

Ergotherapeutische zorg in Nederland: een overzicht

C.M. van Heugten, P.M. Rijken en J. Dekker

Inleiding

Onlangs is in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de 'Pilot landelijke informatievoorziening paramedische zorg' gestart. In dit project zal de behoefte aan informatie over paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden onderzocht hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien. Als voorbereiding op dit onderzoek is, eveneens in opdracht van het Ministerie van VWS, door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg NIVEL het 'Brancherapport paramedische zorg' geschreven. Het Brancherapport paramedische zorg heeft tot doel een toegankelijk en geïntegreerd overzicht te bieden van de momenteel beschikbare informatie over de paramedische sector. Het rapport heeft betrekking op de gehele paramedische sector, dat wil zeggen de intra en extramurale zorg verleend door de tien paramedische beroepsgroepen: diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, mondhygiëne, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, orthoptie, podotherapie en radiologisch laboranten. Per beroepsgroep komen de volgende onderwerpen aan bod:

- omschrijving van het beroep;
- regulering, financiering en kosten;
- aanbod van zorg;
- vraag naar zorg;
- kwaliteitsbeleid en onderzoek naar doelmatigheid van zorg;
- ontwikkelingen en knelpunten in de zorg.

Dit artikel is een weergave van een van de hoofdstukken van het Brancherapport; het bevat een beschrijving van de beschikbare informatie over de ergotherapie. Het eerste onderwerp (omschrijving van het beroep) is uit dit artikel weggelaten.

Methode

Voor het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van de momenteel beschikbare informatie (tot februari 1996); er zijn geen nieuwe gegevens verzameld. Het betreft informatie van het Ministerie van VWS, de

C.M. van Heugten (onderzoeker, psychologe), P.M. Rijken (onderzoeker, gezondheidswetenschapper) en J. Dekker (afdelingshoofd onderzoek, psycholoog) zijn allen werkzaam bij het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) te Utrecht.

Samenvatting Summary

Onlangs is het Brancherapport Paramedische Zorg verschenen; dit rapport biedt een toegankelijk en geïntegreerd overzicht over de momenteel beschikbare informatie over de gehele paramedische sector. Het rapport is geschreven op basis van literatuur onderzoek; er zijn geen nieuwe gegevens verzameld. Het Brancherapport heeft betrekking op de gehele paramedische sector: diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, mondhygiëne, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, orthoptie, podotherapie en radiologisch laboranten. Per beroepsgroep komen de volgende onderwerpen aan de orde: omschrijving van het beroep, regulering, financiering en kosten, aanbod van zorg, vraag naar zorg, kwaliteitsbeleid en onderzoek naar doelmatigheid van zorg en ontwikkelingen en knelpunten in de zorg. Het voorliggende artikel is een weergave van een van de hoofdstukken van het Brancherapport en bevat een beschrijving van de beschikbare informatie over de ergotherapie.

Recently the 'Brancherapport Paramedische Zorg' has been published; this report offers an accessible and integrated survey of the currently available information on the allied health professions. The report is based on literature research; no new data was collected. The 'Brancherapport' gives a description of the total section: dietetics, occupational therapy, physiotherapy, speech therapy, dental hygiene, remedial gymnastics, (school of Cesar) (school of Mensendieck), orthoptics, podotherapy and radiology. The following topics are described for every profession: a short description of the profession, legal regulations, financing and costs, supply and demand of care, quality of care and research on efficiency and effectiveness, developments and bottlenecks arising around care. The submitted article is a reproduction of one of the chapters of the report and contains a description of the current data on occupational therapy.

Ziekenfondsraad, VEKTIS (het landelijk informatiecentrum van de zorgverzekeraars), het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi), het Centraal Orgaan Tariëven Gezondheidszorg (COTG), de paramedische beroepsverenigingen, het Nederlands Paramedisch Instituut, de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi en OSA), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het NIVEL. Het betreft zowel incidenteel als

continu verzamelde informatie. Deze bronnen bevatten echter niet voor alle beroepsgroepen relevante informatie. Hierdoor ontbreekt bij sommige beroepsgroepen informatie over de genoemde onderwerpen. Het signaleren van dergelijke lacunes is belangrijk als uitgangspunt voor de Pilot landelijke informatievoorziening paramedische zorg. Voor een uitgebreide beschrijving van de gehanteerde onderzoeksmethode wordt hier verwezen naar het Brancherapport paramedische zorg (1). In dit artikel wordt uitgegaan van een tweedeling in de gezondheidszorg: intramurale gezondheidszorg en extramurale gezondheidszorg. Onder intramurale gezondheidszorg wordt verstaan die zorg die wordt verleend binnen het gebouw van de betrokken instelling. Dit betekent dat zowel de klinische als de poliklinische zorg als intramuraal wordt beschouwd. De extramurale gezondheidszorg betreft die zorg die buiten de muren van de instelling wordt verleend. Het betreft hier zowel de zorg die wordt verleend in de (vrijgevestigde) praktijk van de beroepsbeoefenaar als de zorg die wordt verleend bij de patiënt thuis. Onder de extramurale gezondheidszorg wordt ook de basisgezondheidszorg, zoals gezondheidsdiensten en kruiswerk, gerekend. Naast deze tweedeling in de zorg wordt de categorie 'overig' onderscheiden. Dit betreft beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld in het onderwijs, bij de overheid of in het bedrijfsleven. In sommige van de door ons gebruikte bronnen wordt een andere indeling gehanteerd. Indien de gebruikte indeling afwijkt van de bovengenoemde is dit in de tekst expliciet vermeld.

Resultaten

Korte omschrijving van het beroep

Voor een korte omschrijving van het beroep van ergotherapeut verwijzen we graag naar het Brancherapport paramedische zorg. Deze beschrijving is gebaseerd op het Beroepsprofiel Ergotherapeut en het Ergotherapeutenbesluit.

Regulering en financiering

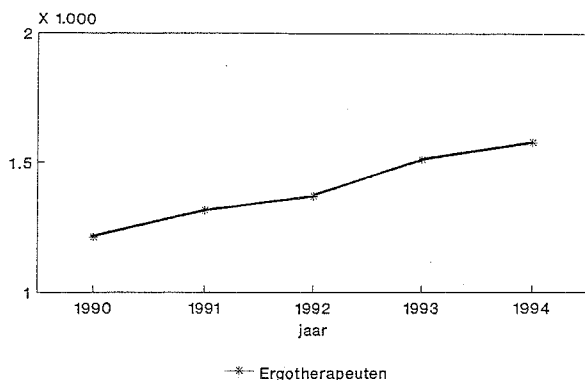
Wettelijk kader

Het beroep van ergotherapeut is in 1981 opgenomen in de Wet op de Paramedische Beroepen en wettelijk erkend (2). De bevoegdheid tot het uitoefenen van het beroep van ergotherapeut wordt verleend aan degene die met gunstig gevolg het betreffende examen aflegt, geheimhouding belooft en zich heeft laten registreren bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze bevoegdheid geeft het recht de titel ergotherapeut te voeren. Een centraal element in de wettelijke regeling is de verplichte verwijzing door een arts: ergotherapeuten behandelen 'ingevolge verwijzing door een de praktijk uitoefenend geneeskundige'. Met het van kracht wor-

den van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) zullen bovengenoemde wettelijke beroepsregelingen vervangen worden door het regelingskader van de Wet BIG. Binnen deze nieuwe wetgeving zal het beroep van ergotherapeut geregeld worden bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) (artikel 34). Voor de ergotherapeut geldt dat het deskundigheidsgebied het oude terrein van de Wet op de Paramedische Beroepen zal omvatten, uitgebreid met advisering, voorlichting en instructie aan (individuele) personen. Er zullen tevens opleidingseisen worden gesteld aan de hbo-opleiding tot ergotherapeut. In de AMvB staan onder andere genoemd het centrale vakgebied, de overige vakken, de studielast en voorwaarden aan de stage (3). De Wet BIG is een kaderwet die stapsgewijs in werking zal worden gesteld. Naar verwachting zal de Wet BIG in 1997 van kracht worden. De invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) per 1 april 1994 heeft invloed gehad op de ergotherapie. Veel ergotherapeuten zijn in dienst van gemeenten getreden als adviseur in het kader van deze wettelijke regeling. Ook werd vanuit verpleeghuizen, revalidatie-instellingen en vrijgevestigde praktijken door afdelingen ergotherapie een praktijk voor advisering in het kader van de WVG gestart. Er wordt inmiddels een post-HBO cursus verzorgd waarin de ergotherapeut als adviseur inzake de Wet WVG centraal staat (4).

Financiering

Ergotherapie wordt op een aantal uitzonderingen na vergoed als de behandeling geïntegreerd is in andere verstrekkingen, in het kader van een geïntegreerd behandelplan. De integratie kan gerealiseerd zijn in klinische zorg of niet-klinische zorg (dagbehandeling). Als enkelvoudige verstrekking kan ergotherapie intramuraal in revalidatiecentra vergoed worden. Verder is er een groeiend aantal projecten met name in verpleeghuizen waarin enkelvoudige ergotherapie in het kader van consultatie en substitutie geleverd wordt. Enkele verzekeraars zijn inmiddels bereid ergotherapie te vergoeden. Financiering vindt tenslotte ook plaats uit eigen middelen van het kruiswerk (5). Behandeling door de ergotherapeut in de thuissituatie vindt slechts incidenteel plaats. De doelmatigheid van de zorg zal echter bevorderd kunnen worden als de ergotherapie als zelfstandige verstrekking in het ziekenfondspakket wordt opgenomen. Om dit mogelijk te maken is medio 1996 financiering beschikbaar gesteld voor enkelvoudige ergotherapie. Vanaf 1998 wordt de verstrekking 'enkelvoudige ergotherapie' ingevoerd (6).



Figuur 1: Ontwikkeling van het aantal werkzame ergotherapeuten (1990-1994) (7)

Aanbod van ergotherapeutische zorg

Aantal ergotherapeuten

Het aantal gekwalificeerde ergotherapeuten dat geregistreerd is bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg bedraagt per 31 december 1994 in totaal 2.413 (7). Het aantal werkzame leden van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE) is toegenomen van 847 in 1990 tot 1.103 in 1994. Het aantal werkzame ergotherapeuten (geschat op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname) bedraagt per 31 december 1994 1.576. In figuur 1 is de ontwikkeling van het aantal werkzame ergotherapeuten van de NVE vanaf 1990 weergegeven.

Sector	Werkplekken %
Intramuraal	
- verpleeghuizen	30,2
- revalidatiecentra	21,2
- ziekenhuizen	16,0
- psychiatrische instellingen	3,4
- zwakzinnigeninstituten	2,9
Extramuraal	
- vrijevestigd	3,3
- dagverblijf/activiteitencentrum	3,0
- centrum voor blinden/slechtzienden	1,1
- overig	4,2
Onderwijs	
- mytyl/tytylschool of speciaal onderwijs	2,8
- docent opleiding ergotherapie	2,3
Overig	9,7
Totaal	100,0

Tabel 1: Relatieve verdeling van het aantal werkzame ergotherapeuten naar werkplekken, per 31 december 1994 (7)

Werkveld

Ergotherapeuten zijn werkzaam in verschillende werkvelden, zoals blijkt uit tabel 1. Het aandeel ergotherapeuten werkzaam in de intramurale gezondheidszorg bedraagt 74% van het totaal. Intramuraal werken ergotherapeuten in ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, psychiatrische instellingen en zwakzinnigeninstituten. Bijna 12% van alle ergotherapeuten werkt extramuraal. Dit betreft vrijevestigde ergotherapeuten en ergotherapeuten werkzaam op dagverblijven, activiteitencentra en centra voor blinden en slechtzienden. Ergotherapeuten werkzaam in het onderwijs (5%) zijn verbonden aan mytyl/tytyl scholen of scholen voor speciaal onderwijs en de opleidingen ergotherapie. De categorie overig bevat 10% van alle ergotherapeuten.

Kenmerken van de beroepsgroep

Geslacht

Het beroep van ergotherapeut wordt grotendeels door vrouwen uitgeoefend. Van het totaal aantal ergotherapeuten is circa 92% vrouw.

Leeftijd

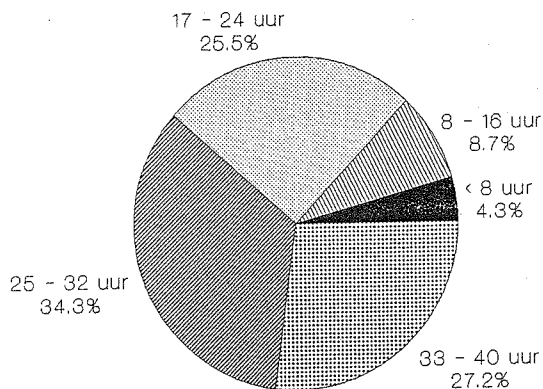
In tabel 2 is de leeftijdsverdeling van de werkzame ergotherapeuten van de NVE weergegeven. De beroepsgroep ergotherapeuten heeft een relatief jonge leeftijdsopbouw. Van de totale groep werkzame ergotherapeuten is 75% jonger dan 40 jaar. Slechts 1% is ouder dan 55 jaar.

Uren per week naar functie

De gemiddelde omvang van de werkweek van werkzame ergotherapeuten is gebaseerd op het ledenbestand van de NVE. Negentien procent van de werkzame ergotherapeuten werkt gemiddeld minder dan 20 uur

Leeftijd	abs	%
<25	168	15,2
25-29	259	23,5
30-34	241	21,8
35-39	160	14,5
40-44	161	14,6
45-49	71	6,4
50-54	31	2,8
55-59	5	0,5
59-64	3	0,3
>64	4	0,4
Totaal	1.103	100,0

Tabel 2: Leeftijdsverdeling van werkzame ergotherapeuten, per 31 december 1994 (7)



Figuur 2: Relatieve verdeling van het aantal uren dat ergotherapeuten per week werken, per 1 januari 1992 (8)

(7). Een nadere uitsplitsing in uren per week is weergegeven in figuur 2.

Uit het onderzoek van Driessen en Dekker (5) blijkt dat de gemiddelde duur van de werkweek 29 uur bedraagt. Het grootste deel van de ergotherapeuten (34%) is tussen de 25 en 32 uur per week werkzaam. Er blijken grote verschillen te zijn tussen het gemiddeld aantal uren per week naar werkveld. In tabel 3 is te zien dat de gemiddelde werkweek in revalidatiecentra 33 uur bedraagt, terwijl de werkweek in de zwakzinnigzorg 19 uur bedraagt.

Spreiding van beroepsbeoefenaren

Er zijn geen gegevens omtrent het totaal aantal werkzame ergotherapeuten per provincie. Voor gegevens over spreiding kan alleen gebruik worden gemaakt van het ledenbestand van de NVE. Dit betekent dat het aantal inwoners per ergotherapeut per provincie niet de werkelijke waarde weergeeft. Het gaat dus

Werkveld	Uren per week
Verpleeghuizen ¹	27,3
Revalidatiecentra	33,3
Ziekenhuizen	28,9
Psychiatrische instellingen	29,2
Eerste lijn	30,8
Zwakzinnigzorg	19,1
Scholen	23,7
Centrum voor blinden en slechtzienden	27,3
Overig	31,8
Totaal (gemiddeld)	29,0

¹Hieronder vallen ook de psychogeriatrische afdelingen.

Tabel 3: Gemiddeld aantal werkuren per ergotherapeut naar werkveld per 1 januari 1992 (8)

voornamelijk om verschillen tussen de provincies. In tabel 4 is te zien dat Drenthe, Flevoland, Zeeland en Friesland het hoogste aantal inwoners per ergotherapeut hebben. Noord-Holland is de provincie met het laagste aantal inwoners per ergotherapeut.

Vraag naar ergotherapeutische zorg

De gegevens over het gebruik van ergotherapeutische zorg zijn voornamelijk afkomstig uit het onderzoek naar de functie en plaats van ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg (5). In het kader van dit onderzoek heeft een registratie plaatsgevonden van behandelingen bij patiënten van 15 jaar en ouder die werden verwezen voor ergotherapie. De registratie vond plaats van januari 1992 tot maart 1993 door

Provincie	Aantal inwoners	Aantal ergotherapeuten	Aantal inwoners per ergotherapeut
Groningen	555.397	43	12.916
Friesland	603.998	27	22.370
Drenthe	448.526	13	34.481
Overijssel	1.039.083	53	19.605
Flevoland	243.441	5	48.688
Gelderland	1.839.883	118	15.592
Utrecht	1.047.035	73	14.343
Noord-Holland	2.440.165	239	10.210
Zuid-Holland	3.295.525	179	18.411
Zeeland	361.195	13	27.784
Noord-Brabant	2.243.546	106	21.166
Limburg	1.119.942	57	19.648
Nederland	15.237.463	926	16.455

Tabel 4: Aantal inwoners per werkzame ergotherapeut naar provincie, per 1 januari 1993 (8)

143 ergotherapeuten werkzaam bij 49 ergotherapie-afdelingen. De gegevens zijn afkomstig van ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen, revalidatiecentra en algemene ziekenhuizen (N=944 somatische patiënten) en van ergotherapeuten werkzaam in psychiatrische ziekenhuizen (N=107 psychiatrische patiënten). In het kader van het functie- en plaatsonderzoek is in 1991 tevens een enquête afgenomen onder 264 ergotherapeuten werkzaam in Nederland (78% leden van de NVE en 22% niet-leden).

Volume van zorg

Er zijn geen gegevens bekend over de totale omvang van de ergotherapeutische zorg in Nederland, dat wil zeggen over het aantal uitgevoerde behandelingen.

Gebruik van zorg

Personen uit de bevolking met contact met ergotherapeut

Er zijn geen gegevens bekend over het aantal personen uit de Nederlandse bevolking dat gebruik maakt van ergotherapeutische zorg.

Omvang van behandeling

Informatie over de omvang van de behandeling is afkomstig uit het project van de Stichting Amsterdams Kruiswerk (SAK), waarin ergotherapie als onderdeel van het zorgpakket van het kruiswerk in Amsterdam is uitgetoetst. Ten behoeve van de evaluatie van dit experiment is in 1993 een evaluatieonderzoek uitgevoerd (9). Deze gegevens hebben dus betrekking op extramurale ergotherapie en zeggen niets over de omvang van de behandeling in de (meer voorkomende) intramurale ergotherapie. Tabel 5 geeft een frequentieverdeling van het aantal zittingen per behandeling. Ruim driekwart van de ergotherapiebehandelingen uitgevoerd door het SAK bestaat uit ten hoogste vijf zittingen. Behandelingen bestaande uit meer dan tien zittingen komen sporadisch voor. Het gemiddeld aantal zittingen per behandeling is 4,2.

Aantal zittingen	Percentage behandelingen
1	14,1
2	18,9
3	18,4
4	19,6
5	10,7
6 t/m 10	17,1
>10	6,2

Tabel 5: Aantal zittingen per ergotherapiebehandeling in het kruiswerk (N=419) (9)

Periode van behandeling

De gemiddelde periode van de behandelingen van somatische patiënten (patiënten onder behandeling bij ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen, revalidatiecentra en algemene ziekenhuizen) is 10 weken (standaarddeviatie 9 weken) met een minimumlengte van een week en een maximumlengte van 55 weken. In het algemeen wordt de omvang, duur of periode van behandeling niet door de verwijzer voorgeschreven.

Verwijzing

Verwijzers

Uit het registratieonderzoek van het functie- en plaatsproject blijkt dat ergotherapeuten te maken hebben met verschillende verwijzers afhankelijk van hun werkring. Bij ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen wordt 68,1% van de patiënten verwezen door de verpleeghuisarts en 16,9% door de huisarts. Bij ergotherapeuten werkzaam in revalidatiecentra wordt het overgrote deel van de patiënten (85,8%) verwezen door de revalidatiearts. De ergotherapeuten werkzaam in algemene ziekenhuizen krijgen hun patiënten verwezen door de revalidatiearts (54,6% van de patiënten), de neuroloog (17,6%) en de reumatoloog (7,8%). Bij ergotherapeuten werkzaam in psychiatrische ziekenhuizen wordt 56,2% van de patiënten verwezen door de psychiater en wordt ongeveer 40% niet verwezen, maar aangemeld door bijvoorbeeld een verpleegkundige of groepsleider. Tabel 6 is gebaseerd op

Verwijzer	Percentage ¹
Revalidatiearts	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 eerste lijn	2,5
Overig tweede lijn	0,5
Niet van toepassing (ergotherapie is onderdeel van groeps-/afdelingsprogramma)	15,2

Tabel 6: Verwijzers in het afgelopen half jaar; percentage ergotherapeuten dat deze verwijzer noemt (N=264) (5)

¹De percentages zijn opgeteld meer dan 100, omdat meerdere verwijzers konden worden genoemd.

Aanmelder	Percentage ¹
psycholoog	15,5
orthopedagoog	10,2
aanmelders eerste lijn	47,0
aanmelders tweede lijn	61,4

Tabel 7: Aanmelders in het afgelopen half jaar; percentage ergotherapeuten dat deze aanmelder noemt (N=264) (5)

¹De percentages zijn opgeteld meer dan 100, omdat meerdere aanmelders konden worden genoemd.

	Somatische patiënten (N=944)	Psychiatrische patiënten (N=107)
Geslacht (%)		
man	40,3	40,2
vrouw	59,7	59,8
Leeftijd (%)		
15-24	4,7	17,8
25-34	7,7	28,0
35-44	9,8	26,2
45-54	11,5	17,8
55-64	14,8	4,7
65-74	20,7	4,7
≥75	30,9	0,9
Verzekeringsvorm (%)		
ziekenfonds	76,1	86,9
particulier	23,7	13,1
niet verzekerd	0,2	-
Woonvorm (%)		
thuis	43,8	47,7
idem met spec. voorzieningen	2,1	-
verzorgingstehuis	6,4	-
verpleeghuis, psychiatrische instelling of instelling voor zwakzinnigenzorg	24,1	16,8
revalidatiecentrum, ziekenhuis	21,8	1,9
beschermde woonvorm	0,3	31,8
anders	1,4	1,9
Beroepsstatus (%)		
scholier/student	1,8	11,3
huisvrouw/-man	19,9	9,4
werkend (baan)	18,3	12,3
werkloos	0,4	14,2
gepensioneerd	43,4	3,8
arbeidsongeschikt	12,8	47,2
anders	3,3	1,9

Tabel 8: Kenmerken van patiënten onder ergotherapeutische behandeling (5)

het enquête-onderzoek onder 264 ergotherapeuten. Ruim de helft van de ergotherapeuten noemt de revalidatiearts als verwijzer van patiënten in het afgelopen half jaar; ruim een derde noemt eveneens de verpleeghuisarts en de huisarts als verwijzers. Ruim 15% van de ergotherapeuten geeft bovendien aan dat niet altijd sprake is van een verwijzer, omdat ergotherapie onderdeel uitmaakt van een groeps- of afdelingsprogramma.

Aanmelders

In de enquête is ook gevraagd naar de personen die de patiënten bij de ergotherapeut aanmelden. Aanmelders zijn degenen die als eerste signaleren dat een patiënt in aanmerking komt voor een ergotherapeutische behandeling. Het grootste deel van de ergotherapeuten noemt aanmelders die werkzaam zijn in de tweede lijn. Belangrijke aanmelders uit de tweede lijn zijn met name de fysiotherapeut (genoemd door 30% van de ergotherapeuten) en de verpleging (23%). Bijna de helft van de ergotherapeuten noemt eveneens aanmelders uit de eerste lijn. De meest genoemde aanmelders uit de eerste lijn zijn de (wijk)verpleging (24%) en de huisarts (13%). Daarnaast is expliciet gevraagd naar de psycholoog en orthopedagoog als aanmelders; deze worden door respectievelijk 16% en 10% van de ergotherapeuten vermeld.

Kenmerken van patiënten

In tabel 8 staan de kenmerken van ergotherapiepatiënten vermeld. Daarbij is een uitsplitsing gemaakt in somatische patiënten (patiënten onder behandeling bij ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen, revalidatiecentra en algemene ziekenhuizen) en psychiatrische patiënten (patiënten onder behandeling bij ergotherapeuten werkzaam in psychiatrische ziekenhuizen). Uit deze tabel komt naar voren dat meer vrouwen dan mannen onder behandeling zijn van een ergotherapeut. De leeftijd van de patiënten verschilt sterk, afhankelijk van de instelling waar de ergotherapeut werkzaam is; patiënten die behandeld worden in verpleeghuizen, revalidatiecentra en algemene ziekenhuizen zijn veel ouder dan patiënten van ergotherapeuten werkzaam in psychiatrische ziekenhuizen. Omdat het registratie-onderzoek werd uitgevoerd bij patiënten van 15 jaar en ouder, geven de gegevens over de leeftijd van patiënten niet een volledig beeld. Ook kinderen behoren tot de patiëntengroep van ergotherapeuten. De meeste patiënten zijn ziekenfondsverzekerd. Dit geldt in nog sterkere mate voor de psychiatrische patiënten. Ruim de helft van alle patiënten blijft ten tijde van de behandeling in een instelling. Er zijn aanzienlijke verschillen in de beroepsstatus van somatische en psychiatrische ergotherapiepatiënten.

Van de somatische patiënten is 43% gepensioneerd, 20% is huisvrouw/-man en 18% heeft een baan. Daarnaast is 13% arbeidsongeschikt. Het percentage arbeidsongeschikten is bij de psychiatrische patiënten veel hoger (47%). Daarnaast is 14% werkloos en 11% nog schoolgaand of studierend. De percentages huisvrouwen en mensen met een betaalde baan zijn bij deze groep dus lager.

Diagnose

Verwijsindicatie

Bij patiënten die behandeld worden in verpleeghuizen, revalidatiecentra en algemene ziekenhuizen is de medische diagnose geclassificeerd volgens de ICD-10-CM (10). Bij de psychiatrische patiënten is de psychiatrische diagnose geclassificeerd volgens de DSM-3-R (11).

In tabel 9 is te zien welke medische of psychiatrische diagnose van patiënten een indicatie kan zijn voor verwijzing naar de ergotherapeut.

De meest voorkomende diagnoses bij somatische patiënten behoren tot de categorie ziekten van het hart- en vaatstelsel (32% van de patiënten). Bij ruim 20% van de somatische patiënten is een diagnose behorend tot de categorie ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel vastgesteld. De meest voorkomende psychiatrische diagnoses van patiënten onder ergotherapeutische behandeling zijn schizofrenie (36% van de patiënten) en depressieve stoornissen (23%).

Diagnostische bevindingen van de ergotherapeut

Ergotherapeuten baseren hun behandelplan niet uitsluitend op de medische diagnose of verwijsindicatie, maar verrichten zelf eveneens diagnostisch onderzoek. De relaties tussen de diagnostische bevindingen van de ergotherapeut, de geselecteerde behandeldoelen en behandelprogramma's en de toegepaste interventies zijn in figuur 3 weergegeven.

De diagnostische bevindingen van de ergotherapeut

	Percentage patiënten
Medische diagnose (N=944)	
ziekten van hart- en vaatstelsel (9 ¹)	31,7
ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel (13)	21,4
ziekten van zenuwstelsel en zintuigen (7)	16,7
ongevalsletsels en vergiftigingen (19,20)	16,5
andere (1,2,3,4,5,6,8,10,12,17,18)	10,3
geen diagnose	3,4
Totaal	100,0
Psychiatrische diagnose (N=107)	
schizofrenie	36,4
depressieve stoornissen	23,4
psychotische stoornissen	10,3
persoonlijkheidsstoornissen	8,4
andere	18,7
geen diagnose	2,8
Totaal	100,0

¹Nummers verwijzen naar de hoofdstukken in de ICD-10-CM.

Tabel 9: Medische of psychiatrische diagnose van patiënten onder ergotherapeutische behandeling (5)

zijn geregistreerd op het niveau van stoornissen, beperkingen en handicaps. Tabel 10 geeft een overzicht van de gediagnostiseerde items. Uit de tabel blijkt dat ergotherapeuten zowel stoornissen, beperkingen als handicaps diagnostiseren. De meest voorkomende diagnostische bevindingen bij somatische patiënten (gediagnostiseerd bij meer dan 70% van de patiënten) zijn motorische stoornissen, beperkingen in basisvaardigheden, beperkingen in verplaatsen en voortbewegen, beperkingen in de persoonlijke verzorging, beper-

Diagnose	Behandeldoelen	Interventies
Alle bij een patiënt geconstateerde stoornissen, beperkingen en handicaps	Selectie van stoornissen, beperkingen en handicaps waarop de behandeling zich primair richt	Toepassing van behandelvormen gericht op het bereiken van de behandeldoelen, afhankelijk van het gekozen behandelprogramma
	Behandelprogramma	
	Indicatie van de behoeften van de patiënt en de processen die in gang gezet kunnen worden om tegemoet te komen aan deze behoeften, ten einde behandeldoelen te bereiken	

Figuur 3: De relatie tussen diagnostische bevindingen, behandeldoelen, behandelprogramma's en interventies. (5)

	Percentage somatische patiënten (N=944)	Percentage psychiatrische patiënten (N=107)
Stoornissen		
motorisch	94,1	24,3
sensorisch	68,3	18,7
cognitief	35,3	67,3
intrapersoonlijk	34,3	98,1
andere stoornissen	0,4	0,0
Beperkingen		
basisvaardigheden	84,2	98,1
communicatie	47,2	43,0
uithoudings- vermogen	65,4	77,6
verplaatsen/ voortbewegen	78,4	19,6
persoonlijke verzorging	73,6	33,6
huishouden	74,3	60,7
vaardigheids- beperkingen	52,0	29,0
tijdsbesteding	63,5	81,3
relatie	27,9	86,0
Handicaps		
rol van zelf- verzorger	61,0	59,8
mobiliteit	75,5	34,6
sociale rol	49,0	92,5
beroepsrol	66,6	83,2
gezins-/familierol	38,9	78,5

Tabel 10: Stoornissen, beperkingen en handicaps bij ergotherapiepatiënten (5)

kingen in het huishouden en handicap in mobiliteit. Bij psychiatrische patiënten zijn de meest voorkomende diagnostische bevindingen (gediagnostiseerd bij meer dan 70% van de patiënten): intrapersoonlijke stoornissen, beperkingen in basisvaardigheden, beperkingen in uithoudingsvermogen, beperkingen in tijdsbesteding, relatiebeperkingen, handicap in sociale rol, handicap in beroepsrol en handicap in gezins/familierol.

Behandeling

Behandeldoelen

De behandeldoelen zijn eveneens op het niveau van stoornissen, beperkingen en handicaps geregistreerd. Het gaat daarbij om een verbetering in het functioneren met betrekking tot deze stoornissen, beperkingen

	Percentage ¹ somatische patiënten (N=944)	Percentage ¹ psychiatrische patiënten (N=107)
Stoornissen		
motorisch	48,3	5,6
sensorisch	15,4	1,9
cognitief	14,0	34,6
intrapersoonlijk	5,5	55,1
andere stoornissen	2,0	4,7
Beperkingen		
basisvaardigheden	31,8	72,0
communicatie	8,2	4,7
uithoudings- vermogen	14,4	20,6
verplaatsen/ voortbewegen	41,2	1,9
persoonlijke verzorging	48,4	12,1
huishouden	35,2	15,0
vaardigheids- beperkingen	12,3	7,5
tijdsbesteding	20,3	51,4
relatie	0,6	25,2
Handicaps		
rol van zelf- verzorger	24,3	18,7
mobiliteit	26,0	2,8
sociale rol	5,9	45,8
beroepsrol	19,3	47,7
gezins/familierol	4,7	9,3

Tabel 11: Gekozen behandeldoelen, in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps, in de ergotherapeutische zorg (5)

¹De som van de percentages is groter dan 100, omdat per patiënt meerdere behandeldoelen konden worden genoemd.

en handicaps. In tabel 11 staan de gekozen behandeldoelen vermeld. Bij somatische patiënten worden motorische stoornissen, beperkingen in verplaatsen en voortbewegen en beperkingen in de persoonlijke verzorging het meest frequent als behandeldoelen gekozen. Bij psychiatrische patiënten worden intrapersoonlijke stoornissen, beperkingen in tijdsbesteding en handicaps in de sociale rol en beroepsrol het meest frequent als behandeldoelen gekozen.

Interventies

Ergotherapeuten kunnen verschillende interventies toepassen teneinde hun behandeldoelen te bereiken. In tabel 12 staan de interventies vermeld die worden toegepast door ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen, revalidatiecentra en algemene ziekenhuizen.

Interventie	Percentage ¹ patiënten (N=944)	Percentage van alle interventies (N=3252)
Activiteiten		
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/slaan	35,5	10,3
Hulpmiddelen (Woning)aan- passingen	48,8	14,2
	25,6	7,4
Groepsbehandeling		
Taakgericht	2,6	0,7
Persoonsgericht	3,6	1,1
Spalken	11,9	3,5
Overige	14,2	4,2

Tabel 12: Ergotherapeutische interventies, het percentage somatische patiënten waarbij de interventie is toegepast en het aandeel dat de interventie heeft in het totaal van toegepaste interventies bij somatische patiënten (5)

¹Omdat meerdere interventies per patiënt werden toegepast, is de som van deze percentages groter dan 100.

De tabel geeft aan bij welk deel van de patiënten een interventie is toegepast en welk aandeel een interventie heeft in het totaal van de toegepaste interventies. Bij de helft van de patiënten worden activiteiten met betrekking tot zelfverzorging uitgevoerd en worden adviezen gegeven over hulpmiddelen. Deze interventies vormen elk ongeveer 14% van het totaal van toegepaste interventies. Andere interventies die relatief vaak (bij meer dan 30% van de patiënten) worden toegepast zijn: activiteiten met betrekking tot huishouden en verplaatsen/vervoer en advies of instructie over zitten en staan.

Behandelprogramma's

In de ergotherapie spelen naast behandeldoelen ook behandelprogramma's een rol wanneer het gaat om de

keuze van de therapie. Het bepaalt de richting van de therapie. Een behandelprogramma kan worden beschouwd als een soort 'metadoel'; met de keuze voor een behandelprogramma geeft de ergotherapeut aan op welke wijze het specifieke behandeldoel bij de behandeling betrokken wordt. In het registratie-onderzoek werden de volgende behandelprogramma's onderscheiden: preventie, ontwikkelen van vaardigheden, herstel van vaardigheden, aanpassen van de omgeving, onderhoud en behoud van de gezondheid. Bij elk behandeldoel kan een ander behandelprogramma worden geselecteerd. In het onderzoek van Driessen & Dekker (5) blijkt een relatie te bestaan tussen de gekozen behandelprogramma's en de toegepaste interventies. De behandelprogramma's ontwikkelen van vaardigheden en herstel van vaardigheden worden veelal gekozen bij de interventies met betrekking tot activiteiten. Deze programma's worden niet gekozen bij de interventies met betrekking tot advies en/of instructie. 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.

Kwaliteit en doelmatigheid van ergotherapeutische zorg

Kwaliteitsbeleid bij ergotherapeutische zorg

De stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is geïnventariseerd middels een enquête afgenomen bij de paramedische beroepsverenigingen (12). Deze enquête maakte onderdeel uit van de eerste evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg dat wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut. Bij de indeling van deze paragraaf is uitgegaan van de systematiek zoals gespecificeerd in het door het CBO ontwikkelde referentiekader:

1. normering (specificeren van de te verlenen zorg);
2. verbetermethodes/acties (ontwikkelen van acties ter verbetering); en
3. behoud en borging (zorg voor behoud) (13).

Op welke wijze de beroepsvereniging invulling geeft aan dit referentiekader kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten

De NVE heeft een commissie Kwaliteitsontwikkeling en -bewaking (KOB) ingesteld. Deze commissie heeft de stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid binnen de ergotherapie in beeld gebracht. Dit heeft geleid tot een prioriteitenlijst voor het kwaliteits-

beleid. In het kwaliteitsbeleid, dat op dit moment in samenwerking met het CBO wordt vormgegeven, zal de nadruk liggen op normering en toetsing (zie onder Normering en Verbetermethodes/-acties) (4). Ten behoeve van uniforme verslaggeving beschikt de ergotherapie over een classificatie van stoornissen en beperkingen gebaseerd op de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps en over een classificatie van hulpmiddelen (14). Tevens is er een ontwerpstandaard voor de Classificatie van Verrichtingen door de Paramedische Bewegingsgroepen (15).

Normering

Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroep worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening. De NVE heeft normen en eisen ontwikkeld ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar. Deze zijn vastgelegd in een beroepsprofiel en een gedragscode. Wat de normen voor het methodisch/technisch handelen betreft beschikt men naast het beroepsprofiel over een deskundigheidsomschrijving en profiel-schetsen. Bovendien is een werkgroep Standaarden in het leven geroepen. Deze werkgroep heeft tot doel na te gaan op welke wijze standaarden in de ergotherapie kunnen worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Criteria voor de organisatie van de beroepsuitoefening zijn geformuleerd betreffende de praktijkinrichting en de praktijkvoering.

Verbetermethodes/acties

De NVE is via overleg betrokken bij de kwaliteit van de initiële opleiding. Er is bovendien in samenwerking met de Hogescholen een onderwijsmodule 'kwaliteit' ontwikkeld. Criteria waaraan na- en bijscholing moeten voldoen zijn in ontwikkeling. Door het CBO is een methode voor intercollegiale toetsing in de ergotherapie ontwikkeld (16). De implementatie van intercollegiale toetsing is een van de prioriteiten van de NVE sinds 1995 (4).

Behoud en borging

Het NVE beraadt zich evenals de andere "artikel 34"-paramedische beroepsgroepen op het aanleggen van een beroepsregister. Plannen voor periodieke herregistratie zijn hieraan gekoppeld. Op dit moment wordt gewerkt aan criteria voor herregistratie. Een klachtenreglement is eveneens in ontwikkeling. Omdat de meeste ergotherapeuten werkzaam zijn in instellingen, vallen zij onder het klachtenreglement van de instelling.

Onderzoek naar doelmatigheid van ergotherapeutische zorg

Het aantal en het soort onderzoeksprojecten die op het gebied van de ergotherapie zijn uitgevoerd vormen een indicatie voor de inspanningen die men levert ter verbetering van de doelmatigheid van ergotherapeutische zorg. Informatie over het verrichte onderzoek is afkomstig uit een verkennende studie ten behoeve van de programmering van onderzoek naar de doelmatigheid van de paramedische zorg (17). Hiertoe zijn alle Nederlandse onderzoeken alsmede de internationale meta-studies die de afgelopen tien jaar zijn verricht (1985-1995) geïnventariseerd. Daarbij zijn de volgende soorten onderzoeksprojecten onderscheiden:

1. onderzoek naar taken en functies (welke werkzaamheden worden verricht?);
2. onderzoek naar patiënten en verwijzers (welke patiënten zijn behandeld en door wie worden zij verwezen?);
3. onderzoek op het gebied van de ontwikkeling van interventies (welke behandelingen worden toegepast en wat is het effect van deze behandelingen?);
4. onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -verbetering (o.a. normering, protocollering en toetsing); en
5. onderzoek waarbij meetinstrumenten zijn ontwikkeld (meetinstrumenten voor diagnostiek, voor effectmeting en voor kwaliteitsbewaking).

Tabel 13 geeft een overzicht van het onderzoek dat op het gebied van de ergotherapie is uitgevoerd. De meeste onderzoeken hebben betrekking op interventies (39). Het betrof met name het ontwikkelen en evalu-

Aandachtsgebied	Aantal
Taken en functies	16
Patiënten en verwijzers	-
Interventies	39
algemeen	5
preventie, advies en voorlichting	4
diagnostiek	-
screening	-
behandelmethoden	16
effectiviteit	5
hulpmiddelen, orthesen en prothesen	9
Kwaliteit	9
Meetinstrumenten	9
Overig	3
Totaal	76

Tabel 13: Aantal onderzoeken in de ergotherapie per aandachtsgebied (1985-1995) (17)

eren van (nieuwe) behandelmethoden en hulpmiddelen. Van de effectiviteitsonderzoeken hebben de meeste betrekking op de effectiviteit van strategietraining bij patiënten met hersenletsel. De meeste algemene studies betreffen de (multidisciplinaire) behandeling van kinderen. Op het gebied van taken en functies zijn 16 onderzoeksprojecten uitgevoerd, waarvan de meeste betrekking hebben op de functies en mogelijkheden van de ergotherapeut in de eerste lijn. Van de negen onderzoeken op het gebied van de kwaliteit van de ergotherapeutische zorg hebben drie projecten betrekking op de ontwikkeling, ondersteuning en evaluatie van het kwaliteitsbeleid.

Ontwikkelingen en knelpunten in de ergotherapie

Regulering en financiering

De NVE besteedt evenals de overige paramedische beroepen aandacht aan de werkzaamheden die gepaard gaan met de invoering van de Wet BIG. Na overleg met de beroepsorganisaties zijn de concept Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB's) opgesteld en per 1 december 1995 door de minister voorgelegd aan alle belanghebbenden. De paramedische beroepen die onder artikel 34 zullen gaan vallen hebben tot 1 maart 1996 de tijd om hun opvattingen over de voorgenomen regelingen kenbaar te maken. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 in werking treden. In het kader van de invoering van de Wet BIG zijn binnen de NVE enkele ontwikkelingen gaande; met name de ontwikkeling van een kwaliteitsregister, waarin alleen gediplomeerde beroepsbeoefenaren kunnen worden opgenomen, heeft prioriteit op dit vlak. Naast een kwaliteitsregister wordt ook gewerkt aan een systeem voor registratie en behandeling van klachten. De invoering van de WVG heeft in het werkveld geleid tot een verschuiving van werkzame ergotherapeuten naar de gemeente. Ergotherapeuten vervullen bij de gemeenten adviseursfuncties met betrekking tot de WVG. De eerstelijnsgezondheidszorg blijft zich ontwikkelen. In het kader hiervan continueren veel verpleeghuizen hun substitutieprojecten en de consultfunctie van de ergotherapie. In 1998 wordt de verstrekking 'enkelvoudige ergotherapie' ingevoerd, zodat behandeling in de eerstelijns/thuissituatie op grotere schaal mogelijk wordt gemaakt. Voorlopig betreft dit vanaf 1996 een subsidieregeling, in afwachting van definitieve financiering. Structureel zal f 12 miljoen per jaar worden besteed aan deze verstrekking. De NVE acht het van groot belang dat deze subsidieregeling wordt geëvalueerd. Zodoende kan worden bewerkstelligd dat de indicatiestelling extramurale ergotherapie op doelmatige wijze kan worden ingezet in het definitieve financieringsproject (1998). Momenteel wordt door het NIVEL een

project uitgevoerd waarin de extramurale ergotherapie wordt geïnventariseerd. Dit onderzoeksproject zal informatie opleveren omtrent de omvang van de activiteiten die worden uitgevoerd in de extramurale ergotherapie, vanuit welke setting deze activiteiten plaatsvinden en via welke geldstromen deze activiteiten betaald worden. Tevens wordt inzicht verkregen in de sociaal-demografische kenmerken en medische diagnoses van patiënten in de extramurale ergotherapie, de verwijzers van deze patiënten, de aard en de duur van de behandelingen en de afstemming tussen ergotherapie en andere thuiszorgdisciplines.

Aanbod van ergotherapeutische zorg

Met betrekking tot de paramedische beroepen blijkt dat de ergotherapeuten een van de sterkst groeiende beroepsgroepen zijn. Het aantal ergotherapeuten is in de periode 1990-1994 met bijna 30% toegenomen. In het rapport 'Behoefteraming ergotherapeuten 1993' werd gewezen op een mogelijk tekort aan ergotherapeuten (18): de vraag is groter dan het aanbod. Ergotherapeuten vinden vrij snel na het voltooien van de studie een baan. Inmiddels is in Rotterdam aan de Hogeschool van Rotterdam en Omstreken, faculteit Welzijn, Arbeid en Gezondheidszorg een nieuwe opleiding ergotherapie van start gegaan; dit brengt het totaal aantal opleidingen ergotherapie in Nederland op drie. Het NIVEL is inmiddels, in opdracht van de NVE, gestart met een registratie van ergotherapeuten. Deze registratie zal tweejaarlijks plaatsvinden en specifieke gegevens opleveren betreffende de werkplek van de ergotherapeuten, het aantal uren werkzaam, de arbeidsmarktpositie en dergelijke. Tevens zullen jaarlijks de afgestudeerden uit het voorgaande jaar worden gevolgd. De eerste registratiegegevens worden medio 1996 verwacht.

Vraag naar ergotherapeutische zorg

De Stichting Amsterdams Kruiswerk (SAK) heeft in 1991 ergotherapie geïntroduceerd als onderdeel van het zorgpakket. Er is inmiddels een evaluatie uitgevoerd van patiënten die in 1993 bij het SAK door de ergotherapeut behandeld zijn (9). De invoering van de verstrekking 'enkelvoudige ergotherapie' zal tot een verschuiving leiden in de groep patiënten die gebruik maken van ergotherapie, met name de plaats waar men ergotherapie ontvangt zal veranderen. Het project 'inventarisatie extramurale ergotherapie' zal hieromtrent aanvullende gegevens opleveren.

Kwaliteit en doelmatigheid

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het Ministerie van VWS wordt

momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en wordt geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats. Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren. Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

Tenslotte kan worden genoemd dat het Ministerie van VWS een 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' gaat uitvoeren. In dit project zal de behoefte aan (incidenteel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden nagegaan hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien. Het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van de ergotherapeutische beroepsuitoefening is momenteel een belangrijke doelstelling van de NVE. Er wordt onder meer concreet gewerkt aan de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleidsplan. Tevens wordt het ontwikkelen en implementeren van protocollen en intercollegiale toetsing in de praktijk gestimuleerd.

▼ Literatuur

- 1) Rijken, P.M., Heugten, C.M., van & Dekker, J. (1996). *Brancherapport Paramedische Zorg*. Utrecht: NIVEL.
- 2) *Ergotherapeutenbesluit, Wet op de Paramedische Beroepen*, 1981.
- 3) *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1995a)*. Nieuwsbrief Wet BIG, december 1995. Rijswijk: Ministerie van VWS.
- 4) *Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (1994)*. Jaarverslag 1994. Utrecht: NVE.
- 5) Driessen, M.J. & Dekker, J. (1994). *Ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Een beschrijving en analyse van de beroepsuitoefening*. Utrecht: NIVEL.
- 6) *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1995b)*. *Financieel Overzicht Zorg 1996*. Den Haag: Sdu Uitgeverij Plantijnstraat.
- 7) *Rapportage arbeidsmarkt zorgsector 1995*. Opgesteld door NIVEL, NZi & OSA. Rijswijk: Ministerie van VWS.
- 8) Hingstman, L. & Harmsen, J. (1994). *Beroepen in de extramurale gezondheidszorg 1994*. Utrecht: De Tijdstroom/NIVEL.
- 9) Driessen, M.J., Dekker, J. & Abrahamse, H. (1994). *Evaluatie van ergotherapie bij de Stichting Amsterdams Kruiswerk in 1993*. Utrecht: NIVEL.
- 10) *World Health Organisation (1990)*. *International Classification of Diseases, 10th revision*. Genève: WHO.
- 11) *American Psychiatric Association (1987)*. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition, revised*. Washington, DC: APA.
- 12) Driessen, M.J., Sluijs, E.M. & Dekker, J. (1995). *Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg. Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg, eerste interimrapport*. Utrecht: NIVEL.
- 13) Timmermans, J.E., Sluijs, E.M., Dekker, J. et al. (1994). *Kwaliteitsbeleid paramedische beroepen*. Utrecht: CBO/NIVEL.
- 14) Heerkens, Y.F. (1993). *Eenheid van taal als voorwaarde voor kwaliteit binnen de fysiotherapie*. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 103(1): 30-36.
- 15) *Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1994a)*. *WCC-ontwerpstandaard Classificatie van verrichtingen voor paramedische bewegingsberoepen*. Zoetermeer: NRV.
- 16) Bik, M. (1994). *Project 'Ontwikkeling Toetsing Ergotherapie'*. Eindrapportage. Utrecht: CBO.
- 17) Heugten, C.M. van, Sluijs, E.M. & Dekker, J. (1995). *Programmering van onderzoek naar doelmatigheid van paramedische zorg: een verkennende studie*. Utrecht: NIVEL.
- 18) Harmsen, J., Hingstman, L. & Driessen, M.J. (1993). *Behoefteraming ergotherapeuten 1993*. Utrecht: NIVEL.