

De relatie tussen ergotherapeuten en verwijzers

M. Driessen, J. Dekker, J. van der Zee en G.J. Lankhorst*

Samenvatting

Dit (deel-)onderzoek heeft als doel inzicht verkrijgen in de relatie tussen ergotherapeuten en verwijzers. Met behulp van een schriftelijke enquête die aan 421 ergotherapeuten is verstuurd (respons=84%) zijn de gegevens verzameld. De gegevens uit deze enquête worden in dit artikel beschreven. Ergotherapeuten hebben contact met verschillende verwijzers. Het meest worden de revalidatie-arts, de verpleeghuisarts en de huisarts genoemd. Het is afhankelijk van het werkveld waar de ergotherapeuten werkzaam zijn met welke verwijzermen contact heeft. Ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen geven aan opvallend veel patiënten door huisartsen verwezen te krijgen. Behalve met verwijzers hebben alle ergotherapeuten in meer of mindere mate te maken met aanmelders uit de eerste- of tweedelijnsgezondheidszorg.

Er is zeer regelmatig overleg tussen ergotherapeuten en verwijzers, zowel over de inhoud van de behandeling als over de patiënt. Echter het verkrijgen van informatie over de patiënt wordt veelal door de ergotherapeut geïnitieerd, de verwijzer reageert altijd op deze verzoeken. Het goede contact wordt vermoedelijk veroorzaakt door de situatie in de tweedelijnsgezondheidszorg, waar veelal vaste tijden zijn voor (team)overleg.

Het oordeel dat ergotherapeuten geven over de kennis die de verwijzers van ergotherapie hebben is summier. De inhoudelijke informatie die door verwijzers over ergotherapie wordt gevraagd betreft vaak de gebieden aanpassen en herstel van vaardigheden, terwijl weinig

informatie wordt gevraagd over de gebieden preventie, ontwikkeling van nieuwe vaardigheden en onderhouden/behouden van gezondheid.

Summary

This study investigates the relationship between occupational therapists and the referring physician. A questionnaire was sent to 421 occupational therapists (response 84%). The data from this survey are presented in this article.

Occupational therapists mentioned a rehabilitation specialist, a nursing home physician and a general practitioner the most referring physicians, depending on the institutions where they were working. In addition to referring physicians other paramedics or physicians report patients to the referring physician. This is an indirect way of referring patients. It appears that, depending on the institutions where occupational therapists are working, this occurs in a smaller or larger degree. Occupational therapists and referring physicians frequently have regular meetings about the patients condition and the treatment given by the occupational therapist.

The judgement of occupational therapists about the knowledge of referring physicians about the profession occupational therapy is not very positive. Information asked by referring physicians about the profession is always about adaptation and restoring skills and never about prevention, developing new skills and maintaining health.

Inleiding

In de dagelijkse praktijk behoor je als ergotherapeut nieuwe patiënten te krijgen via een arts en de verwijzing die hij geeft moet eigenlijk aan een aantal eisen voldoen. Beide aspecten zijn namelijk in de wet zo geregeld. Volgens het ergotherapeutenbesluit (1) kan een behandeling alleen plaatsvinden '...ingevolge verwijzing door een de praktijk uitoefenende geneeskundige...'. Daarnaast staat in artikel 6. van de Wet op de paramedische beroepen een aantal eisen waaraan een verwijzing dient te voldoen:

- De verwijzing dient te geschieden in de vorm van een schriftelijke opdracht (ondertekend en geda-teerd) en in te houden: naam opdrachtgever,

naam, geboorteplaats, woonplaats ten aanzien van wie de opdracht wordt verstrekt, de diagnose al dan niet in code.

- De ergotherapeut handelt overeenkomstig de aanwijzingen indien die door de opdrachtgever worden verstrekt.
- Indien bij de ergotherapeut twijfel rijst ten aanzien van de juistheid of volledigheid van de opdracht stelt hij zich direct in verbinding met de opdrachtgever.
- De ergotherapeut houdt de opdrachtgever op de hoogte van het verloop van de behandeling.

Of het in de praktijk echter altijd zo verloopt als de wetstekst voorschrijft is niet duidelijk, want er is weinig bekend over de relatie die ergotherapeuten met hun verwijzers hebben. Ook is niet bekend welke personen verwijzen voor ergotherapie. Daarnaast wordt in het beroepsprofiel (2) naast deze

*M. Driessen, ergotherapeute, J. Dekker en J. van der Zee, werkzaam bij het Nederlands instituut van de eerstelijnsgezondheidszorg te Utrecht. G.J. Lankhorst, werkzaam in het academisch ziekenhuis VU te Amsterdam.

officiële verwijzers ook gesproken over 'verwijzing door andere zorgverleners'. In dit artikel worden deze andere zorgverleners aanmelders genoemd. Daarmee wordt bedoeld degene die als eerste signaleert dat een patiënt in aanmerking komt voor ergotherapie en hem/haar dan aanmeldt bij de officiële verwijzer. Verder blijkt er in de praktijk nog een manier te zijn waardoor patiënten ergotherapiebehandeling krijgen. Het kan zijn dat iemand deelneemt aan een groeps/afdelings programma zonder dat een officiële verwijzing plaatsvindt.

Om inzicht te krijgen in de relatie tussen ergotherapeuten en verwijzers, is in het kader van het onderzoek 'functie en plaats van de ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' een schriftelijke enquête verstuurd naar ergotherapeuten. Er werden vragen gesteld over het aantal verwijzers waarmee regelmatig contact wordt onderhouden, frequentie en inhoud van het contact met verwijzers, oordeel over de kennis van de verwijzers over ergotherapie. In dit artikel zullen de resultaten van deze enquête worden besproken.

Methode

Enquête

De procedure die is gevolgd bij het ontwikkelen van de enquête wordt uitgebreid beschreven in het artikel 'Ergotherapeuten: werksituatie en taakuitoefening' (3).

Inhoud van de enquête

De rubrieken die in dit artikel worden besproken betreffen 'aantallen verwijzers en patiënten', 'inhoud en frequentie van het contact met de verwijzer' en 'oordeel over de kennis van de verwijzers van de ergotherapie'. Het doel van de eerste rubriek is inzicht te verkrijgen in de vraag welke personen verwijzen naar de ergotherapie. Verder is gevraagd naar zogenaamde aanmelders (degene die als eerste signaleert dat een patiënt in aanmerking komt voor ergotherapie). Niet in elke instelling is het noodzakelijk dat er eerst een officiële verwijzing plaatsvindt. Ergotherapie wordt soms in afdelings/team verband aangeboden, in die gevallen wordt vaak pas in een later stadium, al dan niet in overleg met de verwijzer, het behandelprogramma vastgesteld. Daarnaast bleek uit het onderzoek van de kruisverenigingen (4) dat naast de officiële verwijzers ook andere hulpverleners zogenaamde 'aanmelders' patiënten aanmeldden voor ergotherapie. Om dit verschijnsel te onderzoeken is in het formulier onderscheid gemaakt tussen verwijzers en aanmelders. De rubriek 'verwijzers' bevatte 10 voorgecodeerde specialismen en daarnaast de open antwoordcategorieën 'overige verwijzers tweede lijn' en 'overige verwijzers eerste lijn.' De rubriek 'aanmelders' bevatte

twee voorgecodeerde aanmelders (psycholoog en othopedagoog) en daarnaast de open antwoordcategorieën 'overige aanmelders tweede lijn' en 'overige aanmelders eerste lijn'.

In de tweede rubriek is het doel informatie te verkrijgen over de invulling van het contact tussen ergotherapeuten en verwijzers. Er wordt gevraagd naar de frequentie van het vóórkomen van bepaalde situaties in relatie met verwijzers. In de enquête is onderscheid gemaakt naar verschillende fasen van de behandeling: verwijzing, behandelfase, evaluatiefase. Daarnaast is de communicatie met verwijzers onderzocht. In de laatste rubriek staat het verschillende uitgangspunt waarmee verwijzers en ergotherapeuten hun patiënten benaderen centraal.

Veel ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen krijgen patiënten verwezen via aanmelders uit de eerste lijn.

Verwijzers (artsen) doen dit veelal vanuit een organisch-pathologisch oogpunt, ergotherapeuten zijn gericht op de functionele toestand van de patiënt. Dit verschillende uitgangspunt kan leiden tot (communicatie-)problemen in de praktijk. Dit zou met name tot gevolg kunnen hebben dat verwijzers onvoldoende inzicht hebben in de bijdrage die de ergotherapie kan leveren aan de behandeling. Daarom zijn in deze rubriek vragen gesteld over de bekendheid van verwijzers met de behandelingsmogelijkheden van de ergotherapie, of de verwijzers naar het oordeel van de ergotherapeut een goed idee hebben voor welke patiënten ergotherapie geïndiceerd is en of zij patiënten tijdig doorverwijzen naar de ergotherapie.

Steekproef

In totaal zijn 421 enquêtes verzonden naar leden van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE, 71,5%) en niet leden van de NVE (28,5%). Een uitgebreide beschrijving van de steekproef staat beschreven in het artikel 'Ergotherapeuten: werksituatie en taakuitoefening'. (3)

Analyse

De resultaten van het onderzoek worden weergegeven met behulp van beschrijvende statistiek. Verschillen zijn getoetst volgens de Chi-kwadraat methode ($\alpha = 0.05$). Deze toets werd alleen uitgevoerd indien minder dan 20% van de cellen een verwachte frequentie van kleiner dan 5 had en geen enkele verwachte waarde kleiner is als 1 (5). Omdat

bij de rubrieken 'inhoud en frequentie van het contact' en 'oordeel over kennis verwijzers betreffende ergotherapie' de groepen erg klein werden bij het uitsplitsen naar werkomgeving, zijn antwoordcategoriën samengevoegd. In die gevallen zijn de antwoordcategoriën '(bijna) nooit', 'soms' en '(bijna) de helft' samengevoegd en de antwoordcategoriën 'vaak' en '(bijna) altijd'. De resultaten worden voor de totale groep ergotherapeuten gegeven en daarnaast worden de meeste resultaten uitgesplitst naar werkomgeving, verwijzers of aanmelders.

Resultaten

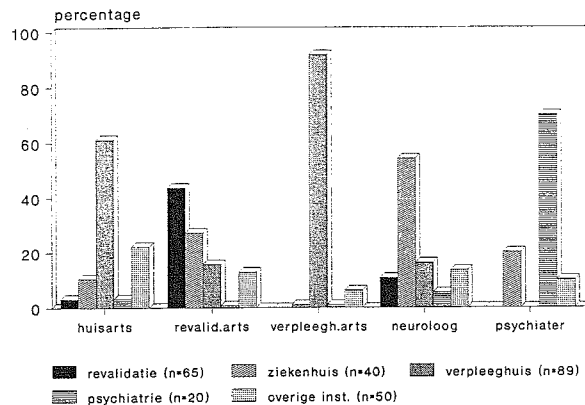
Respons

De netto respons op de enquête is 84%. In totaal zijn er 421 enquêtes verstuurd. Het aantal niet verwerkte enquêtes was 108 (21 onbestelbaar, 18 niet werkend NVE-lid, 69 niet werkend GHI), zodat maximaal 314 (422 - 108) resteerden. De respons van de werkende NVE leden bedroeg 205 enquêtes en van werkenden uit het bestand van de GHI 59. De uiteindelijke verhouding tussen wel, respectievelijk niet NVE-leden is 77,7% (205:264) versus 22,3% (59:264). De netto respons op de enquête is 264, dat wil zeggen 84%.

Aantallen verwijzers, aanmelders en patiënten

In tabel 1 wordt weergegeven welke verwijzers het afgelopen half jaar patiënten voor ergotherapie hebben verwezen. Uit de tabel blijkt dat de revalidatie-arts, de verpleeghuisarts en de huisarts door de respondenten het meest frequent als verwijzer wordt genoemd.

Om een beter overzicht te krijgen in de verwijsrelaties per werkveld is een indeling in vijf groepen gemaakt. Onderscheiden worden respondenten werkzaam in revalidatie, verpleeghuizen, ziekenhuizen, psychiatrie en in de sector 'overige instellingen'



Figuur 1: Verwijzers in de verschillende werkomgevingen: percentage ergotherapeuten dat deze verwijzers noemt.

(scholen, eerstelijns, enzovoort). Er blijkt een significant verband te bestaan tussen de verwijzers die volgens de ergotherapeuten in deze enquête het meest frequent patiënten doorverwijzen voor ergotherapie en de werkomgeving. In *figuur 1* zijn de resultaten weergegeven. De revalidatie-arts (Chi-kwadraat=124,75, df=4, p=0,00) verwijst het meest frequent in het revalidatiecentrum, de huisarts (Chi-kwadraat=67,38, df=4, p=0,00) en de verpleeghuisarts (Chi-kwadraat=228,59, df=4, p=0,00) in het verpleeghuis en de neuroloog (Chi-kwadraat=51,16, df=4, p=0,00) en reumatoloog (Chi-kwadraat=34,37, df=4, p=0,00) in het ziekenhuis. In de psychiatrie was de psychiater de meest frequente verwijzer, maar dit verband was niet te toetsen in verband met teveel lege cellen.

Naast deze officiële verwijzers blijkt de meerderheid van de respondenten ook patiënten in behandeling te krijgen via aanmelders (degene die als eerste signaleert dat de patiënt in aanmerking komt voor ergotherapie). De psycholoog werd door 15,5% van de

Verwijzers	Percentage
revalidatie arts	53.0
verpleeghuisarts	36.4
huisarts	36.0
neuroloog	14.0
reumatoloog	12.5
(plastisch) chirurg	11.4
orthopeed	9.1
kinderarts	8.0
psychiater	7.6
schoolarts	3.4
overig 1e lijn	2.5
overig 2e lijn	0.5
Niet van toepassing (ergotherapie is onderdeel van groeps/afdelingsprogramma)	15.2

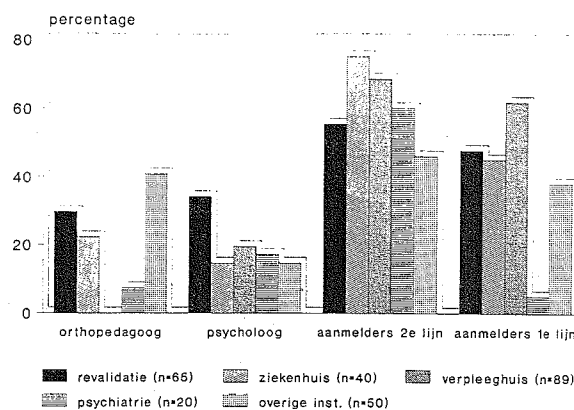
NB. Percentage is hoger als 100% omdat men méér dan een verwijzer kon aangeven.

Tabel 1: Verwijzers in het afgelopen half jaar: percentage ergotherapeuten dat deze verwijzer noemt.

ergotherapeuten als aanmelder genoemd en de orthopedagoog door 10,2%. Daarnaast gaf 61,4% van alle ergotherapeuten aan dat patiënten worden aangemeld via aanmelders uit de tweede lijn en 47,0% van alle therapeuten heeft contact met aanmelders uit de eerste lijn. Tabel 2 laat naast de psycholoog en de orthopedagoog de top 10 van aanmelders uit de tweede lijn en de top 10 van aanmelders uit de eerste lijn zien. Met name fysiotherapeut en (wijk-)verpleging worden door de respondenten vaak als aanmelder genoemd, zowel in de eerste als in de tweede lijn.

Ook de communicatie met verwijzers is onderzocht.

Hoe de aanmelders over de verschillende werkvelen zijn verdeeld laat *figuur 2* zien. Bijna tweederde van de ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen krijgt patiënten verwezen via aanmelders uit de eerste lijn (Chi-kwadraat=23,69, df=4, p=0,00). Een hoog percentage ergotherapeuten werkzaam in de ziekenhuizen (75,0%) geeft aan dat ze met een of meer aanmelders uit de tweede lijn in contact komen. Daarnaast blijkt uit *figuur 2* dat ruim een derde van de ergotherapeuten in de sector 'overige instellingen' de orthopedagoog als aanmelder noemt



Figuur 2: Aanmelders in de verschillende werkomgevingen: percentage ergotherapeuten dat deze aanmelders noemt.

en eenderde van de ergotherapeuten in de revalidatie de psycholoog als aanmelder opgeeft.

Onderzocht werd het aantal nieuwe patiënten dat per maand wordt doorverwezen naar de individuele ergotherapeut (niet naar de hele afdeling!). Gemiddeld worden 10 patiënten per maand naar de ergotherapeut doorverwezen (minimum 0,25 patiënt, maximum 60 patiënten per maand). Uit *figuur 3* blijkt dat er variatie is tussen de instellingen in het aantal verwezen patiënten.

Er blijkt een significant verband te bestaan tussen het gemiddeld aantal nieuwe patiënten per maand en het soort instelling (Chi-kwadraat=57,28, df=4,

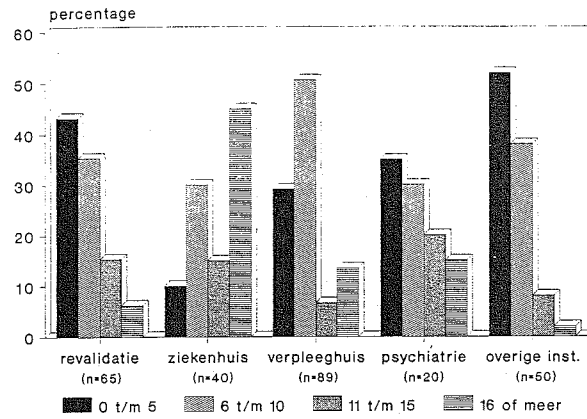
aanmelder	percentage
psycholoog	15.5
orthopedagoog	10.2
Aanmelders tweede lijn: (10 meest voorkomende)	61.4
fysiotherapeut	30.3
verpleging	22.7
maatschappelijk werk	8.3
logopedist	8.0
zakenverzorging	8.0
neuroloog	7.6
reumatoloog	5.3
leerkracht	4.9
orthoeped	4.5
kinderarts	3.0
Aanmelders eerste lijn: (10 meest voorkomende)	47.0
(wijk)verpleging	23.9
huisarts	13.3
verzorgingshuis	11.0
fysiotherapeut	10.2
familie/vrienden	6.1
leerkracht	6.1
gezinszorg	3.8
bejaardenverzorging	2.7
wijkzakenverzorging	2.7
Gemeentelijk Sociale Dienst	2.7

NB. percentage is hoger als 100% omdat men meer dan één aanmelder op kon geven

Tabel 2: Aanmelders in het afgelopen half jaar: percentage ergotherapeuten dat deze aanmelders noemt.

Figuur 3: Gemiddeld aantal nieuwe patiënten dat per maand wordt verwezen in de verschillende werk-omgevingen: percentage ergotherapeuten dat dit aantal noemt.

p=0,00). Volgens respondenten werkzaam in de categorie revalidatie, psychiatrie en in de 'overige instellingen' worden relatief weinig nieuwe patiënten per maand naar de ergotherapie verwezen, namelijk tussen 0 en 5 patiënten. Respondenten werkzaam in ziekenhuizen geven aan dat in deze



Vraag (n=264)	(bijna) nooit	soms	ongeveer de helft	vaak	(bijna) altijd
	%	%	%	%	%
Wordt er bij verwijzing een (medische) diagnose vermeld (missing cases=4)	5.4	3.5	6.9	15.0	69.2
Krijgt U ongevraagd medisch-somatische achtergrondinformatie van de verwijzer (missing cases = 5)	15.8	17.4	23.9	19.3	23.6
Krijgt u medisch-somatische achtergrondinformatie op uw verzoek? (missing = 9)	2.0	0.8	3.8	12.2	81.2
Krijgt U ongevraagd psycho-sociale achtergrondinformatie van de verwijzer (missing cases = 4)	22.3	23.5	20.4	20.0	13.8
Krijgt U psycho-sociale achtergrondinformatie op uw verzoek. (missing = 7)	1.2	2.7	5.1	19.1	72.0
Geeft de verwijzer bij verwijzing een voorstel tot behandeling? (missing cases = 6)	13.6	15.5	31.4	19.4	20.2
Neemt de verwijzer het initiatief met u te overleggen over de inhoud van het behandelvoorstel? (missing = 8)	34.8	28.5	21.1	9.4	6.3
Is het duidelijk of het behandelvoorstel betrekking heeft op consult, informatie en instructie, advies, behandeling, preventieve zorg? (missing cases = 8)	10.2	15.2	23.0	21.9	29.7
Welke actie onderneemt U indien u van mening bent dat het behandelvoorstel minder adequaat is?					
*U geeft advies over mogelijke behandelvormen aan de verwijzer (missing cases = 17)	2.4	5.3	6.9	25.1	59.9
*U negeert het voorstel en geeft zonder overleg met de verwijzer een andere behandeling (missing = 45)	59.4	26.0	7.8	4.1	2.7
*U voert de gevraagde behandeling uit. (missing = 51)	59.6	24.4	8.5	4.7	2.8

Tabel 3: Contact met verwijzer bij verwijzing.

werkomgeving de meeste nieuwe verwijzingen per maand (vijftien of meer) voorkomen. Het aantal nieuwe patiënten per maand dat de ergotherapeuten in verpleeghuizen in behandeling krijgen ligt hier tussenin, namelijk tussen 6 en 10 patiënten.

Tot slot is in deze rubriek gevraagd welk percentage van deze nieuwe patiënten van de verwijzer afkomstig is en welk percentage komt via de aanmelder. Gemiddeld 63,7% van alle nieuwe patiënten wordt volgens alle ergotherapeuten direct door de verwijzer verwezen en gemiddeld 36,3% wordt door de aanmelder aangemeld. Er blijkt zowel voor de verwijzers als voor de aanmelders een significant verband te bestaan met het soort instelling (respectievelijk Chi-kwadraat=68,75, df=12, p=0,00; Chi-kwadraat=57,70, df=12, p=0,00). Volgens ergotherapeuten werkzaam in revalidatiecentra en ziekenhuizen wordt meer dan drie kwart van de patiënten direct door de verwijzer verwezen, volgens de respondenten uit de psychiatrie is dit een kwart, volgens ergotherapeuten werkzaam in de werkvelden 'overige instellingen' en verpleeghuizen slechts een vijfde.

Inhoud en frequentie van het contact

In tabel 3 worden vragen weergegeven over de inhoud en frequentie van het contact met de verwijzer. Uit deze tabel blijkt dat de medische diagnose bijna altijd wordt gegeven door de verwijzers. Er blijkt een significant verschil te zijn tussen het type instelling en het vermelden van een medische diagnose bij verwijzing (Chi-kwadraat=60,36, df=4, p=0,00). Met name ergotherapeuten werkzaam in ziekenhuizen, revalidatiecentra en verpleeghuizen geven aan bij verwijzing bijna altijd een medische diagnose te krijgen.

Uit tabel 3 blijkt ook dat de verwijzer uit zichzelf niet altijd alle informatie verstrekt, op verzoek van de ergotherapeuten wordt de informatie wel gegeven. Er blijkt een significant verschil te zijn tussen de verschillende werkvelden en het verkrijgen van zowel medisch-somatische als psycho-sociale achtergrondinformatie (respectievelijk Chi-kwadraat=13,80, df=4, p=0,00; Chi-kwadraat=13,85, df=4, p=0,00). Ruim tweederde van de ergotherapeuten werkzaam in het werkveld 'overige instellingen'

Vraag (n=264)	(bijna nooit %	soms %	ongeveer de helft %	vaak %	(bijna altijd %
Vindt er tijdens de therapiefase overleg plaats met de verwijzer over eventuele veranderingen in de behandelplanvraag (bijstellen van de behandeldoelen) (missing = 6)	7.0	5.0	17.1	24.4	46.5
Houdt de verwijzer u uit zichzelf op de hoogte van belangrijke informatie (relevant voor de ergotherapeut) betreffende de patiënt (missing = 5)	17.8	18.5	27.4	23.6	12.7
Vraagt u zelf om deze informatie (missing = 7)	3.5	5.8	18.7	29.9	40.2
Is er regelmatig overleg met de verwijzer over het verloop van de behandeling? (missing = 7)	Ja Nee	91.4 % 8.6%			
Indien er regelmatig overleg is hoe vaak vindt dit plaats ? (missing = 1)		wisselend dagelijks wekelijks om de week eens p. maand eens p. 6 weken overig		9.3 % 0.4 % 37.4 % 6.4 % 9.7 % 4.2 % 32.6 %	
In welke vorm vindt dit plaats		mondeling inf. schriftelijk teamoverleg mond + team mond + schr + team		4.3 % 0.0 % 24.8 % 45.7 % 25.2 %	

Tabel 4: Inhoud en frequentie van het contact tijdens de behandelafase.

gen' en in verpleeghuizen krijgen deze informatie minder vaak van de verwijzers.

Tabel 3 laat zien dat er redelijk vaak een behandelvoorstel wordt gegeven. Dit blijkt echter te verschillen per werkveld. Er is een significant verband tussen het geven van een behandelvoorstel en het soort instelling (Chi-kwadraat=45,36, df=4, p=0,00). Ergotherapeuten werkzaam in de psychiatrie, ziekenhuizen, verpleeghuizen en in de sector 'overige instellingen' geven aan dat zij in sommige gevallen een behandelvoorstel krijgen van de verwijzers. Indien men wel een behandelvoorstel krijgt is dit volgens meer dan de helft van de ergotherapeuten werkzaam in de sector 'overige instellingen' en in de verpleeghuizen meestal een onduidelijk voorstel (Chi-kwadraat=14,38, df=4, p=0,00).

In tabel 4 wordt de inhoud en frequentie van het contact tijdens de therapiefase weergegeven. De meeste ergotherapeuten geven aan dat er vaak overleg is over het bijstellen van de behandeldoelen. Daarnaast blijkt dat dit overleg veelal door ergothe-

rapeuten wordt geïnitieerd. Er blijkt een significant verschil te zijn tussen de instellingen en de mate waarin overleg plaatsvindt over het bijstellen van de behandeldoelen (Chi-kwadraat=19,49, df=4, p=0,00). Meer dan tweederde van alle ergotherapeuten werkzaam in revalidatiecentra, verpleeghuizen, psychiatrie en ziekenhuizen geven aan dat er zeer vaak overleg is over veranderingen in de behandelvraag. Tabel 4 laat zien dat bijna alle ergotherapeuten (91,4%) regelmatig overleg hebben met de verwijzer over het verloop van de behandeling. De frequentie waarmee dit plaats heeft verschild, een groot gedeelte van de respondenten (37,4%) heeft wekelijks overleg. De vorm waarin dit overleg plaatsvindt is meestal teamoverleg (24,8%) of een combinatie van mondeling overleg en teamoverleg (45,7%).

Tabel 5 laat het contact met de verwijzers in de evaluatiefase zien. De meerderheid van de ergotherapeuten rapporteert aan het einde van de behandeling aan de verwijzer. Er blijkt een significant verschil te zijn tussen de instellingen en het mondeling,

Vraag (n=264)	(bijna) nooit %	soms %	ongeveer helft %	vaak %	(bijna) altijd %
Rapporteert u aan de verwijzer over het resultaat aan het einde van de behandeling (missing = 4)	4.2	5.0	9.2	20.0	61.5
Indien u wel rapporteert aan het einde van de behandeling in welke vorm gebeurt dit dan					
*mondeling (missing = 76)	16.5	10.6	12.8	16.0	44.1
*schriftelijk (missing = 32)	4.7	13.4	13.4	12.9	55.6
Wordt een verzoek om vervolgbehandeling gehonoreerd door de verwijzer ?					
* vervolg van huidige behandeling (missing = 23)	1.2	0.4	5.0	30.3	63.1
* gericht op nieuwe problemen die tijdens de behandeling zijn ontstaan (missing = 18)	1.6	1.6	6.9	28.9	61.0
Komt de terminologie die door U en de verwijzer gehanteerd wordt overeen met elkaar, m.a.w. is er sprake van een 'uniforme nomenclatuur' (missing = 6)	0.4	1.6	17.1	48.1	32.9
Vindt u dat de communicatie tussen de verwijzer en U goed verloopt (missing = 5)	1.5	7.3	29.3	44.4	17.4

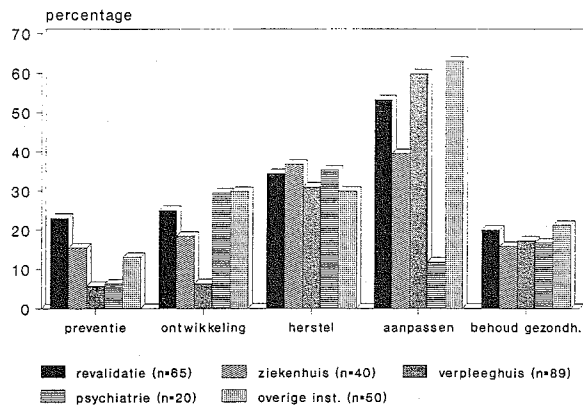
Tabel 5: Inhoud en frequentie van het contact tijdens evaluatiefase.

dan wel schriftelijk rapporteren (respectievelijk Chi-kwadraat=11,01, df=4, p=0,03; Chi-kwadraat=40,32, df=4, p=0,00). Ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen en in de psychiatrie geven aan veelal mondeling te rapporteren. Ergotherapeuten werkzaam in revalidatiecentra, ziekenhuizen en de sector 'overige instellingen' daarentegen rapporteren veelal schriftelijk.

De meerderheid van de ergotherapeuten geeft aan dat een verzoek voor vervolgbehandeling door de verwijzer vaak tot altijd gehonoreerd wordt; zowel voor vervolg van huidige behandeling als voor nieuwe problemen ontstaan tijdens de behandeling.

Oordeel over kennis verwijzers betreffende ergotherapie

Uit tabel 6 blijkt dat de meerderheid van de ergotherapeuten aangeeft dat verwijzers slechts over bepaalde behandelgebieden om inhoudelijke informatie vragen. Veel informatie wordt gevraagd over het gebied 'herstel van vaardigheden' en 'aanpassen van de omgeving', weinig informatie wordt gevraagd over de overige gebieden: 'preventie', 'ontwikkeling



Figuur 4: Het vaak (bijna) altijd vragen door verwijzers om inhoudelijke informatie over de indicatie voor ergotherapie op het gebied van 5 behandelprogramma's: percentage ergotherapeuten.

van nieuwe vaardigheden' en 'ondersteunen en behoud van gezondheid'. Er bestaat een significant verband tussen deze aspecten en de verschillende werkvelden (figuur 4).

Volgens ergotherapeuten werkzaam in verpleeghui-

Vraag (n=264)	(bijna) nooit %	soms %	(ongeveer) helft %	vaak %	(bijna) altijd %
Wordt er door de verwijzers om inhoudelijke informatie gevraagd over de indicatie voor ergotherapiebehandeling op het gebied van:					
* preventie (missing = 15)	40.6	29.7	16.9	8.4	4.4
* ontwikkeling van nieuwe vaardigheden (missing = 21)	40.3	21.8	18.9	9.9	9.1
* herstel van vaardigheden (missing = 16)	23.8	21.8	21.8	21.0	11.7
* aanpassen van omgeving (missing = 14)	13.6	14.4	19.6	29.2	23.2
* ondersteunen/behoud gezondheid (missing = 15)	31.3	24.9	25.3	13.3	5.2
Hebben verwijzers volgens u in het algemeen een goed idee voor welke patiënten ergotherapiebehandeling geïndiceerd is (missing = 4)					
	3.5	13.1	42.7	28.8	11.9
Is er volgens U sprake van te vroege of te late inschakeling van de ergotherapie door de verwijzers					
* te vroeg (missing = 36)	57.5	29.8	11.8	0.4	0.4
* te laat (missing = 16)	6.0	22.6	35.5	28.2	7.7

Tabel 6: Oordeel over kennis verwijzers betreffende ergotherapie.

zen en in de psychiatrie wordt weinig informatie over preventie gevraagd (Chi-kwadraat=10,32, $df=4$, $p=0,04$). Volgens ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen en ziekenhuizen geldt dit voor het vragen van informatie over ontwikkeling van nieuwe vaardigheden (Chi-kwadraat=14,86, $df=4$, $p=0,01$). Ergotherapeuten werkzaam in de psychiatrie en in ziekenhuizen geven aan dat er weinig informatie over het aanpassen van de omgeving wordt gevraagd door verwijzers (Chi-kwadraat=17,80, $df=4$, $p=0,00$).

Ongeveer veertig procent van alle ergotherapeuten vindt dat de verwijzers meestal een goed idee hebben voor wie ergotherapiebehandeling geïndiceerd is. Er blijkt een significant verschil tussen de instellingen en of men vindt dat de verwijzer een goed idee heeft over het inschakelen van de ergotherapeut (Chi-kwadraat=27,06, $df=4$, $p=0,00$). Alleen ergotherapeuten werkzaam in revalidatiecentra vinden dat de verwijzer bijna altijd een goed idee heeft voor wie behandeling geïndiceerd is. Verder blijkt uit *tabel 6* dat ruim eenderde van de ergotherapeuten uit deze enquête vindt dat ze regelmatig (vaak of altijd) te laat worden ingeschakeld door de verwijzers. Daarbij blijkt er een significant verschil te zijn tussen de instellingen (Chi-kwadraat=17,53, $df=4$, $p=0,00$). Met name ergotherapeuten werkzaam in de sector 'overige instellingen' geeft aan bijna altijd te laat te worden ingeschakeld, dit wordt bevestigd door ongeveer eenderde van de ergotherapeuten in verpleeghuizen, ziekenhuizen en in de psychiatrie.

Tot slot

Het doel van dit (deel-)onderzoek is inzicht te krijgen in de relatie die ergotherapeuten met verwijzers hebben. Belangrijke aandachtspunten daarbij zijn het aantal en soort verwijzers en het voorkomen van aanmelders of groepsprogramma's. Daarnaast werd onderzocht in welke mate er contact is met de verwijzers en de inhoud van dat contact. Tot slot werd geïnventariseerd hoe het oordeel van ergotherapeuten luidt over de kennis van de verwijzers over de ergotherapie.

De verwijzers waarmee respondenten van deze enquête contact hebben verschilt per instelling waar zij werkzaam zijn. Opvallend is het hoge percentage ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen dat de huisarts als verwijzer opgeeft. Dit zal hoogstwaarschijnlijk te maken hebben met de uitbreiding van de taken van ergotherapeuten in verpleeghuizen in de vorm van substitutie en andere eerstelijnsprojecten (6). De verwijzers in de andere werkvelden zijn bekend, in revalidatiecentra is dit de revalidatiearts, in de psychiatrie de psychiater enzovoort. Echter in de ziekenhuizen en in de sector 'overige instel-

lingen' hebben ergotherapeuten contact met verschillende verwijzers.

In alle werkvelden heeft men te maken met aanmelders. Het meeste echter komen aanmelders voor in de sectoren ziekenhuizen en verpleeghuizen. In de ziekenhuizen is er meestal sprake van aanmelders uit de tweede lijn. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de structuur van het ziekenhuis. Als er sprake is van een zogenaamde 'gesloten revalidatieafdeling', dan moeten alle medisch specialisten via de revalidatie-arts naar de ergotherapie verwijzen. Er is dan vaak sprake van een aanmelder (medisch specialist) en een verwijzer (revalidatie-arts). In verpleeghui-

Volgens de meeste ergotherapeuten heeft de verwijzer een te beperkt beeld van ergotherapie.

zen bleek zowel het percentage aanmelders uit de eerste als uit de tweede lijn hoog te zijn. Het komt in deze instellingen vaak voor dat de afdeling ergotherapie klein is qua aantal therapeuten en aantal uren dat men er werkt. Hierdoor kan het zijn dat de ergotherapie niet zo bekend is bij de verpleeghuisarts maar wel bij disciplines waar zij regelmatig mee samenwerken, zoals fysiotherapie en (wijk-)verpleging. Deze disciplines melden dan ook de meeste patiënten aan voor ergotherapiebehandeling, slechts een klein gedeelte van het aantal nieuwe patiënten per maand komt rechtstreeks via de verwijzer. Het aantal nieuwe patiënten dat per maand door de verwijzers verwezen wordt naar de ergotherapie verschilt per werkveld. In de sector 'overige instellingen', revalidatie en psychiatrie geven de respondenten aan dat het aantal nieuwe patiënten per maand relatief laag is. Dit wordt in de sector 'overige instellingen' waarschijnlijk veroorzaakt doordat ergotherapeuten werkzaam op scholen slechts enkele nieuwe leerlingen per jaar krijgen en doordat in deze sector veel kleine banen (qua uren en qua mankracht) voorkomen. In de revalidatie worden patiënten zeer intensief behandeld, meestal 1 keer per dag. Hierdoor kunnen er per maand weinig nieuwe patiënten in behandeling komen. In de psychiatrie zou het veroorzaakt kunnen worden door een combinatie van vaak langdurige opnamen en kleine afdelingen (qua uren en qua mankracht). Ergotherapeuten werkzaam in ziekenhuizen krijgen het meeste aantal nieuwe patiënten per maand. Waarschijnlijk zijn er veel korte behandelingen zoals bijvoorbeeld vervaardigen van spalken en verstrekk-

ken van decubitusvoorzieningen en de opnameduur van patiënten in ziekenhuizen is veel korter dan in de overige werkvelden.

Uit de resultaten blijkt dat er intensief contact bestaat tussen ergotherapeuten en verwijzers. Bij verwijzing wordt bijna altijd een medische diagnose gegeven en er is veelvuldig overleg tijdens de behandelperiode. Overdracht van informatie over patiënten vanuit de verwijzers ontbreekt soms, echter op verzoek van ergotherapeuten wordt dit bijna altijd gegeven. Geconcludeerd kan worden dat ergotherapeuten een goede relatie hebben met verwijzers. Dit contrasteert sterk met de resultaten van een soortgelijk onderzoek onder fysiotherapeuten in de eerste lijn. Hieruit bleek dat de fysiotherapeuten vonden dat er weinig informatie door de huisarts werd verstrekt en dat er slechts bij de helft van de fysiotherapeuten een regelmatig patiëntenoverleg werd georganiseerd samen met de huisartsen (7). Vermoedelijk is de situatie in de tweedelijnsgezondheidszorg, met meestal vaste tijden voor teambesprekingen, een beter uitgangspunt voor informatie-uitwisseling met verwijzers. Een opmerking die hierbij gemaakt kan worden betreft ergotherapeuten in verpleeghuizen. Zij zijn minder tevreden over de relatie met verwijzers. Dit komt waarschijnlijk doordat de rol van verwijzers in deze werkomgeving minimaal is, veel patiënten worden aangemeld door aanmelders. Hierdoor moeten ergotherapeuten zelf contact opnemen met verwijzers en om een verwijzing voor ergotherapie vragen.

Het oordeel van ergotherapeuten over de kennis van verwijzers betreffende ergotherapie is niet erg positief. Volgens de meeste ergotherapeuten heeft de verwijzer een te beperkt beeld van de mogelijkheden van ergotherapie (met name het gebied 'aanpassen' en 'herstel van vaardigheden'), ze weten niet goed voor welke patiënten ergotherapiebehandeling geïndiceerd is en er is vaak sprake van een te late inschakeling van de ergotherapie. Het is belangrijk dat de bekendheid en het beperkte beeld dat verwijzers hebben van ergotherapie verbeterd wordt. Dit zou onder andere mogelijk zijn door in de opleiding van verwijzers informatie te geven over de mogelijkheden van ergotherapie.

Literatuur

1. *Wet op paramedische beroepen (WPB), 1987, Ergotherapeutenbesluit, Zesde druk, 201-213, Zwolle, Tjeenk-Willink.*
2. *Nederlandse vereniging voor ergotherapie, 1985, 1988, Het beroep ergotherapie, Delft.*
3. *Driessen, M., Dekker, J., Zee, J. van der, Lankhorst, G. 1993, Ergotherapeuten: werksituatie en taakuitoefening, Nederlands Tijdschrift voor ergotherapie, 22, 3, p.75-82.*
4. *Nationale kruisvereniging, 1988, Ergotherapie in de eerste lijn; onderzoeksverslag, Bunnik.*
5. *Kirkwood, B.R., 1988, Essentials of medical statistics, Blackwell Scientific Publications, Oxford.*
6. *Dijk-van Dooren, N van, 1991, Nota ergotherapie....thuis op haar plaats, Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie.*
7. *Kerssens, J.J., Groenewegen, P., Curfs, E. Chr., 1986, Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg, de hulpverleners huisarts en fysiotherapeut, Utrecht, NIVEL.*