

Ergotherapie in de nederlandse gezondheidszorg

Een samenvatting van de resultaten van het onderzoeksproject 'Functie en plaats van de ergotherapie in de nederlandse gezondheidszorg'

Marie-José Driessen, Joost Dekker*

Samenvatting

In opdracht van het Ministerie van WVC is door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerste lijnsgezondheidszorg (NIVEL) onderzoek verricht naar de functie en plaats van ergotherapie. Het doel van het onderzoek was het verkrijgen van een kwantitatieve beschrijving van de beroepsuitoefening en van de relatie tussen verwijzers en beroepsbeoefenaren.

Het onderzoek bestond uit twee delen: een schriftelijke enquête onder beroepsbeoefenaren en registratie van patiënten door beroepsbeoefenaren.

Het onderzoek heeft geresulteerd in een beschrijving en analyse van onder andere: algemene kenmerken van de beroepsbeoefenaren (leeftijd, geslacht e.d.); werksituatie (werksetting, omvang van de werkzaamheden e.d.); aard en aantal verwijzers; medische diagnose; resultaten van het eigen diagnostisch onderzoek door de ergotherapeut in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps; behandeldoelen; aard van interventies; behandelprogramma's; relatie tussen behandeldoelen en interventies.

Summary

The Dutch Ministry of Health, Welfare and Cultural Affairs asked the NIVEL to conduct a study of the function of occupational therapy in the Dutch health care system. The aim of the study was to gain insight in the profession and into the relationship between occupational therapists and the specialists referring the patients.

The research consisted of two parts: a questionnaire sent to occupational therapists and registration of patients by occupational therapists.

Data was gathered on the following subjects: general characteristics of occupational therapists; field of work; number of referring specialists; medical diagnosis; occupational therapy diagnosis, treatment goals, interventions, health care programmes; relationship between treatment goals and interventions; relationship between treatment goals and health care programmes.

Inleiding

In opdracht van het Ministerie van WVC is door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerste lijnsgezondheidszorg (NIVEL) een onderzoek verricht naar de 'functie en plaats van de ergotherapie in de nederlandse gezondheidszorg'¹. Het doel van

het onderzoek was het verkrijgen van een kwantitatieve beschrijving van de beroepsuitoefening van ergotherapeuten en de relatie die ergotherapeuten hebben met hun verwijzers.

Het Ministerie van WVC is door de NVE benaderd met het verzoek een inventariserend onderzoek te willen ondersteunen. Voorzover gegevens over ergotherapie bekend zijn, zijn deze veelal moeilijk te interpreteren en te vergelijken door het ontbreken van een duidelijk en geaccepteerd begrippenkader achter de verzamelde gegevens. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in een onderzoek van 3 jaar. De eerste fase van het onderzoek is gestart in 1990 met instrument ontwikkeling (enquête en registratieformulier gebaseerd op een internationaal geaccepteerd begrippenkader), gevolgd door een tweede fase waarin de enquête is afgenomen en het registratieonderzoek is uitgevoerd. Een kwantitatief beeld is verkregen van de volgende aspecten:

- * werksituatie en taakuitoefening van ergotherapeuten²
- * de relatie met verwijzers³
- * de sociaal-demografische kenmerken van patiënten en ergotherapie-diagnose van deze patiënten⁴
- * de aard van de behandeling die aan deze patiënten gegeven wordt⁵

Aan de hand van een samenvatting van deze artikelen wordt een karakterisering gegeven van de ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Deze explicitering van de huidige beroepsuitoefening en van de relatie met verwijzers vormt het uitgangspunt van verdere ontwikkeling, verdieping en

¹ Het Ministerie van WVC heeft een commissie ingesteld die de uitvoering van dit project begeleidde. De geneeskundige hoofdinspectie werd vertegenwoordigd door de heer Th. A. G. Koekenbier en de Nederlandse vereniging voor ergotherapie door mevrouw L. van der Does de Willebois.

² Resultaten zijn beschreven in artikel: 'Ergotherapeuten: werksituatie en taakuitoefening' Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 1993, 21, 3, blz. 75-82.

³ Resultaten zijn beschreven in artikel 'De relatie tussen ergotherapeuten en verwijzers', Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie 1993, 21, 4, blz. 109-118.

⁴ Resultaten zijn beschreven in artikel: 'Occupational therapy diagnoses and treatment goals in inpatient care'. Ter publicatie aangeboden aan The Occupational Therapy Journal of Research.

⁵ Resultaten worden beschreven in artikel: 'Factors affecting the choice of treatment in occupational therapy'. Ter publicatie aangeboden aan The Occupational Therapy Journal of Research.

* Marie-José Driessen, ergotherapeut, onderzoeker bij het NIVEL
Joost Dekker, projectleider paramedische beroepen bij het NIVEL

mogelijk verbetering van de genoemde aspecten. Naast de samenvatting van het onderzoeksproject wordt in dit artikel aan het einde ook een aantal conclusies gepresenteerd op basis van de verzamelde gegevens.

Methode

I Enquête-onderzoek

Via een schriftelijke enquête onder ergotherapeuten zijn gegevens verzameld over werksituatie, taakuitoefening en de relatie met verwijzers. Het enquête-onderzoek heeft plaatsgevonden tussen 1991 en januari 1992. Bij het trekken van de steekproef is gebruik gemaakt van twee bestanden, namelijk het werkende ledenbestand van de NVE en het bestand van alle geregistreerde ergotherapeuten van de Geneeskundige Hoofdinspectie. Uit berekeningen bleek dat de organisatiegraad van de NVE ca 72% bedroeg. De verhouding 72% NVE versus 28% GHI is ook in de steekproef nagestreefd. In totaal zijn 421 enquêtes verzonden. De netto respons, dat wil zeggen de respons na aftrek van onbestelbare en niet werkende ergotherapeuten, op de enquête bedroeg 84%. In de analyses zijn 264 enquêtes betrokken.

II Registratie-onderzoek

Gegevens over patiënten en de behandeling van deze patiënten zijn verzameld met behulp van een registratie. De registratie is uitgevoerd door 143 ergotherapeuten, verdeeld over 49 afdelingen ergotherapie. De werkvelden die in dit onderzoek zijn betrokken zijn afgeleid van de gegevens uit een inventarisatie van de GHI (1989). De vier werkvelden waar ergotherapeuten het meeste aantal dagen per week werken zijn betrokken in de studie. Dat houdt in dat verpleeghuizen (38%), revalidatiecentra (32%), algemene en academische ziekenhuizen (20%) en psychiatrische ziekenhuizen/-instellingen (10%) bij dit onderzoek zijn betrokken. De afdelingen die zijn benaderd voor deelname aan het onderzoek zijn random gekozen uit een lijst van instellingen waar ergotherapeuten werkzaam zijn, die door de NVE (1990) wordt uitgegeven. In totaal zijn over 1049 patiënten gegevens geregistreerd met behulp van een standaard registratieformulier. Dit formulier werd ingevuld op twee tijdstippen; bij het eerste behandelcontact en bij beëindiging van de behandeling.

Het registratieformulier bestaat uit drie rubrieken: 1) algemene gegevens, 2) ergotherapie diagnose en 3) behandelingsgegevens.

De rubriek 'algemene gegevens' bestaat uit de onderwerpen patiëntgegevens (leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, woonsituatie, opleiding, beroep) en verwijzingsgegevens (verwijzer, medische diagnose, behandelvoorstel door verwijzer, klachten van patiënt en andere hulpverlening). De medische diagnose zoals die door de verwijzer is gegeven is gecodeerd met behulp van de ICD-10-

CM (International classification of diseases, 10th revision, clinical modification). De psychiatrische diagnose is gecodeerd met behulp van de DSM-3-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised, 1987).

In de rubriek 'ergotherapie diagnose' zijn de gegevens van de ergotherapeutische observatie geregistreerd. Maximaal 2 weken na de intake werd deze rubriek ingevuld. Het uitgangspunt van deze rubriek is de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, de ICIDH (WHO, 1980). De rubriek bestaat uit drie onderdelen: stoornissen, beperkingen en handicaps. Een stoornis wordt in de ICIDH gedefinieerd als 'iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie'. Een beperking wordt gedefinieerd als 'iedere vermindering of afwezigheid (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering'. Een handicap wordt gedefinieerd als een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of beperking, welke de normale rolvervulling van de betrokkene (gezien leeftijd, geslacht en sociaal culturele achtergrond) begrenst of verhindert. Bij het onderdeel handicaps is bij het opstellen van de items - gezien de kritiek op de handicap sectie van de ICIDH - ook gebruik gemaakt van de Groningse sociale beperkingenschaal (GSB-II, 1990).

De rubriek 'behandelingsgegevens' inventariseert de gestelde behandeldoelen, duur van de behandeling, gebruikte interventies en gebruikte behandelprogramma's.

III Interbeoordelaars betrouwbaarheid

Voordat het registratieonderzoek plaatsvond is de registratie van stoornissen, beperkingen en handicaps getoetst op inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid⁶. Het interbeoordelaarsonderzoek is uitgevoerd in de psychiatrie. Twee therapeuten hebben onafhankelijk van elkaar hun bevindingen, ten aanzien van dezelfde patiënt, uit de observatieperiode geregistreerd. Het intrabeoordelaarsonderzoek is uitgevoerd in de revalidatie. Elke therapeut heeft voor een patiënt twee keer het registratieformulier ingevuld met een interval van minimaal 7 en maximaal 14 dagen. Nagegaan is in beide onderzoeken in hoeverre bij eenzelfde patiënt dezelfde stoornissen, beperkingen en handicaps werden geregistreerd. De resultaten van het onderzoek gaven aan dat de betrouwbaarheid van de registratie van stoornissen, beperkingen en handicaps voldoende tot zeer goed is.

⁶Resultaten zijn weergegeven in artikel 'inter-rater and intra-rater reliability of the occupational therapy diagnosis'. Geaccepteerd voor publicatie in *The Occupational Therapy Journal of Research*.

Resultaten

Ergotherapeuten, werksituatie en verwijzers

Algemene kenmerken van de beroepsgroep

De beroepsgroep bestaat voor het grootste gedeelte uit vrouwen (91,7%). De gemiddelde leeftijd bedraagt 33,3 jaar (minimum leeftijd 22 jaar en maximum leeftijd 57 jaar). Gezien de gemiddelde leeftijd is duidelijk dat ergotherapeuten een jonge beroepsgroep vormen.

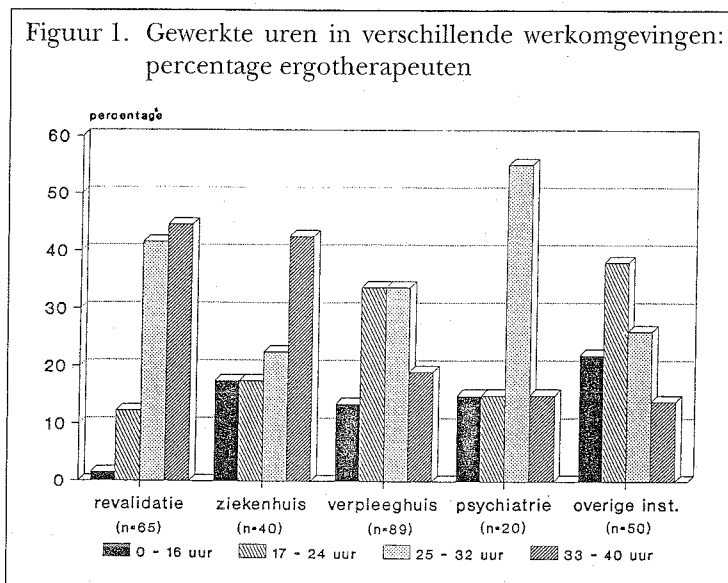
Werksituatie

De werkomgevingen waar ergotherapeuten werkzaam zijn, zijn weergegeven in tabel 1. Vrijwel alle ergotherapeuten zijn werkzaam in de tweedelijnsgezondheidszorg. De vier instellingen waarin de meeste ergotherapeuten werkzaam zijn, zijn verpleeghuizen, revalidatiecentra, algemene en academische ziekenhuizen en psychiatrische instellingen.

De gegevens in tabel 1 hebben - in het geval dat de ergotherapeut op meer dan één werkplek werkzaam was - betrekking op de omgeving waarin de betreffende ergotherapeut het meeste aantal uren werkzaam is. Een aantal therapeuten (7%) geeft aan nog op een tweede werkplek werkzaam te zijn en 2% van de therapeuten geeft aan nog een derde werkplek te hebben.

Het aantal uren dat men werkzaam is blijkt samen te hangen met de werkomgeving (zie figuur 1). Met name respondenten uit de sector verpleeghuizen en uit de categorie 'overige instellingen' geven aan dat er veelal 24 uur of minder wordt gewerkt. Daarentegen geven ergotherapeuten werkzaam in revalidatiecentra, ziekenhuizen en psychiatrische instellingen aan dat er relatief veel banen zijn van 25 uur of meer. Het blijkt dat de grote afdelingen ergotherapie, dat wil zeggen afdelingen waar relatief veel therapeuten werkzaam zijn en waar relatief veel ergotherapeuten een baan van meer dan 24 uur hebben, zich met name in de revalidatie en in

Figuur 1. Gewerkte uren in verschillende werkomgevingen: percentage ergotherapeuten



Tabel 1. Werkomgeving waar ergotherapeuten het meest aantal uren werkzaam zijn

Werkomgeving	aantal	percentage	totaal per werkveld
Revalidatie			24,7%
Revalidatiecentrum	49	18,6	
Kinderrevalidatie	16	6,1	
Algemene/Academische ziekenhuizen			15,1%
Algemeen ziekenhuis, gesloten revalidatieafdeling	16	6,1	
Algemeen ziekenhuis, open revalidatieafdeling	13	4,9	
Academisch zkh, open afdeling	8	3,0	
Acad zkh, gesloten revalidatieafdeling	3	1,1	
Verpleeghuis			33,7%
Verpleeghuis somatisch	30	11,4	
Verpleeghuis somatisch + consult	38	14,4	
Verpleeghuis psychogeriatric	4	1,5	
Verpleeghuis psychogeriatric en consult	1	0,4	
Verpleeghuis somat. + psychog.	4	1,5	
Verpleeghuis somat. + psychog. + consult	12	4,5	
Psychiatrie			7,7%
PAAZ	2	0,8	
Psychiatrische inst., acuut	7	2,7	
Psychiatrische inst, chronisch	3	1,1	
Psychiatrische inst. dagbeh. en resocialisatie	7	2,7	
Riagg	1	0,4	
Zwakzinnigenzorg			4,6%
Zwakzinnigenzorg	5	1,9	
Dagverblijf geestelijk gehandicapten	7	2,7	
Scholen			2,7%
Mytyl-/Tytylschool	7	2,7	
Eerste Lijn			4,6%
Eerste lijn vrijgevestigd	2	0,8	
Eerstelij (kruis) vereniging	7	2,7	
Verzorgings/bejaardenhuis	3	1,1	
Regionaal centr voor blinden en slechtz.	7	2,7	2,7%
Overig	9	4,7	4,7%
Totaal	264	100,0	100,0%

algemene ziekenhuizen bevinden. Kleinere afdelingen, met relatief veel banen van 24 uur en minder en weinig therapeuten per afdeling, bevinden zich met name in verpleeghuizen en in de categorie overige instellingen. De gemiddelde werkervaring van ergotherapeuten bedraagt 8,14 jaar (minimum 2 maanden, maximum 27 jaar). Er is geen significant verband gevonden tussen de werkomgeving en het aantal jaren ervaring.

Taakuitoefening

De werkzaamheden van ergotherapeuten zijn met name gericht op het taakgebied behandelen. Uit deze categorie worden de meeste activiteiten frequent tot zeer frequent uitgevoerd. Het betreft activiteiten als verzamelen van gegevens over de hulpvraag, wensen en verwachtingen van de hulpvrager, onderzoeken en analyseren van de beperkingen van de hulpvrager. Relatief weinig tijd wordt er besteed aan het evalueren van de behandeling en de resultaten van de behandeling. Ook komen ergotherapeuten relatief minder vaak aan werkzaamheden toe die te maken hebben met het ontwikkelen en het op peil houden van de kwaliteit van de zorgverlening, zoals intercollegiale- en interdisciplinaire toetsing en het verrichten van onderzoek. Een uitzondering hierop vormt de na- en bijscholing. Meer dan 80% van de ergotherapeuten heeft tenminste een na- of bijscholingscursus gevolgd. Daarbij dient de kanttekening te worden gemaakt dat ergotherapeuten werkzaam op 'kleine' afdelingen minder cursussen volgen dan ergotherapeuten op 'grote' afdelingen.

Verwijzers

Ergotherapeuten hebben contacten met verschillende verwijzers. Het meest worden de revalidatie-

Tabel 2. Verwijzers in het afgelopen half jaar: percentage ergotherapeuten dat deze verwijzer noemt

Verwijzers	Percentage
revalidatie arts	53.0
verpleeghuisarts	36.4
huisarts	36.0
neuroloog	14.0
reumatoloog	12.5
(plastisch) chirurg	11.4
orthooped	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 meer dan één verwijzer kon aangeven.

Tabel 3. Aanmelders in het afgelopen half jaar: percentage ergotherapeuten dat deze aanmelders noemt

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
ziekenverzorging	8.0
neuroloog	7.6
reumatoloog	5.3
leerkracht	4.9
orthooped	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
wijkziekenverzorging	2.7
Gemeentelijk Sociale Dienst	2.7

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

arts, de verpleeghuisarts en de huisarts genoemd. Tabel 2 geeft een overzicht over de verwijzers die door de respondenten zijn genoemd.

Uiteraard bepaalt de werkomgeving welke verwijzer het meest verwijst: de revalidatie-arts wordt het meest genoemd in revalidatiecentra, de verpleeghuisarts in verpleeghuizen etc. Opvallend is dat in verpleeghuizen de huisarts zeer frequent als verwijzer genoemd wordt.

Aanmelders

Naast de officiële verwijzers heeft de ergotherapeut ook contacten met aanmelders. Aanmelders zijn degenen die als eerste signaleren dat een patiënt in aanmerking komt voor ergotherapeutische behandeling. Tabel 3 laat zien met welke aanmelders men contact heeft.

Communicatie met verwijzers

Er is zeer regelmatig overleg tussen ergotherapeuten en verwijzers zowel bij de verwijzing als tijdens de behandeling. De mening van de ergotherapeuten over de communicatie met verwijzers is redelijk positief. Het oordeel van ergotherapeuten over de kennis van verwijzers van ergotherapie is minder positief. De inhoudelijke informatie die door verwijzers wordt gevraagd betreft vaak de gebieden

Tabel 4. Algemene karakteristieken van patiënten in de studie (n=1051)

	somatische patiënten (n=944)	psychiatrische patiënten (n=107)
Geslacht		
Man	40,3%	40,2%
Vrouw	59,7%	59,8%
Leeftijd		
gemiddelde (sd)	60,8 (SD 20,9)	38,4 (SD 13,7)
Verzekeringsvorm		
Ziekenfonds	76,2%	86,9%
Particulier	23,6%	13,1%
Geen	0,2%	-
Woonvorm *		
Thuis (met aanpassingen)	45,9%	47,7%
Instelling **	51,1%	50,5%
Anders	1,2%	1,8%
Leefsituatie		
Alleenstaand	33,1%	30,0%
Met anderen ***	66,9%	70,0%

* Woonvorm tijdens behandelperiode.

** Bejaardenhuis, verzorgingshuis, verpleeghuis, psychiatrische instelling, revalidatie centrum, ziekenhuis.

*** Met ouders, kinderen, partner, combinaties en anderen.

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

Aantal nieuwe patiënten

Het aantal nieuwe patiënten dat door verwijzers per maand naar de ergotherapie wordt doorverwezen is - naar schatting van de ergotherapeuten - (minimum 0,25 patiënt, maximum 60 patiënten). Het aantal blijkt sterk samen te hangen met het soort instelling waar men werkzaam is. In ziekenhuizen is het aantal nieuwe patiënten het hoogst; in de revalidatie en psychiatrie is het aantal relatief laag, terwijl in verpleeghuizen dit aantal hier tussenin ligt.

De patiënten en de behandeling

Algemene kenmerken van patiënten

In totaal zijn over de behandeling van 1051 patiënten gegevens verzameld door de ergotherapeuten. Van de patiënten die door ergotherapeuten behandeld worden is 60% van het vrouwelijk geslacht. Dit geldt zowel voor de patiënten in de somatische zorg (verpleeghuizen revalidatiecentra, ziekenhuizen) als patiënten in de psychiatrische zorg.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten in de somatische zorg (61 jaar) is veel hoger dan de gemiddelde leeftijd van patiënten in de psychiatrie (38 jaar). Dit hangt samen met het hoge percenta-

Tabel 5. Medische/Psychiatrische diagnose van patiënten in de studie (n=1051)

Diagnose	%
Medische diagnose (ICD-10-CM) (n=944)	
Ziekten van hart- en vaatstelsel (9 ⁺)	31,7
Ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel (13 ⁺)	21,4
Ongevallsletsels en vergiftigingen (19,20 ⁺)	16,5
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen (7 ⁺)	16,7
Anderen (1,2,3,4,5,6,8,10,12,17,18 ⁺)	10,4
Geen diagnose	3,4
Psychiatrische Diagnose (DSM-3-R) (n=107)	
Schizofrenie	36,4
Depressieve stoornissen	23,4
Psychotische stoornissen	10,3
Persoonlijkheidsstoornissen	8,4
Anderen	18,7
Geen diagnose	2,8

* Nummers verwijzen naar de hoofdstukken in de ICD-10-CM.

ge verpleeghuispatiënten in het onderzoek. Tabel 4 laat overige kenmerken van de patiënten zien.

Medische en psychiatrische diagnose

De medische en psychiatrische diagnoses van de patiënten in het onderzoek zijn weergegeven in tabel 5. Hieruit blijkt dat in de groep somatische patiënten, ziekten van hart/ vaatstelsel het meest frequent gediagnostiseerd wordt. Bijna alle patiënten in deze groep hebben een cerebrovasculair accident (CVA). Daarnaast komen ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel ook veelvuldig voor. In de groep psychiatrische patiënten zijn de diagnoses schizofrenie en depressie het meest vaak gesteld.

Ergotherapeutische diagnose

Het diagnostisch onderzoek van de ergotherapeut heeft betrekking op stoornissen, beperkingen en handicaps. De ergotherapeutische diagnose heeft betrekking op de gevolgen van ziekte in plaats van de ziekte zelf. Daarmee is de ergotherapeutische diagnose complementair aan de medische diagnose.

Voordat het registratie-onderzoek plaatsvond is nagegaan of het ergotherapeutisch diagnostisch onderzoek betrouwbaar - dat wil zeggen: reproduceerbaar - is. Daartoe noteerden ergotherapeuten in een psychiatrisch ziekenhuis onafhankelijk van elkaar hun diagnostische bevindingen; in een revalidatiecentrum noteerde dezelfde ergotherapeut met een zekere tussenperiode tweemaal de diagnostische bevindingen. De resultaten laten zien dat de betrouwbaarheid/reproduceerbaarheid van de ergotherapeutische diagnostiek redelijk tot zeer goed is.

Tabel 6. stoornissen, beperkingen, handicaps

Stoornis	patiënten in somatiek (n=944)		patiënten in psychiatrie (n=107)	
	gediagnostiseerd %	behandeldoel %	gediagnostiseerd %	behandeldoel %
Motorisch	94,1	48,3	24,3	5,6
Sensorisch	68,3	15,4	18,7	1,9
Cognitief	35,3	14,0	67,3	34,6
Intra persoonlijk	34,3	5,5	98,1	55,1
Andere stoornissen	0,4	2,0	0,0	4,7
Beperkingen				
Basis vaardigheden	84,2	31,8	98,1	72,0
Communicatie	47,2	8,2	43,0	4,7
Uithoudingsvermogen	65,4	14,4	77,6	20,6
Verplaatsen/voortbewegen	78,4	41,2	19,6	1,9
Persoonlijke verzorging	73,6	48,4	33,6	12,1
Huishouden	74,3	35,2	60,7	15,0
Vaardigheidsbeperkingen	52,0	12,3	29,0	7,5
Tijdsbesteding	63,5	20,3	81,3	51,4
Relatie	27,9	0,6	86,0	25,2
Handicap				
Rol van zelfverzorger	61,0	24,3	59,8	18,7
Mobiliteit	75,5	26,0	34,6	2,8
Sociale rol	49,0	5,9	92,5	45,8
Beroepsrol	66,6	19,3	83,2	47,7
Gezins/familie rol	38,9	4,7	78,5	9,3

Uit de resultaten van het registratie-onderzoek blijkt dat ergotherapeuten op alle drie de niveaus - stoornissen, beperkingen en handicaps - items diagnosticeren. Voor de somatische patiënten werden met name (> 70%) motorische stoornissen, beperkingen in basisvaardigheden, beperkingen in verplaatsen en voortbewegen, beperkingen in de persoonlijke verzorging, beperkingen in het huishouden en handicap in mobiliteit geregistreerd. Voor de psychiatrische patiënten werden met name (> 70%) intrapersonlijke stoornissen, beperkingen in basisvaardigheden, beperkingen in uithoudingsvermogen, beperkingen in tijdsbesteding, relatiebeperkingen, handicap in sociale rol, handicap in beroepsrol en handicap in gezins/familierol geregistreerd. Tabel 6 geeft een overzicht van de gediagnostiseerde items.

In tabel 6 is tevens aangegeven welke items als behandeldoel zijn gekozen. Het blijkt dat bij somatische patiënten met name motorische stoornissen, beperkingen in basisvaardigheden, beperkingen in verplaatsen en voortbewegen, beperkingen in persoonlijke verzorging en beperkingen in het huishouden als behandeldoel worden gekozen. Bij psychiatrische patiënten worden veelal cognitieve en intrapersonlijke stoornissen, beperkingen in basisvaardigheden, beperkingen in tijdsbesteding, handicap in sociale rol en handicap in beroepsrol als behandeldoel gekozen.

Ergotherapeuten noteerden in het algemeen meer dan één behandeldoel per patiënt (tevorens was in het onderzoek een limiet gesteld van maximaal vijf behandeldoelen per patiënt). Om meer overzicht te krijgen is nagegaan of het grote aantal combinaties van behandeldoelen teruggebracht kan worden tot een beperkt aantal dimensies van behandeldoelen die vaak samen voorkomen. Tabel 7 geeft een overzicht van de resultaten van deze analyse. Voor de somatiek konden de 19 categorieën behandeldoelen worden teruggebracht tot 7 dimensies, voor de psychiatrie werden de 19 categorieën behandeldoelen teruggebracht tot 5 dimensies.

In de somatiek bestaat de eerste dimensie uit motorische en sensorische stoornissen. Dit betekent dat motorische en sensorische stoornissen vaak samen als behandeldoel gekozen worden. De tweede dimensie bestaat uit cognitieve stoornissen. De derde dimensie wordt gevormd door beperkingen in verplaatsen en voortbewegen en beperkingen in persoonlijke verzorging, of door specifieke vaardigheden. Dat wil zeggen dat als wordt gekozen voor een behandeldoel gericht op beperkingen in verplaatsen dan zal bijna altijd ook een behandeldoel worden gekozen gericht op beperkingen in persoonlijke verzorging, maar het is bijna zeker dat er dan niet voor specifieke vaardigheden wordt gekozen. En omgekeerd: als er voor specifieke vaardig-

Tabel 7. Onafhankelijke dimensies van behandel­doelen

Somatiek
Stoornissen * motorisch en sensorisch * cognitief
Beperkingen * verplaatsen/voortbewegen en persoonlijke verzorging <u>OF</u> specifieke vaardigheden * huishouden * uithoudingsvermogen * tijdsbesteding
Handicaps * rol van zelfverzorger en mobiliteit <u>OF</u> beroepsrol
Psychiatrie
Stoornissen * cognitief en intrapersoonlijk
Beperkingen * tijdsbesteding en relaties <u>OF</u> persoonlijke verzorging * huishouden en tijdsbesteding <u>OF</u> specifieke vaardigheden * relatie
Handicaps * sociale rol en beroepsrol <u>OF</u> rol van zelfverzorger

heden als behandeldoel gekozen wordt, zal er vrijwel zeker niet voor verplaatsen en persoonlijke verzorging gekozen worden. De vierde dimensie wordt gevormd door beperkingen in het huishouden, de vijfde dimensie door beperkingen in het uithoudingsvermogen en de zesde dimensie bestaat uit beperkingen in de tijdsbesteding. De zevende dimensie bestaat uit handicap in rol van zelfverzorger en handicap in mobiliteit, of handicap in beroepsrol.

In de psychiatrie bestaat de eerste dimensie uit cognitieve en intrapersoonlijke stoornissen. De tweede dimensie wordt gevormd door beperkingen in tijdsbesteding en relatiebeperkingen, of beperkingen in persoonlijke verzorging. De derde dimensie bestaat uit beperkingen in het huishouden of beperkingen in tijdsbesteding, of beperkingen in basisvaardigheden. De vierde dimensie wordt gevormd door relatiebeperkingen. Tot slot de vijfde dimensie die gevormd wordt door handicap in sociale rol en handicap in beroepsrol, of handicap in rol van zelfverzorger.

De behandelperiode⁷

In het algemeen wordt de behandelduur en frequentie niet voorgeschreven door de verwijzer. De gemiddelde duur van een ergotherapiebehandeling was 11 uur. De gemiddelde lengte van een ergotherapiebehandeling is tien weken.

Interventies⁸

Tabel 8 Interventies

Interventie	% patiënten (n=944)	% interventies (n=3252)
Aktiviteiten		
Zelfverzorging	50,0	14,5
Huishouden	39,7	11,5
Tijdsbesteding	20,3	5,9
Handvaardigheid	12,5	3,6
Verplaatsen/vervoer	36,2	10,5
Spel	25,8	7,5
Arbeid	11,5	3,4
Communicatie	5,8	1,7
Advies/instructie		
Zitten/staan	35,5	10,3
Hulpmiddelen (Woning)aanpassingen	48,8 25,6	14,2 7,4
Groepsbehandeling		
Taakgericht	2,6	0,7
Persoonsgericht	3,6	1,1
Spalken	11,9	3,5
Overig	14,2	4,2

In de kolom '% patiënten' is weergegeven bij welk deel van de patiënten een interventie toegepast is. De som van deze percentages is meer dan 100%.

In de kolom '% interventies' is weergegeven welk aandeel een interventie in het totaal van de interventies heeft. De som van deze percentages is 100%.

De interventies die zijn gekozen door de ergotherapeuten worden weergegeven in tabel 8. Uit tabel blijkt dat de ergotherapeutische interventies veelal bestaan uit activiteiten met betrekking tot zelfverzorging, huishouden of verplaatsen en voortbewegen. Ook wordt vaak voor advies/instructie over staan en zitten of over hulpmiddelen gekozen.

Het is opvallend dat er heel weinig voor groepsbehandelingen wordt gekozen.

Behandel­doelen en keuze van interventies⁸

Er is nagegaan of de keuze door de ergotherapeut voor een bepaalde interventie verklaard kan worden vanuit de behandel­doelen van de ergotherapeut. Daartoe is de relatie tussen behandel­doelen en interventies onderzocht. De volgende relaties tussen behandel­doelen en interventies zijn gevonden: activiteiten met betrekking tot persoonlijke verzorging worden gekozen bij het behandel­doel beperkingen in persoonlijke verzorging en bij het behandel­doel handicap in rol van zelfverzorger. Activiteiten met betrekking tot het huishouden

⁷Deze analyses zijn alleen uitgevoerd voor de somatische patiënten, omdat de groep psychiatrische patiënten te klein was.

⁸Deze analyses zijn alleen uitgevoerd voor de somatische patiënten omdat de groep psychiatrische patiënten te klein was.

worden gekozen bij het behandelgoal beperkingen in het huishouden; activiteiten met betrekking tot tijdsbesteding worden gekozen bij beperkingen in tijdsbesteding; activiteiten met betrekking tot verplaatsen en vervoer worden gekozen bij beperkingen in verplaatsen en voortbewegen en handicap in mobiliteit; spel wordt gekozen bij motorische en cognitieve stoornissen; activiteiten met betrekking tot arbeid worden gekozen bij handicap in beroepsrol; de interventie advies/instructie bij zitten en staan wordt gekozen bij beperkingen in basisvaardigheden; de interventie het vervaardigen van spalken werd gekozen bij motorische stoornissen.

Deze resultaten laten zien dat er inderdaad relaties zijn tussen behandelgoal en de keuze voor interventies, maar het grootste deel van deze relaties is erg voor de hand liggend: bij beperkingen in de persoonlijke verzorging wordt gekozen voor activiteiten met betrekking tot persoonlijke verzorging etc. Dit betekent dat langs deze weg slechts op zeer beperkte wijze inzicht in de keuze voor een interventie gekregen is. Daarbij dienen twee kanttekeningen gemaakt te worden. Ten eerste, via de zogenaamde behandelprogramma's is wel meer inzicht in de keuze voor een interventie gekregen (zie hieronder). Ten tweede, de omschrijving van interventies in de ergotherapie is nog zeer globaal: aan activiteiten met betrekking tot persoonlijke verzorging zijn allerlei aspecten te onderscheiden. Het is zeer wel mogelijk dat bij een meer gedetailleerde beschrijving van de interventies de behandelgoelen wel meer inzicht in de keuze voor een interventie geven. Op dit moment zijn er nog geen andere omschrijvingen voor de interventies van ergotherapeuten voorhanden.

Behandelprogramma's en keuze van interventies⁸

Behalve de behandelgoelen zijn ook de zogenaamde behandelprogramma's geregistreerd. Een behandelprogramma kan worden beschouwd als een uitgangspunt van de therapie. Het bepaalt de richting van de therapie. Daarmee is een behandelprogramma een soort 'meta-goel': met de keuze voor een behandelprogramma geeft de ergotherapeut aan op welke wijze het specifieke behandelgoal bij

de behandeling betrokken wordt. Er zijn in het onderzoek vijf behandelprogramma's onderscheiden: preventie, ontwikkelen van vaardigheden, herstel van vaardigheden, aanpassen van de omgeving, onderhoud en behoud van de gezondheid. Een voorbeeld kan de aard van de behandelprogramma's verduidelijken: bij het behandelgoal persoonlijke verzorging kan het programma herstel van vaardigheden worden gekozen. Dit houdt in dat het bereiken van dit behandelgoal gericht is op het herstel van vaardigheden ten behoeve van de persoonlijke verzorging. Als bij hetzelfde behandelgoal het programma aanpassen van de omgeving wordt gekozen dan zal de ergotherapeut de beperkingen in persoonlijke verzorging proberen op te lossen door hulpmiddelen/aanpassingen te adviseren. Bij ieder behandelgoal kan een ander programma worden aangegeven.

Er is onderzocht of er een relatie bestaat tussen de programma's en de interventies. Tabel 9 geeft een overzicht van de relatie. Het blijkt dat de behandelprogramma's ontwikkelen van vaardigheden en herstel van vaardigheden veelal gekozen worden bij alle interventies met betrekking tot activiteiten. Deze programma's worden niet gekozen bij de interventies met betrekking tot advies en/of instructie. Echter, de behandelprogramma's preventie en aanpassen van de omgeving worden gekozen bij de interventies met betrekking tot advies en/of instructie en veelal niet bij de interventies met betrekking tot de activiteiten.

Conclusies

De centrale vraagstelling van dit onderzoek betreft de functie en plaats van ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Er zijn gegevens verzameld die een uitgebreide bron van informatie zijn over de beroepsuitoefening en de relaties met verwijzers. De informatie vormt enerzijds een explicitering van de kennis die aanwezig was in de vorm van tekstboeken en beschouwingen. Daarnaast is veel nieuwe kennis vergaard over de beroepsbeoefenaren zelf, de patiënten en de behandeling.

Op deze plaats aangekomen doet de vraag zich voor waartoe men de gegevens uit het onderzoek kan gebruiken. Anders gezegd gaat het om de

Tabel 9: Relatie tussen behandelprogramma's en interventies

Behandelprogramma's	Interventies											
	Aktiviteiten						Advies en/of instructie				Groepsbehandeling	
	Zelf verzorging	Huis houden	Tijdsbesteding	Handvaardigheid	Verplaatsen/Spel vervoer	Arbeid	Zitten en staan	Hulpmiddelen	(Woning-) Aanpassingen gericht	Probleem	Spalken	Overig
Preventie		+			-	+	+	+	+	+	+	
Ontwikkelen	+	+	+	+	+	+				+	-	+
Herstel	+	+	+	+	+	+					+	
Aanpassen omgeving	+	+			+		+	+	+			
Behoud gezondheid	+		+			+	+					+

vraag welke consequenties men uit het onderzoek kan trekken. De implicaties van dit onderzoek voor het toekomstige beleid op het gebied van de ergotherapie worden aan de hand van de belangrijkste bevindingen weergegeven. De keuze voor juist deze bevindingen is in zekere zin arbitrair: een andere auteur zou wellicht andere bevindingen uitkiezen en andere consequenties trekken. Onze keuze is gemaakt tegen de achtergrond van zowel het beleid op het terrein van de paramedische zorg als een serie onderzoeken op het gebied van de paramedische zorg⁹. Wij zullen bij het bespreken van de bevindingen de relatie met het beleid en met de andere onderzoeksprojecten aangeven. Op deze wijze beogen wij onze keuze te motiveren.

In het beleid voor (para)medische beroepen is tegenwoordig veel aandacht voor activiteiten die gericht zijn op het ontwikkelen en het op peil houden van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Ergotherapeuten komen - uitgezonderd het volgen van na- en bijscholing - weinig toe aan dergelijke activiteiten, zoals intercollegiale- en interdisciplinaire toetsing. Daarbij dient direct opgemerkt te worden dat het beleid om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te benadrukken pas van tamelijk recente datum is. Desalniettemin lijkt het aangewezen dat ook ergotherapeuten zich meer gaan bezig houden met activiteiten op het gebied van kwaliteitsbevordering.

Zoals hierboven opgemerkt vormt het volgen van na- en bijscholing een uitzondering; ergotherapeuten doen dit in het algemeen nu al wel veel. Een kanttekening die hierbij gemaakt kan worden is dat er duidelijk verschillen zijn tussen zogenaamde 'grote' (in revalidatiecentra en ziekenhuizen) en 'kleine' (in verpleeghuizen en overige instellingen) afdelingen. Op kleine afdelingen wordt bijna niet aan na/bijscholing gedaan. In het kader van kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging is het van belang dat de vakkennis ook op kleine afdelingen wordt bijgehouden.

Er wordt weinig aandacht besteed aan intercollegiale - en interdisciplinaire toetsing. Een nieuwe ontwikkeling binnen de ergotherapie is het proefproject 'intercollegiale toetsing ergotherapie', uitgevoerd door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO). Nadat dit proefproject is afgerond kan intercollegiale toetsing geïmplementeerd worden in het werkveld. Het is daarbij wenselijk dat afdelingen ergotherapie, bijvoorbeeld in het kader van de kwaliteitswet zorginstellingen, gestimuleerd worden om mee te doen aan cursussen op het gebied van intercollegiale toetsing.

Weinig tijd wordt door ergotherapeuten besteed

aan het evalueren van de behandeling en de resultaten van de behandeling. Het is van belang om patiënten meer bij de behandeling te betrekken en met name ook te bepalen hoe tevreden zij zijn met de resultaten van de behandeling. Hiervoor zou, in de toekomst, binnen de ergotherapie een patiëntenfeedbacksysteem kunnen worden ontwikkeld.

Opvallend is dat er een intensief contact is tussen ergotherapeuten en verwijzers. Verder geven de ergotherapeuten aan positief te zijn over de communicatie met verwijzers. Er kan geconcludeerd worden dat ergotherapeuten een goede relatie met hun verwijzers hebben, in die zin dat ze regelmatig overleg voeren rond de verwijzing en over de inhoud van de behandeling. Dit contrasteert met de resultaten uit soortgelijk onderzoek naar de relatie tussen huisartsen en extramuraal werkende fysiotherapeuten (Kerssens, Groenewegen en Curfs, 1986). Daarbij bleek dat er slechts bij de helft van de fysiotherapeuten een regelmatig patiëntenoverleg werd georganiseerd samen met de huisartsen. Extramuraal werkende fysiotherapeuten zijn meestal niet in dezelfde instelling werkzaam als de verwijzende huisarts, hetgeen het contact bemoeilijkt. Ergotherapeuten en verwijzers zijn meestal wel in dezelfde instelling werkzaam: in deze instellingen zijn er veelal vaste tijden voor (team)overleg.

Ten aanzien van de toekomst kan op basis van deze bevindingen de volgende opmerking gemaakt worden. Er is momenteel een sterke tendens waarneembaar tot het bevorderen van ergotherapie in de extramuraal setting ('ergotherapie thuis'). In de extramuraal setting worden de patiënten voor het grootste deel door de huisarts naar de ergotherapeut verwezen (Driessen, Dekker, Abrahamse, 1994). Dit betekent dat hier in principe een situatie ontstaat die te vergelijken is met de relatie tussen huisarts en fysiotherapeut: er is minder regelmatig overleg tussen verwijzer (huisarts) en ergotherapeut. Het is daarom aan te bevelen bij ergotherapeuten werkzaam in de extramuraal setting aandacht te besteden aan een zorgvuldige gang van zaken bij de verwijzing van de patiënt (verwijsbrief), overleg over het verloop van de behandeling en terugrapportage door de ergotherapeut aan de verwijzer aan het einde van de behandeling. Ergotherapeuten vinden verder dat verwijzers een te beperkt beeld hebben van het beroep ergotherapie. Informatie die door verwijzers over het beroep wordt gevraagd richt zich met name op de gebieden aanpassing van de omgeving en herstel van vaardigheden. De overige gebieden, preventie, ontwikkelen van vaardigheden en onderhoud/-behoud van gezondheid, zijn niet bekend bij de verwijzers. Het is van belang dat dit beperkte beeld verbeterd wordt door verwijzers bijvoorbeeld tijdens hun opleiding bekend te maken met alle aspecten van de ergotherapie.

⁹Het gaat om onderzoek op het gebied van fysiotherapie, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, logopedie en podotherapie. Al deze onderzoeken zijn, evenals het onderzoek naar ergotherapie uitgevoerd bij het NIVEL.

De ergotherapie diagnose is ontwikkeld als aanvulling op de medische/psychiatrische diagnose. Op basis van medische/psychiatrische diagnose kan een ergotherapeut niet starten met zijn behandeling. De ergotherapeut voert eigen observaties, metingen en testen uit. Het resultaat hiervan wordt weergegeven in de ergotherapie-diagnose. De ergotherapie-diagnose is omschreven in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps. Deze termen zijn afkomstig uit de Internationale Classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps (ICIDH). Uit het betrouwbaarheidsonderzoek blijkt dat ergotherapeuten het onderling eens zijn over de omschrijving van hun diagnostische bevindingen in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps. Dit betekent ondermeer dat de ICIDH een adequaat instrument is om de ergotherapeutische diagnose in kaart te brengen. Verdere introductie van de ICIDH binnen de beroepsgroep leidt tot eenheid van taal. De onderlinge communicatie binnen de beroepsgroep wordt hierdoor bevorderd. Bij de verdere introductie van de ICIDH kan worden aangesloten bij het project classificaties en definities van paramedische bewegingsberoepen, dat wordt uitgevoerd door de Stichting Wetenschap en Scholing Paramedici in oprichting.

Uit de resultaten van het eigen diagnostisch onderzoek leiden ergotherapeuten behandeldoelen af. Deze behandeldoelen kunnen ook in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps geformuleerd worden. Het onderzoek laat zien dat ergotherapeuten hun behandeldoel vooral kiezen op het niveau van beperkingen. Zij kiezen ook doelen op het niveau van stoornissen en handicaps, maar het accent ligt duidelijk op het niveau van beperkingen. Hiermee onderscheidt de ergotherapie zich nadrukkelijk van aanpalende disciplines als de fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck, oefentherapie Cesar en podotherapie. Uit onderzoek blijkt dat deze beroepsgroepen zich qua behandeldoelen met name richten op de stoornissen van de patiënten (Dekker, 1994; Zuijderduin en Dekker, 1994). Dit verschil wijst erop dat ergotherapeuten duidelijk een eigen benadering en een eigen domein hebben binnen de paramedische disciplines.

Er zijn relaties tussen behandeldoelen en interventies en daarnaast tussen behandelprogramma's en interventies. Enerzijds gaat het om vanzelfsprekende verbanden tussen behandeldoelen en interventies, bijvoorbeeld bij het behandeldoel beperkingen in huishouden wordt veelal de interventie activiteiten met betrekking tot huishouden gekozen; anderzijds gaat het om minder vanzelfsprekende verbanden. Samen met de relaties tussen behandelprogramma's en interventies is op deze wijze inzicht verkregen in de factoren die een rol spelen bij het kiezen van een interventie in de ergotherapie. Dit inzicht in de beroepsuitoefening is

gebaseerd op empirische feiten en niet op - al dan niet individuele - inzichten van beroepsbeoefenaars. Tot nu toe bestond zo een overzicht nog niet. Hoewel deze bevindingen zeer belangrijk kunnen worden geacht, zijn er ook tekortkomingen. Met name dient genoemd te worden dat de omschrijving en specificatie van ergotherapeutische interventies nog zeer te wensen overlaat. Het beter omschrijven en specificeren van ergotherapeutische interventies is een belangrijke taak voor de toekomst. Verder dient opgemerkt te worden dat de gevonden relaties tussen doelen, behandelprogramma's en interventies vooral gebaseerd zijn op klinische ervaring van ergotherapeuten. Onderzoek waaruit blijkt dat bepaalde interventies bij een bepaald behandeldoel effectief zijn, ontbreekt veelal. Verder zijn meetinstrumenten om het eigen diagnostisch onderzoek te objectiveren en te kwantificeren schaars. Tenslotte zijn empirische gegevens op grond waarvan de ergotherapeut bepaalde stoornissen, beperkingen of handicaps primair als behandeldoel kiest (en andere stoornissen, beperkingen en handicaps dus niet) veelal afwezig. Deze opmerkingen moeten gezien worden als een zeer sterk pleidooi voor het ondersteunen van onderzoek naar ergotherapeutische diagnostiek en ergotherapeutische interventies. Alleen op basis van dergelijk onderzoek kan het niveau van het beroep uitgetild worden boven dat van de ervaringskennis. Ergotherapie staat hierin zeker niet alleen: ook voor andere paramedische beroepen geldt dat alleen via onderzoek de beroepsuitoefening op een ander niveau getild kan worden (zie Dekker en anderen, 1991).

Hierboven is aangegeven welke consequenties men uit het onderzoek kan trekken. Wij hebben ons geconcentreerd op de belangrijkste punten per deelonderzoek, die in onze ogen het meest relevant zijn. Zoals eerder reeds opgemerkt is zal men vanuit een ander gezichtspunt wellicht andere bevindingen willen benadrukken en andere consequenties willen trekken. Wij hopen dat het onderzoek op deze wijze veelvuldig gebruikt zal worden.

Literatuur

- 1) Dekker, J. 1994 *Application of the ICIDH in survey research on rehabilitation care: the emergence of the functional diagnosis*. Geaccepteerd voor publicatie in *Disability and Rehabilitation*.
- 2) Dekker, J., Driessen, M. J., van Gisbergen, M., 1991, *Programmering van toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen*, Utrecht, NIVEL.
- 3) Driessen, M. J., Dekker, J., van der Zee, J., Lankhorst, G. J. 1993, *Ergotherapeuten: werksituatie en taakuitoefening*. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie*, 21, 3, blz. 75-82.
- 4) Driessen, M. J., Dekker, J., van der Zee, J., Lankhorst, G. J. 1993, *De relatie tussen ergotherapeuten en verwijzers*. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie*, 21, 4, blz. 109-118.
- 5) Driessen, M. J., Dekker, J., Lankhorst, G. J., van der Zee, J. 1994, *Interrater and intrarater reliability of the occupational therapy diagnosis*. Geaccepteerd voor publicatie in: *Occupational Therapy Journal of Research*.
- 6) Driessen, M. J., Dekker, J., Lankhorst, G. J., van der Zee, J. 1994, *Occupational therapy diagnosis and treatment goals in inpatient care*.

Ter publicatie aangeboden aan: *Occupational Therapy Journal of Research*.

7) Driessen, M. J., Dekker, J., Lankhorst, G. J., van der Zee, J. 1994, *Factors affecting the choice of treatment in occupational therapy*. Ter publicatie aangeboden aan: *Occupational Therapy Journal of Research*.

8) Driessen, M. J., Dekker, J., Abrahamse, H., 1994, *Ergotherapie thuis, evaluatie van ergotherapie bij de Stichting Amsterdams Kruiswerk in 1993*, Utrecht, NIVEL.

9) Geneeskundige Hoofdininspectie van de Volksgezondheid, 1990, *Beroepsuitoefening van ergotherapeuten, verslag van een onderzoek 17-21 april 1989*. Rijswijk.

10) Kerssens, J. J., Groenewegen, P., Curfs, E. Chr., 1986, *Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg, de hulpverleners huisarts en*

fysiotherapeut, Utrecht NIVEL.

11) Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, 1990, *Lijst van instellingen waar aan verbonden een afdeling ergotherapie*, Delft.

12) Wiersma, D., Jong, A., de Kraaijkamp, H. J. M., Ormel, J., 1990. *De Groningse sociale beperkingenschaal, tweede versie, GSB-II*. Rijksuniversiteit Groningen, afdeling sociale psychiatrie.

13) World Health Organisation, 1980, *Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps*, Genève.

14) World Health Organisation, 1990. *Internationale classificatie van Ziekten, tiende revisie*, Genève.

15) Zijderduin, W. M., Dekker, J., 1994, *Treatment goals and treatment in exercise therapy*. Ter publicatie aangeboden.