiënten met stoornissen in sensore functies, die vrijwel uitsluitend voor opname in een intramurale instelling in aanmerking komen.

Wanneer aan de behandelaars gevraagd wordt welke factoren van doorslaggevend belang zijn voor de keuze van de nazorg blijkt de aard van de handicap het meest naar voren te komen, met name bij de beslissing de patiënt naar de tweede lijn te sturen. Deze factor speelt ook een rol bij de keuze voor eerstelijns ergotherapie, maar de wens van de patiënt en hulpmogelijkheden thuis blijken toch belangrijker te zijn geweest.

Alhoewel we in het project te maken hebben met patiënten die een ernstige en (vaak) blijvende handicap hebben, blijkt het in veel gevallen in praktijk goed mogelijk in te gaan op de wens van de patiënt om thuis te worden nabehandeld. Uit het gegeven dat de ergotherapeute zich richt op zelfverzorging, specifieke vaardigheden en huishoudelijke werkzaamheden kan afgeleid worden dat deze hulpverlener een wezenlijke rol speelt in de aanpassing aan de thuissituatie.

Uit het verschil in opnameduur tussen eerste- en tweedelijnspatiënten mag voorlopig alleen worden geconcludeerd dat de patiënten die in de tweede lijn worden nabehandeld er ernstiger aan toe zijn. Of het aanbieden van eerstelijns ergotherapie ook inderdaad tot minder verpleegdagen leidt zal in het hoofdonderzoek duidelijk moeten worden.

HET HOOFDONDERZOEK

In de inleiding hebben we vermeld dat in het hoofdonderzoek de mogelijke effecten van ergotherapie in de eerste lijn zullen worden onderzocht in vergelijking tot nabehandeling in een intramurale instelling.

Teneinde beide condities zo betrouwbaar mogelijk met elkaar te kunnen vergelijken wordt gedeeltelijk dezelfde procedure gevolgd als tijdens de voorstudie.

Direct aansluitend op de teambeoordeling over het aanstaande ontslag, wordt ad random een verdeling gemaakt tussen patiënten die ergotherapie thuis aangeboden krijgen en patiënten die aangewezen zijn op interne-, dagbehandeling- of poliklinische hulp. (Een patiënt die op inhoudelijke gronden prima thuis behandeld zou kunnen worden heeft zo vijftig procent kans geen eerstelijns ergotherapie te krijgen.)

Op deze wijze ontstaan twee groepen in het onderzoek, die op een aantal aspecten vergeleken zullen worden. In de eerste plaats zal worden nagegaan of de behandeling van groepen patiënten tot andere resultaten hebben geleid. Dat zal gemeten worden met de Nederlandse versie van de Sickness Impact Profile (Luttik, e.a. 1987). Ook naar de tevredenheid van patiënten met de behandeling en de evaluatie door de betrokken hulpverleners zal gevraagd worden.

In de tweede plaats zal de mogelijke substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg aan de orde komen. Uiteraard is door het inzetten van een eerstelijns ergotherapeute al een deel van de substitutie waargemaakt, als tenminste het alternatief de behandeling in de tweede lijn was geweest, maar de vraagstelling spitst zich toe op het aantal bespaarde verpleegdagen. De veronderstelling is, dat de eerstelijnspatiënten eerder uit het VU ziekenhuis ontslagen kunnen worden: doordat niet op een opname in bijvoorbeeld een verpleeghuis gewacht hoeft te worden, of dat ze minder dagen in verpleeghuis of revalidatiecentrum doorbrengen dan wel minder behoeven te worden heropgenomen.

Indien die besparing in verpleegdagen inderdaad kan worden vastgesteld kan een kosten-batenanalyse worden uitgevoerd, waarin de besparingen worden afgezet tegen de kosten die door de inzet van een ergotherapeute zijn gemaakt.

Het hoofdonderzoek is momenteel in volle gang en zal – volgens de planning – over een jaar met de eerste resultaten komen. Er zal dan ook ingegaan kunnen worden op de specifieke problemen en knelpunten die met de aanstelling van een ergotherapeute in de eerste lijn gepaard kunnen gaan. Voor dit onderzoeksdeel zijn interviews gepland met huisartsen en wijkverpleegkundigen die bij de nabehandeling betrokken zijn. Verder worden ook de ergotherapeuten in de tweede lijn bij registratieactiviteiten betrokken.

LITERATUUR

1. *Inzet* Verwarring over ergotherapie in de eerste lijn; *Inzet*, 12, 1988, 42-43.
2. LUTTIK, A., H. M. JACOBS, L. P. DE WITTE. De Sickness Impact Profile: Nederlandse versie; U.H.I., 1987, Utrecht.
3. *Nationale Kruisvereniging*. Bureau motivation, Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie. Project 'ergotherapie in de eerste lijn': Eindrapportage, NK, Bunnik, 1988.
4. TRIGT, S. VAN. Ergotherapie in de eerste lijn in Zuid-Holland. *Kruiskoppeling*; febr. 1989, 1-3.
5. VRIES, J. DE. Cerebro vasculair accident: de rol van revalidatiecentrum en verpleeghuis, een retrospectieve studie; *Medisch Contact*, 47, 1988, 43, 1460-1463.
6. VAN DIJK-VAN DOOREN, N., I. BERENDSEN, L. ELINK SCHUURMAN. Werkzaamheden registratie ergotherapie. Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie/Nationale Kruisvereniging, 1987.