

Adviesrapport

Verantwoord werken binnen een multidisciplinair team

Het implementeren van een ergotherapeutische Evidence Based werkwijze bij Niet Aangeboren Hersenletsel

Opdrachtgever: Novicare
Contactpersoon: Mieke Goossens

Junioradviseurs: Iris Andriesen
Heleen Norg
Susan Ruijs
Sanneke Slief

Senioradviseur: Juliane Stöcker MScOT

Datum: 07 juni 2012



Voorwoord

Voor u ligt het adviesrapport behorend bij het afstudeerproject: ‘Verantwoord werken binnen een multidisciplinair team; het implementeren van een ergotherapeutische Evidence Based werkwijze bij Niet Aangeboren Hersenletsel.’

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Novicare te Best en heeft plaats gevonden in de periode van februari tot en met juni 2012. Het onderzoek is uitgevoerd door onderzoeksteam Perfect Fit.

Perfect Fit is een in 2012 opgerichte ergotherapeutische adviesonderneming bestaande vier junior adviseurs van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Het onderzoeksteam richt zich op het verbeteren van de multidisciplinaire samenwerking in zorginstellingen. Hierbij gaan zij uit van de drie perspectieven van Evidence Based Practice. De onderzoekers vinden het belangrijk om cliëntgericht en vraaggericht te werken. Er wordt gestreefd naar het geven van een transparant, kwalitatief hoogstaand, effectief en eerlijk advies. Het doel is dat het advies de kwaliteit van de behandeling optimaliseert en dat het direct toepasbaar is. Het onderzoeksteam vindt het daarnaast belangrijk ethisch verantwoord te werken. Dit wordt onder andere gedaan door het werken volgens de gedragscode “Praktijkgericht onderzoek voor het HBO” (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters, & Peij, 2010).

Wij willen u er graag op attenderen dat alle afwegingen voor de gemaakte keuzes gedurende het onderzoek, in het ‘Verantwoordingsdocument; verantwoord werken binnen een multidisciplinair team’ nader zijn toegelicht en onderbouwd.

Graag willen wij een woord van dank uitspreken naar Novicare en in het bijzonder willen wij de opdrachtgever Mieke Goossens bedanken voor haar bijdrage aan het project. Daarnaast willen wij Juliane Stöcker bedanken voor de prettige samenwerking, begeleiding en feedback tijdens ons onderzoek.

Onderzoeksteam Perfect Fit

Iris Andriesen
Heleen Norg
Susan Ruijs
Sanneke Slief

Opleiding ergotherapie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Nijmegen, juni 2012

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	5
1. Methode	8
1.1 Cliëntperspectief	8
1.1.1 Onderzoeksmethode	8
1.1.2 Respondenten	8
1.1.3 Analysemethode	9
1.2 Therapeutenperspectief	9
1.2.1 Onderzoeksmethode	9
1.2.2 Respondenten	10
1.2.3 Analysemethode	10
1.3 Wetenschappelijk perspectief	11
1.3.1 Onderzoeksmethode	11
1.3.2 Analysemethode	12
2. Resultaten	13
3. Discussie	22
4. Conclusie	24
4.1 Deelconclusies	24
4.2 Eindconclusie	26
5. Aanbevelingen	28
6. Adviezen voor implementatie	33
Literatuurlijst	38
Bijlage	43
Bijlage 1: Schema Evidence Based Practice werken bij cliënten met CVA/NAH met Aandachtspunten diagnostiek en behandeling	
Bijlage 2: Schema voor multidisciplinaire taakverdeling	
Bijlage 3: In kaart brengen van ergotherapeutische kennis	

Samenvatting

Tegenwoordig is Evidence Based Practice (EBP) niet meer weg te denken binnen kwalitatief paramedisch handelen. Tevens komt in visie van Novicare kwalitatief hoogstaande zorg als belangrijk aspect naar voren (Onderneming, 2008). In de dagelijkse beroepspraktijk zijn hier echter nog veel vragen en onduidelijkheden over. Binnen Novicare wordt er gewerkt aan de hand van een productenboek met daarin arrangementen en producten. Momenteel is deze werkwijze nog niet getoetst aan de hand van Evidence Based Practice. Hierdoor kan de werkwijze niet voldoende verantwoord worden naar medewerkers, klanten en zorgverzekeraars. Onderzoeksteam Perfect Fit is benaderd om antwoord te geven op de volgende vraag: *'In hoeverre is binnen Novicare de ergotherapeutische werkwijze in het multidisciplinair team, bij cliënten met Niet Aangeboren Hersenletsel aan de hand van het productenboek, Evidence Based Practice vormgegeven en hoe zou de ergotherapeutische behandeling indien nodig geoptimaliseerd kunnen worden?*

Aangezien het onderzoek zicht richt op EBP is er per perspectief een deelonderzoek uitgevoerd. Zo zijn er een interviews gehouden met de ergotherapeuten werkzaam bij Novicare. Daarnaast zijn er vragenlijsten ingevuld door cliënten met NAH die door ergotherapeuten van Novicare behandeld worden. Het cliëntperspectief is aangevuld met een literatuuronderzoek vanwege lage respons op de vragenlijst. Tenslotte is er voor het wetenschappelijk perspectief literatuuronderzoek gedaan naar een goede ergotherapeutische werkwijze.

Middels het onderzoek zijn er resultaten verkregen over hoe de huidige ergotherapeutische werkwijze binnen het multidisciplinaire team van Novicare vormgegeven wordt. Tevens is nu bekend dat de ergotherapeuten over het algemeen tevreden zijn met de werkwijze, maar dat er in hun ogen nog enkele verbeterpunten liggen. Uit de vragenlijst komt naar voren dat cliënten tevreden zijn over de huidige werkwijze. Daarnaast komt uit het aanvullend literatuuronderzoek aandachtspunten naar voren. Uit het literatuuronderzoek voor het wetenschappelijk perspectief komt informatie naar voren over een effectieve ergotherapeutische behandeling bij NAH. Vervolgens is gekeken naar de overlap tussen de drie perspectieven en waar nog verbeterpunten liggen. Naar aanleiding hiervan zijn aanbevelingen opgesteld. De bevindingen zijn verwerkt in een schema dat gemakkelijk in de praktijk te gebruiken is, om zo de ergotherapeutische werkwijze EBP vorm te geven. Dit schema is ook bruikbaar voor andere ergotherapeuten die werken met NAH cliënten.

Naar aanleiding van het onderzoek wordt geconcludeerd dat de volledige ergotherapeutische werkwijze bij cliënten met NAH cliëntgericht vormgegeven wordt. Daarnaast voldoet het grootste deel van de ergotherapeutische werkwijze binnen het multidisciplinaire team aan EBP. Echter op het gebied van wetenschap zijn er nog enkele verbeterpunten te noemen.

Enkele punten van het onderzoek kunnen bediscussieerd worden en hebben mogelijk een negatieve invloed op het onderzoek gehad. Zo is het aantal cliënten dat gereageerd heeft op de vragenlijst laag, waardoor een minder betrouwbaar beeld gevormd kan worden van de mening van cliënten met betrekking tot de huidige werkwijze bij Novicare. Hierom is een aanvullend literatuuronderzoek gedaan. Echter een interview had mogelijk tot een hogere respons geleid. Ook kan er in twijfel getrokken worden of de gebruikte literatuur voldoende toereikend is aangezien deze zich met name op CVA richt. Dit komt doordat er slechts beperkt onderzoek gedaan is naar cliënten met NAH. Het onderzoeksteam heeft de literatuur gegeneraliseerd naar de doelgroep NAH omdat CVA een aandoening is die onder NAH valt. Aangezien de meeste cliënten die binnen Novicare behandeld worden middels het arrangement CVA/NAH een CVA hebben gehad wordt dit door het onderzoeksteam niet als bezwaar gezien.

Aan het einde van het adviesrapport zijn er adviezen gegeven met betrekking tot de implementatie van de aanbevelingen.

Inleiding

Evidence Based Practice (EBP) (Kuiper, Verhoef, Cox, & Louw, de. (2008) is tegenwoordig niet meer weg te denken als we het hebben over de kwaliteit van paramedische handelingen. Kwalitatief hoogstaande zorg is ook een belangrijk aspect dat naar voren komt in de visie van Novicare (Onderneming, 2008). In de dagelijkse beroepspraktijk zijn hier echter nog veel vragen en onduidelijkheden over.

In de literatuur wordt er al veel geschreven over het belang van Evidence Based Practice bij de ergotherapeutische behandeling in het algemeen, alsook over het belang van het gebruik van Evidence Based Practice bij het vormgeven van de ergotherapeutische en multidisciplinaire behandeling bij cliënten met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) (Cup & Steultjens, 2005).

“In Nederland krijgen jaarlijks naar schatting 130.000 (nieuwe) mensen te maken met een of andere vorm van NAH” (Niet-aangeboren hersenletsel, n.d.). Bij NAH is er vaak sprake van een complexe combinatie van stoornissen, beperkingen en handicaps, zodat de cliënten en hun directe omgeving een beroep op meerdere zorgaanbieders moeten doen, waaronder ergotherapeuten (Hersenletsel Congres, 2008).

“Ergotherapeuten stellen mensen in staat om opnieuw hun dagelijkse activiteiten uit te voeren als dat niet meer lukt door lichamelijke of psychische problemen” (Wat is ergotherapie, 2012).”

Ergotherapie Nederland beschrijft letterlijk:

Maatschappelijke tendensen en ontwikkelingen in de zorg, onderwijs en welzijn en de positionering van de ergotherapie in de samenleving stellen steeds nieuwe eisen aan het professioneel handelen. Ergotherapeuten moeten in toenemende mate hun handelen inzichtelijk maken en verantwoording afleggen over hun keuzes. Ergotherapeuten hebben van oudsher kwaliteit van het professioneel handelen hoog in het vandaal en nemen ook de verantwoordelijkheid voor het constant verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening. Het is een continu proces van leren en gebruik te maken van nieuwe inzichten, kennis en informatie (Kwaliteit, 2012).

Perfect Fit levert met dit onderzoek een bijdrage aan de beroepsgroep van ergotherapeuten. Middels het onderzoek zouden nieuwe inzichten, kennis en informatie naar voren kunnen komen die alle ergotherapeuten binnen Novicare, maar ook binnen heel Nederland, toe zouden kunnen passen bij de behandeling van NAH cliënten. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan de kwaliteit van ergotherapie in zijn algemeenheid en wordt voldaan aan de eisen die maatschappelijke instanties stellen aan het professioneel handelen (Kwaliteit, 2012). Door gerichte en kwalitatief hoogstaande ergotherapeutische behandelingen te leveren wordt tevens voorkomen dat mensen afhankelijk worden van hulpverlenende instanties als thuiszorgorganisaties. Dit bespaart de overheid veel onnodige kosten, wat gewenst is in deze tijd van bezuinigingen. Momenteel gaat ruim een derde van de totale kosten van de gezondheidszorg naar de zorg van NAH-cliënten (Cijfers over patiënten, n.d.). Tevens biedt gepaste zorg en een zo hoog mogelijke zelfstandigheid, cliënten een hogere kwaliteit van leven.

Novicare is een jonge multidisciplinaire zelfstandige zorgonderneming, die gespecialiseerd is in het behandelen van mensen die complex chronische zorg nodig hebben in verpleeghuizen. Daarnaast biedt zij haar dienstverlening onder het label VitaalThuis ook aan bij mensen thuis (Onderneming, 2008). Regelmatig heeft Novicare cliënten met NAH in behandeling.

Momenteel wordt er binnen Novicare gewerkt middels een productenboek. In dit productenboek staat voor alle disciplines beschreven welke processtappen zij moeten doorlopen binnen de behandeling. Het productenboek is opgedeeld in verschillende 'arrangementen' (ziektebeelden) waaronder verschillende 'producten' (hulpvragen) vallen. Deze producten kunnen door één of meerdere discipline(s) geleverd worden. De inhoud van het productenboek is gebaseerd op de kennis en ervaring van de deskundigen, werkzaam binnen Novicare. Het is echter nog niet getoetst op kwaliteit, betrouwbaarheid, toepasbaarheid en cliëntgerichtheid.

Binnen Novicare heerst momenteel onduidelijkheid of de werkwijze die zij hanteren bij cliënten met NAH, voldoet aan EBP. Ook zijn er vragen over hoe er effectief kan worden omgegaan met overlappings van behandelgebieden, tussen verschillende disciplines. Omdat de vraagstelling van Novicare heel specifiek over hun eigen situatie gaat, is er onderzoek gedaan naar de specifieke werkwijze binnen deze zorgonderneming.

De hoofdvraag, opgesteld door Perfect Fit in samenspraak met Novicare, is:

“In hoeverre is binnen Novicare de ergotherapeutische werkwijze in het multidisciplinair team, bij cliënten met Niet Aangeboren Hersenletsel aan de hand van het productenboek, Evidence Based Practice vormgegeven en hoe zou de ergotherapeutische behandeling indien nodig geoptimaliseerd kunnen worden?”

Deze hoofdvraag is opgesplitst in de volgende deelvragen:

- *“Wat is de mening van NAH cliënten met betrekking tot de tevredenheid over de ergotherapeutische behandeling bij Novicare?”*
- *“Wat is de huidige en gewenste werkwijze van de ergotherapeuten binnen Novicare?”*
- *“Wat zegt wetenschappelijk onderzoek over de ergotherapeutische en multidisciplinaire behandeling bij NAH cliënten?”*

De bijbehorende doelstelling is:

“Novicare heeft in juni 2012 inzicht of de huidige werkwijze van de ergotherapeuten binnen het multidisciplinair team bij cliënten met NAH, EBP vormgegeven is en hoe ze hun werkwijze aan de hand van EBP kunnen optimaliseren”.

Uit onderzoek is gebleken dat er momenteel vanuit de literatuur nog geen antwoord te geven is op de bovengenoemde vraagstelling. Er zijn momenteel veel wetenschappelijke inzichten beschikbaar over de behandeling van de doelgroep Cerebro Vasculair Accident (CVA). Deze inzichten zijn echter niet toereikend genoeg om antwoord te geven op de specifieke vraag van Novicare. Mede omdat de werkwijze bij Novicare uniek is ten opzichte van gebruikelijke werkwijzen in zorginstellingen. Om die reden is gestart met een onderzoek om deze vraag te kunnen beantwoorden.

Operationalisering

Middels de operationalisering worden begrippen waar onduidelijkheid over zou kunnen bestaan nader gedefinieerd om gebruikte begrippen te concretiseren.

Werkwijze: In dit onderzoek wordt 'werkwijze' gedefinieerd als de manier waarop de diagnostiek, behandeling/begeleiding en advies bij cliënten wordt vormgegeven door een behandelaar. Binnen een multidisciplinair team speelt de overlap met andere disciplines ook een rol in de werkwijze.

Multidisciplinair team: Multidisciplinair samenwerken wordt in de literatuur door Lloyed, Hancock & Campbell (2007) letterlijk als volgt omschreven:

Multidisciplinaire teams zijn groepen van professionals van verschillende disciplines die samenkomen voor een uitvoerig overleg met betrekking tot de beoordeling, behandeling en overleg van cliënten. De samenstelling van het team is afhankelijk van de cliënt en zijn of haar individuele behoeftes. Het doel van multidisciplinair samenwerken is het leveren van consistente, hoge kwaliteit van zorg, resulterend in een naadloze aansluiting op alle gebieden van de gezondheidszorg en sociale zorg.

Binnen Novicare zijn de volgende disciplines werkzaam: ergotherapeuten, fysiotherapeuten, ouderengeneeskundigen, diëtisten, logopedisten en psychologen.

Productenboek: Novicare heeft de werkwijze van alle disciplines beschreven in het 'productenboek'. Dit productenboek is verdeeld in verschillende 'arrangementen'. Per arrangement wordt de behandeling van een diagnosegroep per discipline beschreven. Hieronder vallen verschillende hulpvragen, 'producten', die geleverd kunnen worden door één of meerdere discipline(s).

Cliënten met Niet Aangeboren Hersenletsel: Niet Aangeboren Hersenletsel wordt afgekort met NAH. NAH is een beschadiging van het hersenweefsel door een hersenaandoening die op enig moment na de geboorte is ontstaan en die niet samenhangt met zwangerschap en bevalling. Vaak is er sprake van een complexe combinatie van stoornissen, beperkingen en handicaps, zodat de cliënten en hun directe omgeving een beroep op meerdere zorgaanbieders moeten doen. Jaarlijks komen er ruim 100.000 mensen in Nederland met NAH bij (Hersenletsel Congres, 2008). NAH is een verzamelnaam waaronder meerdere diagnoses vallen, waaronder CVA (NAH Netwerk Zuidoost Brabant, 2008).

Evidence Based Practice: Het begrip 'Evidence Based Practice' wordt afgekort met EBP en gedefinieerd als: "Het nemen van klinische beslissingen op grond van het afwegen van de volgende drie aspecten:

- Het huidige beste beschikbare bewijs
- De kennis en ervaring van de paramedicus
- De waarde(n) en voorkeur van de individuele patiënt" (Kuiper, Verhoef, Cox & Louw de, 2008).

1. Methode

Ten behoeve van het beantwoorden van de onderzoeksvraag heeft er een uitgebreid onderzoek plaatsgevonden. Binnen het onderzoek zijn er drie deelonderzoeken gedaan naar de drie perspectieven van EBP; cliëntenperspectief (1.1), therapeutenperspectief (1.2) en wetenschappelijk perspectief (1.3). Deze drie perspectieven zijn afzonderlijk onderzocht en geanalyseerd waarna de uitkomsten van de verschillende onderzoeken met elkaar vergeleken zijn en gezocht is naar verbanden.

1.1 Cliëntenperspectief

Binnen het cliëntenperspectief stond de volgende deelvraag centraal:

“Wat is de mening van NAH cliënten met betrekking tot de tevredenheid over de ergotherapeutische behandeling bij Novicare?”

1.1.1 Onderzoeksmethode

Om inzicht te krijgen in het cliëntenperspectief is er kwalitatief onderzoek gedaan naar de tevredenheid, behoefte, meningen en wensen van cliënten met NAH over de ergotherapeutische en multidisciplinaire behandeling vanuit VitaalThuis. Dit is gedaan doormiddel van een schriftelijk gestructureerd individueel interview.

Mondelinge afname van het interview bleek na overleg met de opdrachtgever niet mogelijk. Daarom is gekozen om het interview schriftelijk af te nemen. Omdat het onderzoek gericht was op de ergotherapeutische werkwijze binnen Novicare, was het van belang om cliënten te benaderen die door ergotherapeuten van Novicare worden of werden behandeld. De vragenlijsten zijn door Novicare per post verstuurd. Een informatiebrief is meegestuurd om de cliënten te informeren. Op deze manier komt de respondent te weten wie de onderzoekers zijn, wat het doel is, hoe er met de adresgegevens van de respondenten wordt omgegaan, dat de gegevens anoniem verwerkt worden, hoeveel tijd het invullen in beslag neemt en wat er ongeveer gevraagd gaat worden (Baarda et al., 2010; Brinkman, 2000). Daarnaast hebben de deelgenomen cliënten een informed consent getekend, waarmee zij toestemming hebben gegeven dat hun gegevens gebruikt mochten worden voor het onderzoek.

De vragenlijst is door twee van de acht cliënten ingevuld en geretourneerd. Op basis van deze gegevens kon het cliëntenperspectief onvoldoende in kaart gebracht worden. Om toch een betrouwbaar en kwalitatief hoogstaand advies te kunnen geven, is er gekozen om een aanvullend literatuuronderzoek te doen, naar de mening van cliënten in het algemeen, ten aanzien van de behandeling. Dit literatuuronderzoek is vormgegeven middels een Critically Appraised Topic (CAT) (Straus, Glasziou, Richardson & Haynes, 2011). Om de kwaliteit van de artikelen te waarborgen zijn er criteria opgesteld waaraan de artikelen moeten voldoen. Daarnaast zijn alle artikelen beoordeeld aan de hand van het McMaster beoordelingsformulier (Evidence-Based Practice Research Group, 2008) en richtlijnen met het AGREE-instrument (Introduction to AGREE II, 2010; Kuiper et al., 2008).

1.1.2 Respondenten

De respondenten zijn geselecteerd aan de hand van vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria. Deze criteria zijn opgesteld om de validiteit en betrouwbaarheid te waarborgen.

Inclusiecriteria:

- De respondent is gediagnosticeerd met NAH.
- De leeftijd van de respondent ligt boven de 18 jaar.
- De respondent moet in staat zijn om de vragenlijst zelfstandig of met hulp in te vullen.

Exclusiecriteria:

- De respondent is niet gediagnosticeerd met degeneratieve ziekten als Multiple Sclerose, Parkinson, Alzheimer en Ziekte van Huntington.
- Respondenten die voor februari 2011 voor het laatst zijn behandeld door een ergotherapeut van Novicare.

De selectie van cliënten is uitgevoerd door Mieke Goossens, contactpersoon van de opdrachtgever. M. Goossens had inzicht in de gegevens van de cliënten en kon op deze manier cliënten selecteren die voldeden aan de inclusie- en exclusie criteria. Daarnaast mochten de onderzoekers geen inzicht hebben in de persoonlijke gegevens van de respondenten. Om deze reden is het versturen van de vragenlijsten uitgevoerd door een medewerker van Novicare. De vragenlijsten zijn verstuurd naar acht cliënten, twee vragenlijsten zijn ingevuld en geretourneerd.

Tabel 1: Gegevens respondenten

N = 2
Vrouw = 100%
Diagnose CVA = 100%
Gemidd. Leeftijd = 70,5 jaar (69 & 72 jaar)

1.1.3 Analysemethode

De geretourneerde vragenlijsten zijn anoniem getranscribeerd, gereduceerd, gefragmenteerd en gecodeerd (Baarda et al., 2005; Boeije, 2005). Hierbij zijn vooropgestelde codes (concept driven) gehanteerd, welke zijn opgesteld aan de hand van een voorbereidend literatuuronderzoek (Kvale et al., 2009). Hiervoor is gekozen om de informatie overzichtelijk te kunnen ordenen. Vervolgens zijn de antwoorden van beide respondenten per code in een schema geplaatst en zijn hieruit conclusies getrokken.

Bij het aanvullend literatuuronderzoek is de belangrijkste informatie uit de gebruikte artikelen en richtlijnen onder elkaar op papier gezet. Deze informatie is geordend aan de hand van de eerder opgestelde codes. Na alle gegevens kritisch door te lezen hebben de onderzoekers het bewijsmateriaal gereduceerd en samengevat. Op deze manier konden er conclusies worden beschreven.

1.2 Therapeutenperspectief

Binnen het therapeutenperspectief stond de volgende deelvraag centraal:

“Wat is de huidige en gewenste werkwijze van de ergotherapeuten binnen Novicare?”

1.2.1 Onderzoeksmethode

Om inzicht te krijgen in het therapeutenperspectief zijn er mondelinge semi-gestructureerde individuele interviews (Baarda, Goede, de & Teunissen, 2005) afgenomen bij de ergotherapeuten werkzaam binnen Novicare. Op die manier is geïnventariseerd wat de ergotherapeuten weten, denken, voelen en willen met betrekking tot de huidige ergotherapeutische werkwijze (Baarda et al., 2005; Lucassen & Hartman, olde, 2007). Voor deze methode is gekozen, omdat hierbij meer is op spontane opmerkingen, de aangepast kunnen worden aan de respondent en de situatie (Baarda et al., 2005) en omdat het voldoende ruimte biedt om door te vragen (Lucassen et al., 2007). Dit is noodzakelijk

aangezien er nog weinig kennis is over de huidige werkwijze en er nog geen specifieke vragen hierover opgesteld kunnen worden.

Voor de interviewers is een interviewgide opgesteld. Een interviewgide zorgt ervoor dat het interview herhaalbaar is en bij alle ergotherapeuten op dezelfde wijze wordt vormgegeven. Van den Berg (2005) beschrijft dat je bij het afnemen van een interview veel tegelijk moet doen: er moet op non-verbale signalen gelet worden, er moeten antwoorden samengevat kunnen worden en er moet een goede volgende vraag gesteld worden. Daarom is gekozen om de interviews met twee leden van het onderzoeksteam af te nemen, zodat fouten in de uitwerking van het interview voorkomen worden.

Voorafgaand aan de interviews is er per mail een informatiebrief gestuurd, om de ergotherapeuten op de hoogte te brengen van het inhoud van het onderzoek. Tevens is er aangekondigd dat er telefonisch contact met hen zal worden opgenomen om te informeren of zij bereid waren deel te nemen aan het interview.

De deelnemende ergotherapeuten hebben een informed consent ondertekend waarin zij toestemming geven dat de verkregen informatie uit het interview, gebruikt mag worden voor het onderzoek.

1.2.2 Respondenten

De interviews zijn afgenomen bij vier van de vijf ergotherapeuten, werkzaam binnen Novicare, die cliënten behandelen op basis van het arrangement 'CVA/NAH', uit het productenboek. De opdrachtgever heeft het onderzoeksteam de beschikking gegeven over de contactgegevens van alle ergotherapeuten werkzaam binnen Novicare. De ergotherapeuten die voldeden aan de inclusie- en exclusiecriteria en deel wilden nemen, zijn geïnterviewd.

Inclusiecriteria:

- De ergotherapeut is werkzaam binnen Novicare.
- De ergotherapeut behandelt cliënten met NAH.

Exclusiecriteria:

- De ergotherapeut behandelt NAH cliënten niet aan de hand van het CVA/NAH arrangement.
- De ergotherapeut heeft vanaf augustus 2011 geen NAH cliënten behandeld binnen Novicare.

Tabel 2: Gegevens respondenten

N = 4
vrouw = 100%
Gemid. ergotherapeutische werkervaring = 7,875 jaar (2 tot 20 jaar)
Gemid. werkervaring bij Novicare = 2,625 jaar (0,5 tot 4 jaar)

1.2.3 Analysemethode

De met voice-recorder opgenomen interviews zijn getranscribeerd. Alle interviews zijn op dezelfde wijze getranscribeerd, namelijk woord voor woord, pauzes worden vermeld en emoties worden tussen haakjes weergegeven (Kvale et al., 2009). Tijdens het transcriberen zijn de geluidsopnamen geanonimiseerd om de privacy van de respondenten te waarborgen. De tekst van de transcripties is vervolgens uitgeprint, gereduceerd, gefragmenteerd en gecodeerd (Baarda et al., 2005; Boeije, 2005). De codes waren vooraf opgesteld (concept-

driven), op basis van het voorbereidend literatuuronderzoek die ook is gebruikt bij het opstellen van de onderwerpen voor het interview (Kvale et al., 2009). Coderen zorgt zowel voor een afname van de omvang van de gegevens, als mede dat de gegevens overzichtelijk worden geordend (Boeije, 2005). De data bij sommige codes overlappen elkaar, daarom is er gekozen om sommige codes samen te voegen (Boeije, 2005). De fragmenten zijn per code en per respondent, in een Word tabel samengevat. Vervolgens is er door twee onderzoekers per code een korte samenvatting gegeven met betrekking tot de verkregen data van alle vier de respondenten.

Na elk interview is er in een logboek beschreven hoe het interview is verlopen. “Het is verstandig om een logboek bij te houden waarin je bijzondere gegevens noteert” (Baarda et al., 2005).

1.3 Wetenschappelijk perspectief

Voor het wetenschappelijk perspectief is een literatuuronderzoek gedaan naar de volgende vraag:

“Wat zegt wetenschappelijk onderzoek over de ergotherapeutische en multidisciplinaire behandeling bij NAH cliënten?”

1.3.1 Onderzoeksmethode

De methode die gebruikt is voor het literatuuronderzoek is de methode van de Critically Appraised Topic (CAT) (Straus et al., 2011). Om het zoeken naar wetenschappelijke literatuur nog meer te structureren zijn er PICO-vragen (Kuiper et al., 2008) opgesteld:

- *“Welke ergotherapeutische werkwijze is effectief bij de behandeling van cliënten met NAH?”*
- *“Welke multidisciplinaire werkwijze is effectief bij de behandeling van cliënten met NAH?”*

Aan de hand van de PICO-vragen (Kuiper et al., 2008) zijn zoektermen opgesteld waarmee in verschillende databanken gezocht is naar literatuur. De artikelen die gebruikt zijn voor het onderzoek zijn afkomstig uit de volgende databanken: Pubmed, Wetenschappelijk tijdschrift voor ergotherapie, Picarta en OT Seeker.

Om de klinische relevantie van de literatuur te beoordelen is er gebruik gemaakt van de opgestelde inclusie- en exclusiecriteria. Door gebruik te maken van criteria kan er een schifting gemaakt worden in de literatuur en wordt alleen literatuur gebruikt wat relevant is voor het onderzoek.

De inclusie- en exclusiecriteria voor wetenschappelijke literatuur zijn:

Inclusiecriteria:

- Cliënten met Niet Aangeboren Hersenletsel.
- De artikelen moeten Engels- of Nederlandstalig zijn.
- De respondenten (of NAH cliënten) dienen ouder dan 18 jaar te zijn.

Exclusiecriteria:

- Het artikel mag niet eerder zijn gepubliceerd dan 2000.
- Cliënten met degeneratieve ziekten als Multiple Sclerose, Parkinson, Alzheimer en Ziekte van Huntington.
- Geen artikelen uit derde wereldlanden.

De kwaliteit en relevantie van de artikelen is aan de hand van een beoordelingsformulier beoordeeld. Het beoordelen van artikelen is aan de hand van het McMaster (Evidence-Based Practice Research Group, 2008) beoordelingsformulier gedaan. Richtlijnen zijn beoordeeld met het AGREE formulier (Introduction to AGREE II, 2010; Kuiper et al., 2008); Kuiper et al., 2008).

1.3.2 Analysemethode

De gevonden relevante informatie uit de literatuur is geordend aan de hand van vooraf opgestelde codes (concept-driven) (Kvale et al., 2009), welke ook gebruikt zijn voor het cliënten- en therapeutenperspectief. Zo konden de gevonden data eenvoudig vergeleken worden. Door alle gegevens kritisch door te lezen hebben de onderzoekers het bewijsmateriaal gereduceerd en samengevat. Hierbij is de literatuur kritisch gefilterd op relevantie voor het onderzoek. Vervolgens konden conclusies worden beschreven vanuit het wetenschappelijk perspectief.

2. Resultaten

De resultaten staan beschreven aan de hand van de codes die tevens tijdens het onderzoek gebruikt zijn om de gegevens uit de interviews, vragenlijsten en literatuurstudie te analyseren. Hieronder staan per code de resultaten in een tabel weergegeven vanuit de drie perspectieven van Evidence Based Practice; het therapeutenperspectief, het cliëntenperspectief en het wetenschappelijk perspectief.

Allereerst wordt de ergotherapeutische werkwijze in kaart gebracht en vervolgens de multidisciplinaire werkwijze, wat ook een belangrijk onderdeel van het onderzoek was.

In onderstaande tabel is een globaal overzicht weergegeven van de resultaten. De volledige uitwerking van de resultaten zijn verwerkt in een los resultaatendocument. Dit document is op te vragen bij Perfect Fit.

De in deze resultaten gebruikte literatuur richt zich met name op CVA. Tijdens het literatuuronderzoek is er slechts een beperkte hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek gevonden met betrekking tot de behandeling van cliënten met NAH. Het onderzoeksteam heeft de literatuur voor dit onderzoek gegeneraliseerd naar de doelgroep NAH omdat CVA een aandoening is die onder NAH, valt (NAH Netwerk Zuidoost Brabant, 2008). Aangezien de meeste cliënten die binnen Novicare middels het arrangement CVA/NAH behandeld worden een CVA hebben gehad, wordt dit door zowel het onderzoeksteam als de opdrachtgever niet als bezwaar gezien.

Middels de interviews met de ergotherapeuten van Novicare is de ergotherapeutische werkwijze in kaart gebracht bij de behandeling van NAH cliënten. Omdat het een semigestructureerd interview was, hebben de ergotherapeuten in grote lijnen allemaal antwoord gegeven op dezelfde vragen. Echter zijn er met sommige therapeuten ook andere onderwerpen aan bod gekomen middels het doorvragen, terwijl deze onderwerpen niet met de overige therapeuten besproken zijn. Het is niet bekend hoe de andere therapeuten over deze onderwerpen denken. Er is daarom gekozen om tussen haakjes het aantal therapeuten weer te geven die een uitspraak hebben gedaan over het desbetreffende onderwerp. Wanneer een bepaald onderwerp niet door een ergotherapeut benoemd is, betekent dit echter niet dat met zekerheid gezegd kan worden dat de betreffende therapeut dit niet doet.

De onderwerpen die aan bod zijn gekomen in het interview heeft het onderzoeksteam zo veel mogelijk terug laten komen in de vragenlijst voor de cliënten. Hierdoor konden de resultaten vanuit alle perspectieven eenvoudiger met elkaar vergeleken worden. De resultaten van de vragenlijst en het aanvullende literatuuronderzoek staan beschreven onder het cliëntenperspectief.

Tot slot staan, onder het wetenschappelijk perspectief, de bevindingen vanuit het best beschikbare bewijs over de ergotherapeutische werkwijze bij NAH weergegeven.

Tabel 3: Resultaten

Cliëntgericht werken

Therapeutenperspectief	Cliëntenperspectief	Wetenschappelijk perspectief
<ul style="list-style-type: none"> - De therapeuten werken cliëntgericht door: vertrouwens-band op te bouwen (1), aan de doelen en activiteiten van de cliënten te werken (4), behandel-tijd aanpassen aan de cliënt (4), rekening houden met de achter-grond van de cliënt (1), in de cliëntcontext te behandelen (2) en behandeling aanpassen aan het niveau van de cliënt (1). - Een therapeut geeft aan meer handvatten te willen voor Motivational Interviewing, om meer cliëntgericht te kunnen werken. 	<ul style="list-style-type: none"> - Beide respondenten geven aan dat de behandeldoelen aansloten bij hun wensen. Zij zijn tevreden over de wijze waarop aan de doelen in gewerkt. - Uit onderzoek is gebleken dat cliënten respect, waardering, aandacht en ondersteuning belangrijk vinden. Cliënten ervaren belangrijke mentale ondersteuning wanneer de therapeut hen vertrouwen, geborgenheid, zorgzame houding, verbale aanmoediging en een luisterend oor biedt (Peoples, Satink, Steultjens, 2011). 	<ul style="list-style-type: none"> - Cliëntgerichte benadering leidt tot meer gemotiveerde cliënten, betere functionele uitkomsten, kortere opnames en ontslag naar meer zelfstandige woonvormen in vergelijking met een niet cliëntgerichte aanpak. Succes cliëntgerichte benadering hangt samen met trainen van voor de cliënt betekenisvolle activiteiten in betekenisvolle context (Cup et al., 2005). - Wanneer cliënten betrokken worden in het maken van keuzes, zullen zij actief meedenken. Niet alle cliënten hebben hier echter behoefte aan (McKinstrey, 2000). De cliënt dient vooraf geïnformeerd te worden m.b.t. zijn rol bij het maken van beslissingen (Edwards & Elwyn, 2001; Peoples et al., 2011; Stacey et al., 2011). - Middels een procesmodel kan er cliëntgericht gewerkt worden (Cup et al., 2005). - Cliënt-empowerment wordt gedefinieerd als "het versterken van de eigen mogelijkheden van een cliënt" en "het stimuleren om de eigen kracht te gebruiken" (Vernooij-Dassen, Leatherman & Rikkert, 2011). Een positieve sfeer, aandacht voor de prioriteiten van de cliënt, deelname in besluitvorming, persoonsgerichte informatie en emotionele ondersteuning bevorderen dit (Peoples et al., 2011). - De standaard 'Ergotherapie en kwaliteitszorg in een multiculturele samenleving' (NVE, 2001) biedt goede aanknopingspunten voor behandeling van cliënten met niet-Nederlandse achtergrond (Cup et al., 2005).

Diagnostiek

Therapeutenperspectief	Cliëntenperspectief	Wetenschappelijk perspectief
<ul style="list-style-type: none"> - De eerst betrokken behandelaar neemt de door Novicare ontwikkelde Vitaliteitanalyse af. Hierin is Trazaglijst en een deel van het Canadian Occupational Performance Measure (COPM) opgenomen. De problemen van de cliënt en de benodigde disciplines worden op de wijze in kaart gebracht. - In de probleemanalyse nemen ergotherapeuten indien mogelijk ook de volgende gevalideerde en betrouwbare instrumenten af: gehele COPM (4), Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (2), Arnadottir Occupational therapy-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE) (1). - Daarnaast worden soms testen afgenomen die mogelijk niet gevalideerd en/of betrouwbaar zijn, zoals handfunctietesten (3) en cognitieve testen (2), doordat er soms vanuit eigen expertise en zonder originele lijsten problemen worden geïnventariseerd. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uit de vragenlijst komt naar voren dat de wijze waarop doelen worden opgesteld varieert. Respondenten geven aan tevreden te zijn over de manier waarop dit is gedaan. 	<ul style="list-style-type: none"> - In de diagnostiek moet informatie worden verkregen over het handelen in de huidige situatie, de verwachtingen, wensen en behoeften van de cliënt ten aanzien van zijn toekomstig functioneren en over de eisen die aan zijn toekomstig functioneren gesteld worden (Cup et al., 2005). - Volgens Buikema, Norel, Tichelaar en Steultjens (2009) en Cup et al. (2005) zijn de volgende instrumenten valide en betrouwbaar: Perceive Recall Plan and Perform Systeem (PRPP) (meest cliëntgericht), AMPS, A-ONE, Apraxierichtlijn, Handelings- en activiteitenprofiel. - De Standaard 'Huisbezoek' (NVE 2001) is een bruikbare leidraad voor het in kaart brengen van de fysieke woonomgeving van de cliënt (Cup et al., 2005). - De behandel doelstellingen worden geformuleerd in termen van betekenisvolle activiteiten voor de cliënt (Cup et al., 2005). - Er zijn aanwijzingen dat COPM een geschikt instrument is om bij cliënten met wie communicatie na een beroerte nog mogelijk is, de hulpvragen in kaart te brengen (Cup et al., 2005). - De Occupational Performance History Interview II (OPHI-II) en de Occupational Self Assessment (OSA) zijn vooral in de chronische fase bruikbaar om de betekenis van de beperkingen in kaart te brengen (Cup et al., 2005). - In de diagnostiek dient men rekening te houden met: depressieve klachten (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008; Boter, 2004; Turner-Stokes et al.,

<ul style="list-style-type: none"> - Wanneer nodig wordt de mantelzorg betrokken bij de probleeminventarisatie (4). - Behandelaar die naar verwachting het langst betrokken is bij de cliënt, wordt wegwijzer (coördinator). - Eén ergotherapeut geeft aan een specifieke intake lijst voor cliënten met een beroerte te willen om zo meer te weten te kunnen komen van de cliënt. 		<p>2002), cognitieve, emotionele en/of gedragsproblemen (Heijnen, 2004; Heugten, van, Groet & Stolker, 2003), valgevaar (Heijnen, 2004), cliënten actief houden om achter-uitgang te voorkomen (Port, van de, Kwakkel, Wijk & Lindeman, van, 2006; Lenze et al., 2004), dagbesteding oppakken (Heijnen, 2004) en de zorglast van naasten met een hoog risicoprofiel in kaart te brengen en te begeleiden (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008).</p>
---	--	---

Behandeling

Therapeutenperspectief	Cliëntenperspectief	Wetenschappelijk perspectief
<ul style="list-style-type: none"> - Gedurende de behandeling houden de ergotherapeuten rekening met: ziektebeeld (3), ervaren problemen van de cliënt (3), doelen van de cliënt (3), belastbaarheid (3), ziekteinzicht cliënt (1), leerbaarheid (1) en de sterke kanten van cliënt(systeem). Indien nodig wordt mantelzorg bij de behandeling betrokken. - De ergotherapeuten passen in meer of mindere mate de volgende interventies toe: legt doel behandeling uit (2), werkt van grove naar fijne motoriek (1), van proximaal naar distaal (1), oefent functiegericht (1), bouwt moeilijkheidsgraad op (1), bouwt prikkels op (1), generaliseert subdoelen naar hoofdoelen (1), zorglast mantelzorg in kaart brengen middels gesprek (1), traint betekenisvolle activiteiten (1), gebruikt Stage of Change, Health Counseling of Motivational Interviewing (3), compensatie (3), hulpmiddelen oefenen (3), bereidt cliënt voor op zelfstandigheid (1), schenkt aandacht aan dagbesteding (1), zorgt voor preventie van oedeemvorming en luxaties (1) en evalueert de behandeling (1). - Ergotherapeuten maken binnen de behandeling gebruik van de Ergotherapierichtlijn Beroerte (4), het boek 'Hersenscherven na een beroerte' (1) en oefengids 'Zelf oefenen na een beroerte' (1). 	<ul style="list-style-type: none"> - In de vragenlijst is dit onderdeel door één respondent ingevuld. Enerzijds was de respondent ontevreden omdat ze had gehoopt dat er meer haalbaar zou zijn binnen de behandeling. Aan de andere kant is respondent tevreden over de uitvoering van de behandeling; er werden geen valse beloften gedaan en er werden realistische adviezen gegeven. De respondent heeft geen verbeterpunten ten aanzien van de ergotherapeutische werkwijze. - Uit aanvullend literatuuronderzoek komt naar voren dat cliënten het prettig vinden actief deel te nemen aan hun revalidatie. Dit kan vormgegeven worden middels activiteiten die buiten de formele therapie sessies vallen, zelfstandige kennisverwerving en huiswerk (Jones, Auton, Burton & Watkins, 2008). - Cliënten vinden het prettig dat de behandeling zich niet alleen richt op fysieke, maar ook op niet-fysieke aspecten. Hierbij valt te denken aan sociale consequenties van een beroerte, relatietherapie en 	<ul style="list-style-type: none"> - Het is aangetoond dat het intensief (langduriger en vaker) trainen van cliënten met een beroerte ten goede komt aan het herstel van de hemiparese en ADL- zelfstandigheid (Cup et al., 2005). - Uit meta-analyse komt naar voren dat de zwaarte van therapie een progressief karakter moet hebben, waarbij de training zoveel mogelijk gericht moet zijn op het leren van vaardigheden die relevant zijn voor de patiënt (taak- en contextgeoriënteerd) (Stultjens, Dekker, Bouter, Nes, van de & Ende, van den, 2003; Peppen, van et al., 2004). - Belangrijke voorwaarde voor training is dat de cliënt inzicht heeft in eigen functioneren, dit kan bevorderd worden door psycho-educatie, confrontatie, zelfbeoordeling en feedback (Boelen et al., 2007). - Patiënten en hun naasten moeten voorbereid worden op een zo autonoom mogelijk leven (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008). - De ergotherapeut moet openingen bieden om problemen in de veranderde seksualiteit aan bod te laten komen (Cup et al., 2005). - De ergotherapeut dient aandacht te besteden aan zinvolle dagbesteding en dagindeling (Cup et al., 2005). - Voor het trainen van hobby-vaardigheden is het aangetoond dat tevredenheid over de uitvoering alleen verbetert indien deze activiteiten specifiek getraind worden (Cup et al., 2005). - Voor het trainen van fysieke functies dient de therapie onder meer te bestaan uit repetitief en intensief gebruik van nieuwe handelingen in functionele taken en activiteiten die de cliënt uitdagen om motorische vaardigheden onder de knie te krijgen (Lindsay et al., 2008). - Het is aangetoond dat het trainen van sensomotorische functies geen effect heeft op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en sociale participatie (Cup et al., 2005). - De NDT-methode levert geen positief effect op het fysieke functioneren van de cliënt. Asymmetrisch bewegen blijkt goede compensatie om op een veilige manier de functionaliteit te verhogen (Hafsteinsdóttir, Algra, Kappelleen, & Grypdonck, 2007). - Vroege mobilisatie draagt bij in het voorkomen van blijvende afhankelijkheid en is tevens veilig bevonden (Krikke-Sjardijn, Kwakkel, Meijer & Visser-Meily, 2009). - Indien er sprake is van een paretische arm moet zo spoedig mogelijk worden gestart met het aanleren van vaardigheden ter voorkoming van complicaties (schouderklachten, oedeem, verwondingen) (Cup et al., 2005). - Patiënten met een verminderde arm-handvaardigheid dienen gestimuleerd te worden de aangedane zijde te gebruiken. Bijv.

	<p>psychische ondersteuning (Moris, Payne & Lamvert, 2007).</p>	<p>middels Forced-use (Heijnen, 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pols- en handspalken kunnen aangemeten worden ter preventie. Het gebruik van spalken bij een verhoogde tonus heeft geen positief effect op het verminderen van de spasticiteit (Cup et al., 2005). - Wanneer actieve-extensiefunctie van pols en hand uit blijft in de eerste vijf weken na het ontstaan van de beroerte dient de behandeling gericht te worden op éénhandigheidstraining (Heijnen, 2004). - Cognitieve revalidatie is effectief met betrekking tot vermindering van de cognitieve gevolgen en verbetering van het ADL-functioneren op de volgende gebieden: geheugen (Boelen, Brouwer, Dijkstra, Eilander, Fasotti et al. (2007) neglect, afasie, apraxie en uitvoerende functies. De grootste effecten worden gevonden na het aanbieden van strategieën ter compensatie van blijvend verstoorde functies. Strategietraining zou uitgevoerd kunnen worden door een ergotherapeut (Heijnen, 2004). - Bij patiënten met vermoeidheidsklachten ten gevolge van een hersenletsel kan een combinatie van cognitieve strategietraining en fysieke conditieopbouw worden aangeboden. Cognitieve gedragstherapie kan in de strategietraining worden geïntegreerd (Boelen et al., 2007). - Bij cliënten met een visueel neglect is visuele-scanningstraining effectief. Hierbij is het doel dat de patiënt zich bewust wordt van het probleem en een strategie aanleert (Heijnen, 2004; Boele et al., 2007). - Het trainen van specifieke vaardigheden in functionele situaties is effectief bij patiënten met matige tot ernstige geheugenstoornissen (Heijnen, 2004; Boelen et al., 2007). Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van videofeedback (Boelen et al., 2007). - Informatieverstrekking en educatie over cognitieve, emotionele en gedragsmatige veranderingen na een beroerte is belangrijk (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008). - Interventies voor apraxie dienen aangeboden te worden in de postacute fase van het hersenletsel, in de vorm van het aanleren van strategieën gericht op het leren omgaan met de gevolgen van de apraxie (Boele et al., 2007). - Verschillende systematische literatuuronderzoeken laten zien dat ergotherapie in de thuissituatie een belangrijke meerwaarde heeft in termen van (instrumentele) ADL-vaardigheden (Legg, Drummond & Langhorne, 2006; Walker et al., 2004) en loopvaardigheid in eigen woonomgeving (Logan et al., 2004; Legg et al., 2007).
--	---	---

Voorlichting en advies

Therapeutenperspectief	Cliëntenperspectief	Wetenschappelijk perspectief
<p>- Alle ergotherapeuten geven voorlichting en advies binnen de behandeling over: het ziektebeeld (4), hulpmiddelen (4), voorzieningen en procedures (4), inschakelen van externe hulp (2), handelen van de cliënt (2), houding (1) en aan de mantelzorger (2). Daarnaast wordt er ook aan de verzorging en gemeente geadviseerd.</p>	<p>- De respondenten gaven aan tevreden te zijn over de hoeveelheid en inhoud van de voorlichting en adviezen die zij hebben ontvangen.</p> <p>- Vanuit aanvullend literatuuronderzoek komt naar voren dat het belangrijk is om gedurende de gehele</p>	<p>- Er zijn aanwijzingen dat informatie, gecombineerd met educatie op maat, meer bijdraagt aan het vergroten van kennis over beroerte dan het alleen aanbieden van informatie (Forster et al., 2001).</p> <p>- Gezien de mogelijke gevolgen op langere termijn van cognitieve en emotionele klachten, is goede voorlichting aan de patiënt en zijn naasten nodig m.b.t. de samenhang met het hersenletsel. Dit verminderd stress en angstklachten (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008).</p> <p>- Het is van belang dat de patiënt uitleg en praktische aanbevelingen krijgt over belasting en belastbaarheid, slapen en slaaphygiëne (Heijnen, 2004). Informatie over de klinische status, vooruitgang, prognose en processen in de zorg zijn ook</p>

	<p>revalidatie voldoende en persoonsgebonden informatie te verschaffen aan de cliënt en zijn naasten (Maclean, Pound, Wolfe & Rudd, 2000).</p>	<p>noodzakelijk. Met deze informatie kunnen cliënten beslissingen maken en verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid, dit vergemakkelijkt tevens de zelfstandigheid en zelfzorg (Sumsion & Law, 2006).</p> <p>- Er is niet bekend welke voorlichtingsmethoden het meest geschikt zijn. Wel is bekend dat afwisselend en/of gecombineerd gebruik van methodieken zinvol kan zijn (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008).</p> <p>- Advisering van hulpmiddelen moet altijd gepaard gaan met instructie/training in het gebruik van het hulpmiddel aan cliënt en naasten in de context waar het hulpmiddel gebruikt gaat worden (Cup et al., 2005).</p>

Mantelzorger

Therapeutenperspectief	Cliëntenperspectief	Wetenschappelijk perspectief
<ul style="list-style-type: none"> - Alle therapeuten betrekken de mantelzorger binnen de behandeling. Dit wordt gedaan door de mantelzorger te voorzien van informatie over de behandeling, het ziektebeeld en hoe om te gaan met de situatie en/of hulpmiddelen. - Bij vermoeden van overbelasting van de mantelzorger, wordt middels gespreksvoering de zorglast in kaart gebracht. Indien nodig wordt de mantelzorger zelf in behandeling genomen. - De mantelzorger wordt ook wel ingezet ter ondersteuning van informatieoverdracht en wordt betrokken binnen de evaluatie de doorlopen behandeling. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uit de vragenlijsten, ingevuld door cliënten van Novicare komt géén informatie naar voren m.b.t. het betrekken van de mantelzorger in de ergotherapeutische behandeling. - Uit aanvullend literatuuronderzoek komt naar voren dat mantelzorgers het krijgen van informatie ervaren als een belangrijke steun. Behoeften kunnen echter per fase verschillen. In acute fase vooral behoefte aan informatie over de beroerte zelf en over de kansen op herstel. In latere fasen kan begeleiding meer gericht zijn op leren accepteren van en omgaan met blijvende beperkingen (Visser-Meily et al., 2004a). Mantelzorgers zijn tevreden over het informatiemateriaal: 'Een beroerte en dan...', 'Wegwijzer na een beroerte', en 'Over een beroerte gesproken. Aanbevolen wordt in alle fasen van de behandeling deze brochures beschikbaar te stellen voor de mantelzorger (Visser-Meily et al., 2004a). - Mantelzorger ervaren 	<ul style="list-style-type: none"> - Hulp van mantelzorgers is vaak van essentieel belang om succes van revalidatie te behouden, zeker op de lange termijn (Visser-Meily et al., 2004a). - Ergotherapeuten moeten altijd aandacht besteden aan begeleiding van de mantelzorger. Tijdens het behandelproces is het belangrijk meerdere keren contact met de naasten van de cliënt te hebben, zowel voor het vragen van informatie over de cliënt als het geven van voorlichting (Cup et al., 2005). - Het aanleren van vaardigheden bij partners, door hen te betrekken bij therapieën en verzorging, heeft positief effect op partners en patiënten (Hafsteinsdóttir et al., 2007). - Er zijn aanwijzingen dat mantelzorgers overbelast raken. Mantelzorgers ondervinden op verschillende gebieden problemen. Behoeftte aan ondersteuning kan verschillen (Cup et al., 2005). - Gezien het feit dat overbelasting van naastbetrokkenen van patiënten met een beroerte op langere termijn vaak al voorspeld kan worden aan het begin van de revalidatie, is het van belang om deze naasten met een hoog-risicoprofiel bij de start van de revalidatie op te sporen en extra te begeleiden (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008). - De volgende; betrouwbare, valide, beschikbaar in het Nederlands, snel en eenvoudig af te nemen testen zijn beschikbaar voor het in kaart brengen van de zorglast: Caregiver Strain Index (CSI), de Sense of Competence Questionnaire (SCQ), Caregiver Reaction Assessment (CRA) (Visser-Meily et al., 2004a) en de Self-Rated Burden (SRB) (Exel, van, Scholte op Reimer et al., 2004). Partners die overbelast zijn (vastgesteld met een gestandaardiseerde meting) of grotere kans hebben op overbelasting op basis van het risicoprofiel, dienen adequate professionele zorg aangeboden te krijgen. - Counseling, partnercursussen of gezamenlijke voorlichtingsgroepen kunnen worden overwogen in alle fasen van de behandeling. Daarnaast zijn programma's gericht op specifieke individuele problemen en zorgbehoeften, gericht op de eigen context van het gezin ook positief gebleken. Het geven van enkel emotionele steun is niet genoeg (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008). - Zorgverleners dienen in alle fasen van de behandeling en ook op langere termijn, alert te zijn op depressie bij de naaste van getroffene door een beroerte, omdat een depressie bij deze groep vaak voorkomt (Visser-Meily et al., 2004a). - Begeleiding (counseling) gericht op gedragsverandering bij de partner in termen van aanleren van actief probleemoplossend en steunzoekend gedrag heeft een positief effect op de stemming, kwaliteit van leven, gezinsfunctioneren en ervaren

	<p>vaak zorglast, aan-gegeven in termen van zware verantwoordelijkheid, onduidelijkheid over de zorgbehoeften van de patiënt, constante bezorgdheid, verminderde sociale contacten en het gevoel er alleen voor te staan. Ervaren zorglast lijkt samen te hangen met veranderde stemming en karakter-eigenschappen van de naaste en de lichamelijke en cognitieve beperkingen van de patiënt (Han & Haley, 1999; Blake & Lincoln, 2000).</p> <p>- Partners zijn het meest tevreden over de begeleiding van de partner wanneer zij actief betrokken worden bij de behandeling. Betrekken kan vormgegeven worden middels meeloopdagen, het volgen van partnergroepen, betrekken bij het formuleren van doelen en/of het aanleren van vaardigheden (Visser-Meily et al., 2004a).</p> <p>- Sommige partners hebben behoefte aan een aparte groeps-sessie alleen voor partners. Zij kunnen dan met lotgenoten spreken over aspecten als de veranderende relatie, seksualiteit of eventueel verandert gedrag van patiënt (Sibbel, Visser- Meily, Hoekstra, Ruiter & Post, 2008).</p>	<p>zorglast van de partner (Lui, Ross & Thompson, 2005; Visser-Meily, 2005; Heuvel, van den et al., 2002; Grant, Elliott, Weaver, Bartolucci & Giger, 2002; Clark, Rubenach & Winsor, 2003).</p> <p>- Groepsbehandelingen voor partners van CVA-patiënten met een accent op 'leren omgaan met', 'cognitieve herstructurering', 'gericht op oplossingen leren zoeken' en 'kennis vergroten' zijn effectief (Sibbel et al., 2008).</p> <p>- Tijdens behandeling dient ergotherapeut in de gaten te houden of zorglast toeneemt of dat de steun uit de omgeving afneemt. Er zijn aanwijzingen dat ook na één jaar na de beroerte de zorglast van de mantelzorg regelmatig herbeoordeeld moet worden (Visser-Meily et al., 2004a).</p> <p>- Het is belangrijk dat de behandelaar een overzicht heeft van alle mogelijkheden in Nederland voor partners op het gebied van steun, voorzieningen, respijtzorg en patiëntenverenigingen. Belangrijk punt hierbij is dat niet alleen gekeken wordt naar de mogelijkheden, maar vooral ook naar de behoeften van de mantelzorg (Visser-Meily et al., 2004a).</p>
--	--	--

Afsluiting behandeling

Therapeutenperspectief	Cliëntenperspectief	Wetenschappelijk perspectief
<p>- Twee ergotherapeuten geven aan, aan het eind van de behandeling, frequentie van behandeling en mate van ondersteuning af te bouwen.</p> <p>- Bij afsluiting behandeling, worden de doelen en tevredenheid geëvalueerd.</p>	<p>- Uit vragenlijsten zijn geen resultaten m.b.t. het afsluiten van de behandeling naar voren gekomen.</p>	<p>- Evaluatie ergotherapeutische behandeling dient gebaseerd te zijn op:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De gestelde behandeldoelen. ▪ De mening van de cliënt en zijn naasten. ▪ De mening van de ergotherapeut (Cup et al., 2005). <p>- Na afronding van de behandeling moet altijd een controle afspraak worden aangeboden voor zowel de patiënt als partner. Aanbevolen wordt om bij deze contacten de door de partner</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Enkelen geven indien nodig advies aan de verzorging t.a.v. de benaderingswijze naar cliënt. - Cliënten wordt de mogelijkheid geboden om te bellen bij vragen en/of problemen. Indien nodig cliënt opnieuw in behandeling. - Eén therapeut geeft aan mogelijkheid voor follow-up afspraak te bieden wanneer behandeling gericht was op gedragsverandering. - Na gehele afsluiting behandeling wordt er multidisciplinair gerapporteerd aan huisarts. 		<p>ervaren belasting met een standaard meetinstrument vast te leggen (Visser-Meily et al., 2004a).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een follow-up afspraak is goed hulpmiddel om blijvende gedragsverandering te ondersteunen (Poelgeest, Noordstar, Mars, Luijnenburg-Kroes & Balm, 2010). Afspraak biedt tevens ruimte voor evaluatie en bespreken problemen. Ook telefonische follow-up is mogelijk (Cramer, 2004). - Het kan zinvol zijn om de cliënt de mogelijkheid te bieden één of enkele herhalingsgesprekken aan te bieden bij (dreigende) terugval (Gijsbertsen, Kloos, Vierwind, Pol & Tichelaar, 2008).
--	--	--

Werkwijze Novicare

Therapeutenperspectief	Cliëntenperspectief	Wetenschappelijk perspectief
<ul style="list-style-type: none"> - Ergotherapeuten Novicare werken met Datacare (EPD). Hierin wordt gewerkt met arrangementen (doelgroep waar cliënt onder valt) en producten (gebied waar hulpvraag cliënt ligt). - In Datacare processtappen welke therapeuten moeten doorlopen a.d.h.v. OPPM verwerkt. - Doorlopen OPPM zorgt voor structuur en inlassen evaluatiemomenten. - Aan processtappen is tijdsbestek gekoppeld waarbinnen een stap doorlopen moet zijn. Bij overschrijding, wordt men hier door EPD op geattendeerd. - Sommige ergotherapeuten geven aan tijdsbestek niet altijd realistisch. - In EPD standaard formulieren van Ergotherapie Nederland opgenomen. - Formulieren worden over algemeen als positief ervaren. Eén ergotherapeut vindt formulieren te lang en kort deze in. - Prettig middels EPD ook in dossiers andere disciplines te kunnen kijken. - Processtappen staan vast, invulling van behandeling niet. - Prettig wanneer producten meer aan het arrangement (ziektebeeld) gekoppeld en specifiekere omschreven zouden zijn. Arrangementen en producten worden momenteel te groot en algemeen bevonden. Door specifiekere invulling hopen therapeuten op meer houvast binnen behandeling en betere vormgeving van het proces en aandachtspunten binnen de behandeling. Daarnaast daardoor mogelijk inzicht in wat andere disciplines kunnen betekenen. 	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënten geven aan tevreden te zijn over de werkwijze van Novicare. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ergotherapeut dient gebruik te maken van procesmodel (Cup et al., 2005). Nieuw ergotherapeutisch procesmodel ontwikkeld als opvolger van het Occupational Performance Process Model (OPPM), namelijk het Canadian Practice Process Framework (CPPF). Uitgangspunten van de CPPF zijn: cliëntgericht, evidence-based, occupational-based, doelgericht en generiek De CPPF kan gebruikt worden met de cliënt als individu, gezin, groep, gemeenschap, organisatie en populatie. Nadelen uit OPPM, zijn verbeterd in CPPF. Volgende nadelen over het OPPM zijn beschreven: <ul style="list-style-type: none"> ▪ OPPM selecteert in stap 2 theoretische kaders, terwijl theoretische kaders ten grondslag moeten liggen aan hele proces van onderzoek, interventie en het evalueren van uitkomsten. ▪ OPPM stelt dat stappen van ergotherapieproces uitgevoerd moeten worden in lineair proces, en bij ontstaan nieuwe hulpvraag, gehele proces opnieuw doorlopen moet worden. Werkt niet zo in praktijk en moet mogelijk zijn om gedeelte van proces opnieuw te doorlopen. ▪ In OPPM is de omgeving niet opgenomen, ook maatschappelijke context en ergotherapiecontext hebben geen plaats in dit model. ▪ OPPM niet bruikbaar in alle situaties. Dit model is ontwikkeld voor de ergotherapiesituatie met de individuele cliënt en minder goed bruikbaar voor ergotherapie-interventies met families, groepen en organisaties (Hartingsveldt, Piškur & Stomph, 2008).

Kennisonwikkeling

Therapeutenperspectief	Cliëntenperspectief	Wetenschappelijk perspectief
<ul style="list-style-type: none"> - Ergotherapeuten in staat diverse instrumenten af te nemen en benaderingswijzen toe te passen. - Door een of meerdere therapeuten gevolgde cursussen zijn: Motivational Interviewing, AMPS, A-ONE, COMP, PDL, NDT, COPD en introductie cognitieve revalidatie. - Ergotherapeuten houden onderling regelmatig vakgroepoverleg waarin cursussen of andere kennis gedeeld wordt. Niet alle therapeuten bij deze overleggen betrokken, doordat in verschillende regio's van het land gewerkt wordt. Wel behoefte aan deelname. - Digitaal wordt kennis uitgewisseld via een gezamenlijke digitale omgeving. - Er worden verbetermogelijkheden gezien m.b.t. het onderling uitwisselen van kennis en informatie en op de hoogte zijn van elkaars specialisatie(s). 	<ul style="list-style-type: none"> - Geen resultaten beschikbaar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ergotherapeuten dienen zicht te ontwikkelen en hun professioneel handelen te versterken door te blijven leren. Kwaliteit van handelen verbetert door gebruik van recente informatie, vernieuwde inzichten en kennis. Verder dienen ergotherapeuten de mogelijkheid te creëren om hun kennis, expertise en ervaringen met elkaar uit te wisselen. (Hartingsveldt, van, Logister-Proost & Kinébanian, 2010).

Evidence Based Practice

Therapeutenperspectief	Cliëntenperspectief	Wetenschappelijk perspectief
<ul style="list-style-type: none"> - EBP werken wordt gezien als het gebruiken van richtlijnen en wetenschap en het aanpassen van deze inzichten op de cliënt. - M.n. minder ervaren ergotherapeuten vinden het prettig en belangrijk terug te kunnen vallen op evidence. - Eén therapeut geeft aan het vooral belangrijk te vinden uit te gaan van de cliënt en haar eigen expertise en vindt wetenschap hierin minder belangrijk. - Andere therapeut geeft aan het belangrijk te vinden volgens de richtlijnen en (nieuwe) wetenschappelijke inzichten te blijven werken en vindt dat Novicare zich hier nog in kan ontwikkelen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Geen resultaten beschikbaar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Het belang van de cliënt binnen EBP wordt benoemd als: het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal (evidence) om beslissingen te kunnen nemen voor individuele patiënten. Voorkeuren en verwachtingen van patiënten spelen bij besluitvorming centrale rol (Baarends & Beurskens, 2010; Kuiper et al., 2008). - Tevredenheid over dienstverlening is verbeterd door cliënt-centred en family-centred te werken. Verhoogt naleving van therapeutische aanbevelingen en functionele resultaten. EBP werken ondersteunt het cliëntgericht werken. Daarom belangrijk voor (para)medici, docenten en onderzoekers om hun kennis voortdurend bij te houden m.b.t. nieuwe ontwikkelingen van cliëntgericht werken (Sumsion et al., 2006). - Kritisch onderbouwen van keuzes vanuit cliënt, professional én evidence in het ergotherapeutisch diagnosticeren en interveniëren van groot belang, maar niet altijd eenvoudig. Afhankelijk van de evidence, van wat de cliënt kan en wil, reflectieve vaardigheden en kritische attitude van professional, dient er besluitvorming plaats te vinden (Baarends et al., 2010).

Multidisciplinaire werkwijze

Therapeutenperspectief	Cliëntenperspectief	Wetenschappelijk perspectief
<ul style="list-style-type: none"> - Inzicht in elkaars dossier. - Behandeling en doelen worden tijdens MDO multidisciplinair afgestemd. - De frequentie van MDO's varieert 	<ul style="list-style-type: none"> - Cliënten tevreden over multidisciplinaire samenwerking. - Therapeuten werken goed met elkaar 	<ul style="list-style-type: none"> - Communicatie moet plaatsvinden tussen alle leden van het behandelteam, de cliënt en zijn/haar familie (Sumsion et al., 2006). - Gegevens dienen vastgelegd te worden in rapportages die op het juiste tijdstip beschikbaar zijn voor het multi-disciplinaire

<p>tussen eens in de vier en twaalf weken.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De wegwijzer stelt een rapportage op die andere behandelaars aan dienen te vullen. - Behandelaars moeten zelf initiatief nemen om andere therapeuten bij de behandeling te betrekken. - Advisering hulpmiddelen doet ergotherapeut. - Verder geen duidelijke taakverdeling onder disciplines m.b.t. hoe en wie overlappingsen vormgeeft. - Overlap is m.n. terug te zien met fysiotherapeut: lopen, transfers, tilliften, vervoer, houding en mobiliteit, logopedist; eten, drinken, houding, beker, bestek, schrijven en communicatie, en met psycholoog; aanpassen van omgeving en benadering, inzetten van hulpmiddelen, vaardigheden trainen en gedragsverandering. Daarnaast kan ergotherapeut een rol spelen bij in kaart brengen problematiek door afname van bijv. A-ONE. - Ergotherapeuten tevreden over multidisciplinaire samenwerking. - Niet iedereen is op de hoogte van elkaars expertise en kennis. - Verbeterpunt: taakverdeling van disciplines in kaart brengen. - Communicatie verloopt multidisciplinair via telefoon, per mail, mondeling en via het EPD. - Over het algemeen therapeuten tevreden over huidige verloop communicatie. Eenmaal wordt aangegeven dat binnen een team beter gecommuniceerd zou kunnen worden en meer gerapporteerd. - Aangegeven wordt dat er intensiever samengewerkt kan worden met anderen en alle disciplines meer over hun eigen grenzen heen zouden moeten kijken om te zien wat anderen kunnen en hen tijdig bij de behandeling te kunnen betrekken. - Idee enkele ergotherapeuten: aanpassing EPD, zodat men kan zien of andere disciplines betrokken kunnen worden. - Maken van een multidisciplinaire rapportage kost soms veel tijd. 	<p>samen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disciplines regelmatig contact. - Vanuit aanvullend literatuuronderzoek is geen informatie m.b.t. de mening van cliënten over multidisciplinair werken gevonden. 	<p>team (Cup et al., 2005).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onderlinge afstemming en afspraken over de diagnostiek en behandelstrategieën zijn noodzakelijk. Gezamenlijk onderzoek doen is behalve voor de samenwerking en afstemming een manier om efficiënt gegevens te verzamelen en de cliënt niet onnodig te testen. - M.b.t. sensorische functies en mobiliteit heeft het meerwaarde als de ergotherapeut in nauw overleg met de fysiotherapeut de diagnostiek uitvoert. Wanneer samen onderzoeken niet haalbaar is, is het van belang de verkregen gegevens direct toegankelijk te maken voor de andere betrokkenen (Cup et al., 2005). - Aanwijzingen eenduidige afspraken tussen alle betrokken hulpverleners over het behandeltraject, de wijze van behandeling en de bijbehorende communicatie zijn noodzakelijke voorwaarden voor goede afstemming binnen CVA-ketenzorg (Samenwerkende CVA-projecten Friesland, Werkgroep voorlichting CVA, 2001). - Voorlichting over revalidatieplan en planning van vervolgesprekken moet vanaf het begin een standaard onderdeel zijn van de multidisciplinaire aanpak (Visser-Meily et al., 2004b). - Aandachtspunten waar het hele team alert op dient te zijn op aanwezigheid van rechterhemisferische communicatiestoornissen. Kenmerken hiervan zijn: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Moeite met begrijpen van intonatie ▪ Monotonie ▪ Moeite met vertellen van een coherend verhaal en begrijpen van verbanden. ▪ Moeite met begrijpen van figuurlijke taal (Heijnen, 2004).
---	---	--

3. Discussie

Ten aanzien van de gebruikte methode zijn er een aantal punten die mogelijk het onderzoek beïnvloed hebben en daarom bediscussieerd kunnen worden.

Perfect Fit heeft de keuze gemaakt de mening van cliënten in kaart te brengen middels een schriftelijk interview. Dit is gedaan aangezien een mondeling interview niet mogelijk bleek en deze methode in verband met de problematieken waar cliënten met NAH tegenaan zouden kunnen lopen, niet geschikt leek. Men zou zich echter af kunnen vragen of de respons niet hoger geweest zou zijn wanneer cliënten mondeling geïnterviewd waren en men door had kunnen vragen op de antwoorden van de respondenten.

Slechts een gering aantal van de aangeschreven cliënten, twee personen, heeft haar medewerking verleent aan het invullen van de vragenlijst om het cliëntperspectief in kaart te brengen. Beide waren echter ingevuld met hulp van een familielid. Men kan zich afvragen of dit invloed heeft gehad op de antwoorden die gegeven zijn en of de mening van de mantelzorger hierin niet te veel naar de voorgrond is getreden.

Gezien het onderzoeksteam het aantal van twee cliënten te beperkt vond om conclusies te kunnen trekken over de tevredenheid en wensen van cliënten, heeft zij besloten een aanvullend literatuuronderzoek te doen. Met dit aanvullende literatuuronderzoek kon echter alleen de tevredenheid van cliënten ten aanzien van behandelingen in het algemeen in kaart gebracht worden. Bediscussieerd kan worden of deze informatie in combinatie met de meningen van twee cliënten, voldoende is om goede conclusies te kunnen trekken met betrekking tot het cliëntenperspectief. Het onderzoeksteam is van mening dat de algemene informatie over het cliëntenperspectief toereikend is. Echter zijn zij van mening dat er met de twee specifieke vragenlijsten minimale informatie verkregen is over de mening van cliënten met betrekking tot de huidige werkwijze van Novicare. Hier dient rekening mee gehouden te worden bij het interpreteren van de resultaten. Een extra onderzoek naar het cliëntenperspectief is naar inzicht van het onderzoeksteam niet noodzakelijk.

Om het therapeutenperspectief in kaart te brengen is gebruik gemaakt van een mondeling semigestructureerd interview. Bij deze methode worden veel open vragen gesteld wat er toe heeft geleid dat de weergegeven resultaten vanuit de interviews mogelijk niet geheel dekkend zijn. Door de open vragen kan het zijn dat bepaalde onderwerpen niet genoemd zijn door de ergotherapeuten. Het is dus niet 100% zeker dat wat niet gezegd is ook niet gedaan wordt.

Verder is er bij het literatuuronderzoek veel gebruik gemaakt van literatuur met betrekking tot de ergotherapeutische/multidisciplinaire werkwijze bij cliënten met een Cerebro Vasculair Accident (CVA). Dit ziektebeeld valt in te schalen onder NAH. De gevonden literatuur is echter specifiek gericht op de doelgroep CVA waarbij in de literatuur zelf niet concreet aangegeven wordt dat de genoemde aanbevelingen ook bij andere ziektebeelden vallend onder NAH, toepasbaar is. De onderzoekers van Perfect Fit achten de gevonden informatie echter goed generaliseerbaar naar de behandeling van cliënten met NAH. Aangezien CVA een ziektebeeld is wat valt onder NAH en de meeste cliënten die binnen Novicare middels het arrangement CVA/NAH behandeld worden een CVA hebben gehad, wordt dit door het onderzoeksteam niet als bezwaar gezien.

Tot slot zal de verantwoordelijkheid van de implementatie van de aanbevelingen grotendeels overgedragen worden aan Novicare, aangezien Perfect Fit hier niet de mogelijkheid voor heeft wegens het verlopen van de dienstperiode. De vraag is echter in hoeverre de implementatie van de aanbevelingen daadwerkelijk opgepakt zal worden. Om de kans hierop te vergroten, heeft het onderzoeksteam besloten een toegepast product in de vorm van een schema aan te leveren. Hierin worden concrete EBP onderbouwde ergotherapeutische

stappen weergegeven die gevolgd dienen te worden in de behandeling van cliënten met NAH. Daarnaast is een hoofdstuk implementatie toegevoegd in dit adviesrapport waarin een voorstel voor implementatie van de aanbevelingen verwerkt is. Ondanks deze hulpmiddelen blijft het echter afwachten in hoeverre de aanbevelingen vanuit Novicare opgepakt zullen gaan worden.

4. Conclusie

Binnen Novicare wordt er gewerkt aan de hand van een productenboek met daarin arrangementen en producten. Momenteel is deze werkwijze nog niet getoetst aan de hand van Evidence Based Practice. Hierdoor kan de werkwijze niet voldoende verantwoord worden naar medewerkers, klanten en zorgverzekeraars. Onderzoeksteam Perfect Fit is benaderd om antwoord te geven op de vraag of de ergotherapeutische werkwijze binnen het multidisciplinaire team bij cliënten met NAH voldoet aan EBP. Tevens wil Novicare zicht krijgen in hoeverre de ergotherapeutische werkwijze geoptimaliseerd kan worden.

4.1 Deelconclusies

De resultaten vanuit de verschillende perspectieven zijn geordend aan de hand van de codes. Vervolgens zijn per code deze resultaten met elkaar vergeleken en zijn hieruit, met betrekking tot de vraagstelling, deelconclusies getrokken.

Cliëntgericht werken

De benadering van de ergotherapeuten blijkt uit het onderzoek te voldoen aan EBP. Uit het onderzoek komt naar voren de alle ergotherapeuten cliëntgericht werken. Met betrekking tot de benadering zijn er nog verbeterpunten. Zo komt uit de literatuur naar voren dat de OPHI-II een goed instrument is om de cliënt te betrekken bij de behandeling en een open communicatie te creëren. Het erbij betrekken van de cliënt veronderstelt een actieve cliënt die meedenkt over te nemen beslissingen het blijkt echter dat niet alle cliënten een dergelijke actieve rol willen vervullen. Om die reden is het belangrijk om te inventariseren in hoeverre de cliënt betrokken wil worden in het nemen van beslissingen.

Diagnostiek

Gedurende de diagnostiek wordt er cliëntgericht gewerkt. Enkele instrumenten die gebruikt worden zijn valide en betrouwbaar. Echter zijn er, op het gebied van diagnostische instrumenten, verbeterpunten te noemen. Zo wordt er gebruik gemaakt van niet gevalideerde instrumenten voor de arm-handfunctie en het cognitief functioneren. Voor de arm-handfunctie kan er gebruik gemaakt worden van de SULCS. De A-ONE, de AMPS, de PRPP en de apraxierichtlijn zijn te gebruiken om de invloed van het cognitief functioneren op het dagelijks handelen in kaart te brengen. Het handelings- en activiteitenprofiel kan gebruikt worden om de handelingssituatie van de cliënt in kaart te brengen.

De OPHI-II en de OSA zijn in de chronische fase bruikbaar om inzicht te krijgen in de betekenis van de beperkingen in activiteiten en participatie voor een cliënt. Tevens zijn er in de resultaten nog enkele aandachtspunten omschreven die ergotherapeuten in oogschouw dienen te houden.

Behandeling

Gedurende de behandeling wordt er cliëntgericht gewerkt, cliënten zijn dan ook tevreden. Een groot deel van het ergotherapeutisch behandelproces (interventies, context) wordt EBP vormgegeven. Wel zijn er een aantal verbeterpunten welke vanuit het cliënten- en wetenschappelijk perspectief naar voren komen. Zo komt uit de literatuur naar voren dat cliënten het belangrijk vinden dat er aandacht besteed wordt aan niet-fysieke aspecten (sociale consequenties van een beroerte). Dit lijkt momenteel nog weinig naar voren te komen. In de literatuur staat beschreven dat het onderwerp seksualiteit in de ergotherapeutische behandeling aan bod dient te komen. Momenteel lijkt hier nog geen aandacht voor te zijn. Slechts één ergotherapeut geeft aan de behandeling te richten op een zinvolle dagbesteding en dagindeling. In de literatuur wordt dit echter als zeer belangrijk omschreven. Daarom is dit een aandachtspunt voor de andere ergotherapeuten. Tevens blijkt uit het onderzoek dat één ergotherapeut de cursus NDT gedaan heeft, uit de literatuur blijkt echter dat de NDT-methode geen positief effect levert op het fysieke functioneren van de cliënt. Er wordt afgeraden deze methode te gebruiken. Uit het onderzoek kwam naar

voren dat activiteiten wel geoefend worden met niet-functionele taken. Daarentegen komt uit de literatuur naar voren dat motorische vaardigheden geoefend dienen te worden door middel van functionele taken en activiteiten.

Voorlichting en advies

De wijze waarop voorlichting en advies door de ergotherapeuten toegepast wordt voldoet aan EBP. Hier zijn geen verdere verbeterpunten voor.

Mantelzorger

Uit het onderzoek komt naar voren dat door het betrekken van de mantelzorger in de behandeling er cliëntgericht gewerkt wordt. Vanuit wetenschappelijke literatuur zijn er nog verbeterpunten te noemen. Zo komt uit het onderzoek naar voren dat het in kaart brengen van de zorglast momenteel gedaan wordt middels gespreksvoering. Echter staat in de literatuur dat er gebruik gemaakt dient te worden van een gestandaardiseerde meting. Bruikbare instrumenten zijn: Caregiver Strain Index (CSI), de Sense of Competence Questionnaire (SCQ), Caregiver Reaction Assessment (CRA) en de Self-Rated Burden Scale (SRB). Uit literatuur komt naar voren dat ergotherapeuten op de hoogte dienen te zijn van lokale supportgroepen, patiëntenverenigingen en voorzieningen en de cliënt hierover te informeren. Uit het onderzoek blijkt dat hier momenteel nog beperkt gebruik van wordt gemaakt.

Afsluiting behandeling

De afronding en evaluatie voeren de ergotherapeuten volgens EBP uit. Uit de literatuur komt naar voren dat een follow-up afspraak effectief is wanneer de behandeling gericht was op gedragsverandering. Momenteel wordt wel de mogelijkheid geboden om contact op te nemen bij vragen, maar er wordt bijna geen gebruik gemaakt van een follow-up afspraak.

Werkwijze Novicare

Zowel de cliënten als de ergotherapeuten zijn tevreden over de huidige werkwijze van Novicare. Wel geven de ergotherapeuten aan dat het voor beginnende ergotherapeuten even wennen is om met het EPD en productenboek te werken. Tevens geven de ergotherapeuten nog wat punten aan die zij graag anders willen zien. De producten zijn naar mening van de ergotherapeuten niet voldoende aan het arrangement (ziektebeeld) gekoppeld en te weinig specifiek omschreven. In het EPD zijn momenteel de processtappen van het OPPM verwerkt. Er is echter een nieuw procesmodel ontwikkeld, het CPPF, waarin de nadelen van het OPPM verbeterd zijn. Het team zou beter EBP werken wanneer er gebruik gemaakt wordt van deze nieuwe ontwikkelingen en het CPPF dus ingevoerd wordt.

Kennisontwikkeling

De ergotherapeuten houden zich actief bezig met kennisontwikkeling door het volgen van cursussen. Met betrekking tot de kennisuitwisseling worden er nog verbeterpunten gezien. Zo is niet iedereen op de hoogte van elkaars expertise, ook zal er meer gebruik gemaakt kunnen worden van elkaars kennis. Uit literatuur komt naar voren dat het noodzakelijk is om kennis, expertise en ervaringen uit te wisselen.

Evidence Based Practice

De mening over EBP werken van de minder ervaren ergotherapeuten sluit aan op de definitie van EBP vanuit de literatuur. De meer ervaren ergotherapeuten dienen bij het redeneren en nemen van beslissingen meer gebruik te maken van wetenschappelijke literatuur. Eén ergotherapeut geeft aan dat Novicare zich nog kan blijven ontwikkelen in het gebruik van wetenschappelijke inzichten.

Multidisciplinaire werkwijze

Over het algemeen wordt binnen de multidisciplinaire teams naar afstemming over de behandeldoelen, diagnostiek en behandelstrategieën gezocht. De cliënten geven ook aan tevreden te zijn over de multidisciplinaire samenwerking. Geconcludeerd kan worden dat er

volgens EBP multidisciplinair gewerkt wordt. De ergotherapeuten geven daarnaast wel aan dat er een betere afstemming zou moeten komen wie wat doet, zodat overlappingsen goed en effectief vormgeven kunnen worden. Daarnaast zouden de verschillende disciplines meer op de hoogte moeten zijn van elkaar expertises en wanneer ze elkaar dienen in te schakelen.

Deze deelconclusies zijn samengevoegd en verwerkt tot een eindconclusie.

4.2 Eindconclusie

Binnen Novicare werken de ergotherapeuten momenteel met het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Deze is opgesteld volgens de stappen van het ergotherapeutisch procesmodel OPPM. Uit literatuuronderzoek komt echter naar voren dat er inmiddels een nieuwe, verbeterde versie ontwikkeld is; het CPPF (Hartingsveldt et al., 2008). Het is echter niet noodzakelijk het EPD aan te passen aan de hand van het CPPF. Het verbeterde procesmodel verandert namelijk niets aan de ergotherapeutische werkwijze. De ergotherapeuten dienen zich echter wel bewust te zijn van de verbeteringen die in het CPPF zijn opgenomen. Zo dienen de theoretische kaders ten grondslag van het hele proces te liggen, kan de volgorde van de processtappen indien nodig aangepast worden, speelt de omgeving en maatschappij een belangrijke rol in het proces en kunnen de stappen ook doorlopen worden met families, groepen en organisaties.

Uit het onderzoek komt naar voren dat zowel de cliënten als de ergotherapeuten tevreden zijn over de huidige werkwijze van Novicare. Bij een groot deel van de ergotherapeutische werkwijze bij cliënten met NAH wordt er met EBP gewerkt. De volgende onderwerpen zijn, naar aanleiding van het onderzoek, positief bevonden ten opzichte van EBP: cliëntgericht werken, voorlichting, afronding en evaluatie, het betrekken van de mantelzorger en multidisciplinair werken.

Op het gebied van diagnostiek en het in kaart brengen van de zorglast van de mantelzorger wordt er al wel cliëntgericht gewerkt, maar dient het wetenschappelijk perspectief meer betrokken te worden. Bij beide onderwerpen dient er meer gebruik gemaakt te worden van gevalideerde en betrouwbare instrumenten.

Ook is het grootste deel van de behandelfase EBP bevonden. Echter komt uit het wetenschappelijk perspectief naar voren dat een aantal onderwerpen meer aan bod dienen te komen, zoals seksualiteit en niet-fysieke gevolgen van NAH. Daarnaast dient er géén gebruik gemaakt te worden van de NDT-methode bij de behandeling van fysieke gevolgen.

Momenteel wordt er op een goede manier aan de ontwikkeling van kennis gewerkt. Echter dient de uitwisseling van kennis onder de ergotherapeuten verbeterd te worden.

De ergotherapeuten zien nog enkele verbeterpunten voor de werkwijze van Novicare. Dit betreft een specifiekere omschrijving van de producten, een passend tijdsbestek bij de processtappen, de vormgeving van de multidisciplinaire overlap, inzicht hebben in elkaars kennis en kunde en gevonden evidence met elkaar uitwisselen.

Uit het onderzoek is duidelijk geworden dat er overlappingsen tussen de ergotherapeuten en de volgende disciplines plaatsvinden; de fysiotherapeut, logopedist en psycholoog. In de literatuur is niet beschreven hoe de overlap tussen ergotherapeuten en andere behandelaars vormgegeven dient te worden. Het onderzoeksteam raadt daarom aan om de taakverdeling zelf in kaart te brengen, zodat de multidisciplinaire samenwerking efficiënter kan worden vormgegeven.

Kortom, de werkwijze bij NAH van de ergotherapeuten is cliëntgericht. Echter handelen de ergotherapeuten vooral op basis van hun eigen expertise en staat het gebruik van wetenschappelijke literatuur nog te vaak op de achtergrond. Er zijn een aantal aanbevelingen om de ergotherapeutische en multidisciplinaire werkwijze binnen Novicare te

optimaliseren. Bij deze aanbevelingen staat vermeld hoe deze verbeterpunten gerealiseerd kunnen worden.

De bevindingen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen en verwerkt zijn in het schema 'Evidence Based Practice werken bij cliënten met CVA/NAH', blijken over het algemeen generaliseerbaar en ook bruikbaar voor andere praktijken waar de ergotherapeut binnen een multidisciplinair team cliënten met NAH behandelt. Dit schema is meer dan het toepassen van de richtlijn, het geeft echter een weergave van veelzijdige literatuur met betrekking tot de beste ergotherapeutische werkwijze en de wensen en behoeften van cliënten met CVA/NAH. Het schema creëert een gemakkelijke toepassing van EBP werken bij cliënten met CVA/Nah, dit maakt het product innovatief.

5. Aanbevelingen

Aanbevelingen met betrekking tot cliëntgericht werken

In de diagnostiek kan gebruik gemaakt worden van de OPHI-II.

De OPHI-II is een goed instrument om de cliënt te betrekken bij de behandeling en een open communicatie te creëren (Maitra et al., 2006). De OPHI-II is te gebruiken om inzicht te krijgen in de betekenis van de beperkingen in activiteiten en participatie voor een cliënt (Cup et al., 2005).

Er dient geïnventariseerd te worden in hoeverre de cliënt betrokken wil worden in het nemen van beslissingen.

Vanuit de literatuur komt naar voren dat het belangrijk is dat er wederzijdse besluitvorming plaatsvindt tussen cliënt en therapeut. Hiervoor is een actieve rol van de cliënt nodig. Het blijkt echter dat niet alle cliënten deze actieve rol willen vervullen waardoor het van belang is na te gaan welke rol de cliënt wil en kan vervullen bij het nemen van een beslissing (Sumsion et al., 2006; Edwards et al., 2001).

Aanbevelingen met betrekking tot de diagnostiek

Voor het inventariseren van het cognitief functioneren dient gebruik gemaakt te worden van een gevalideerde test als de A-ONE, de AMPS, de PRPP of de Apraxierichtlijn.

In de literatuur komt naar voren dat ergotherapeuten gebruik dienen te maken van valide en betrouwbare meetinstrumenten voor het geven van goede en verantwoorde zorg (Cup et al., 2005). De A-ONE, AMPS, PRPP en de Apraxierichtlijn zijn betrouwbare instrumenten om de invloed van de cognitieve beperking (op het dagelijks leven) in kaart te brengen. Vanuit het perspectief van cliëntgerichtheid, heeft gebruik van de PRPP ten opzichte van de AMPS en A-ONE de voorkeur. Dit gezien de afwezigheid van restricties in activiteitenkeuze en de flexibiliteit in uitvoer van activiteiten (Buikema et al., 2009).

Voor het in kaart brengen van de handelingssituatie van de cliënt kan gebruik gemaakt worden van het handelings- of activiteitenprofiel.

Het handelingsprofiel (Occupational Questionnaire) en het activiteitenprofiel (Activity Record) zijn bruikbaar om inzicht te krijgen in de dagbesteding en mogelijke aangrijpingspunten voor behandeling (Cup et al., 2005).

Alle therapeuten dienen gedurende de gehele behandeling alert te zijn op enkele aandachtspunten.

Uit de literatuur zijn enkele aandachtspunten naar voren gekomen met betrekking tot de cliënt. Deze aandachtspunten, terug te vinden in Bijlage 1, dienen therapeuten gedurende de gehele behandeling, in oogschouw te nemen. De aandachtspunten hebben betrekking op veel voorkomende problematiek die vaak over het hoofd gezien wordt. Deze aandachtspunten zijn opgenomen bij het schema 'Evidence Based Practice werken bij cliënten met CVA/NAH' in Bijlage 1.

Aanbevelingen met betrekking tot de behandeling

De cliënt dient de mogelijkheid geboden te worden om ook actief met de behandeling bezig te zijn buiten de therapie sessies om.

Dit kan vormgegeven worden middels activiteiten die buiten de formele therapie sessies vallen, zelfstandige kennisverwerving en huiswerk. Dit draagt bij aan de positieve gevoelens ten aanzien van het herstel (Jones, 2008).

Wanneer de cliënt daar behoefte aan heeft, dient de behandeling ook op de sociale consequenties van de aandoening gericht te zijn.

Cliënten geven aan het prettig te vinden dat de behandeling zich niet alleen richt op fysieke, maar ook op niet-fysieke aspecten. Hierbij valt te denken aan de sociale consequenties van de aandoening (Moris et al., 2007).

In de behandeling dient het onderwerp seksualiteit aan bod te komen.

In de literatuur staat beschreven dat de mogelijke veranderde seksualiteit en de mogelijkheid tot begeleiding door iemand uit het multidisciplinaire team besproken dient te worden met de cliënt en diens echtgenoot (Visser-Meily et al., 2004a). "Aangezien ergotherapeuten ook aandacht schenken aan andere intieme onderwerpen op het gebied van het dagelijks functioneren zoals zelfverzorging en persoonlijke hygiëne, kan het bespreekbaar maken van veranderde seksualiteit aan de orde komen bij de ergotherapiebehandeling" (Bom & Uittenbogaard, 1998).

De behandeling dient zich op een zinvolle dagbesteding en dagindeling van de cliënt te richten.

Uit het onderzoek komt naar voren dat niet alle ergotherapeuten aandacht besteden aan een zinvolle dagbesteding en dagindeling. Vanuit de literatuur blijkt het zeer belangrijk om aandacht te besteden aan een zinvolle dagbesteding (Cup et al., 2005). Voor CVA-patiënten is het oppakken van dagbesteding belangrijk. Deelname aan sociale en/of recreatieve activiteiten heeft een positief effect op de gezondheid, kwaliteit van leven en het voorkomen van depressie (Heijnen, 2004).

Het is aan te bevelen bij behandeling gericht op fysiek functioneren géén gebruik te maken van de NDT-methode.

Uit de literatuur blijkt dat de NDT-methode géén positief effect levert op het fysiek functioneren van de cliënt (Hafsteinsdóttir et al., 2007).

Motorische vaardigheden dienen geoefend te worden door middel van functionele taken en activiteiten.

Uit de literatuur komt naar voren dat motorische vaardigheden geoefend dienen te worden door middel van functionele taken en activiteiten. Voor het trainen van fysieke functies dient de therapie onder meer te bestaan uit repetitief en intensief gebruik van nieuwe handelingen in functionele taken en activiteiten die de cliënt uitdagen om motorische vaardigheden onder de knie te krijgen (Lindsay et al., 2008).

Aanbeveling met betrekking tot voorlichting en advies

Het is aan te bevelen om regelmatig na te gaan of de voorlichting aansluit op de cliënt.

Uit literatuuronderzoek is naar voren gekomen dat cliënten vaak aangeven minder informatie ontvangen te hebben dan gewenst, terwijl hulpverleners dit onderwerp wel hebben besproken (Idema, 2006).

Aanbevelingen met betrekking tot de mantelzorger

Er dient bij het in kaart brengen van de zorglast gebruik gemaakt te worden van gestandaardiseerde metingen als de CSI, SCQ, CRA of de SRB.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de zorglast van de mantelzorger momenteel middels gespreksvoering in kaart wordt gebracht. Vanuit de literatuur wordt echter duidelijk dat het belangrijk is hiervoor gebruik te maken van een gestandaardiseerde meting. Zo kan er gebruik worden gemaakt van de: Caregiver Strain Index (CSI), de Sense of Competence Questionnaire (SCQ), Caregiver Reaction Assessment (CRA) (Visser-Meily et al., 2004a) en de Self-Rated Burden (SRB) (Exel, van et al., 2004).

Aanbevolen wordt om een overzicht te maken met lokale voorzieningen en diensten waar cliënt en/of mantelzorger gebruik van kunnen maken.

Uit de literatuur komt naar voren dat het belangrijk is dat ergotherapeuten op de hoogte zijn van lokale supportgroepen, patiëntenverenigingen en voorzieningen waar zij cliënten en/of mantelzorgers over kunnen informeren (Visser-Meily et al., 2004a).

Aanbeveling met betrekking tot de afsluiting van de behandeling

Biedt de cliënt, wanneer de behandeling gericht is op gedragsverandering, de mogelijkheid voor een follow-up afspraak.

Vanuit de wetenschap is gebleken dat een follow-up afspraak effectief is wanneer de behandeling gericht is op gedragsverandering (Poelgeest et al., 2010).

Aanbevelingen met betrekking tot de werkwijze van Novicare

Aanbevolen wordt een specifiekere omschrijving van de producten in het productenboek te ontwikkelen.

De arrangement zijn niet voldoende aan de producten gekoppeld en de processtappen zijn niet specifiek uitgewerkt, terwijl hier wel behoefte aan is. Door een specifiekere invulling van de producten krijgen de (beginnende) ergotherapeuten meer houvast binnen de behandeling en weten daardoor beter hoe zij de behandeling bij NAH cliënten vorm kunnen geven.

Er dient nagegaan te worden of het tijdsbestek waarin een processtap doorlopen dient te worden, realistisch is.

Uit het onderzoek blijkt dat het aan processtappen gekoppelde tijdsbestek, niet altijd realistisch is. Aanbevolen wordt om in gesprek te gaan met elkaar om te inventariseren welke processtappen qua tijdsbestek aangepast dienen te worden in het EPD.

Aanbevelingen met betrekking tot kennisontwikkeling

Het gehele ergotherapeutische team dient op de hoogte te zijn van elkaars cursussen en specialisaties.

Uit het onderzoek blijkt dat niet alle ergotherapeuten dezelfde cursussen hebben gevolgd en niet voldoende op de hoogte zijn van elkaars specialisaties. Wel is er de behoefte meer van elkaars expertise op de hoogte te zijn zodat hier onderling meer gebruik van kan worden gemaakt. Middels een gezamenlijk document kan inzicht verkregen worden in elkaars expertise. Er kan hierbij gebruik gemaakt worden van het schema dat terug te vinden is in Bijlage 3.

Uit literatuur komt naar voren dat het onderling uitwisselen van kennis, expertise en ervaringen van belang is bij het verbeteren van het ergotherapeutisch handelen (Hartingsveldt, van et al., 2010).

Het is aan te bevelen om een aantal keer per jaar met alle ergotherapeuten van Novicare samen te komen.

Uit het onderzoek komt naar voren dat er onder de ergotherapeuten behoefte is aan het gezamenlijk bespreken van moeilijke casuïstieken, vragen en problemen. Dit kan gestimuleerd worden door de overleggen wisselend op de verschillende locaties plaats te laten vinden. Tevens is aan te raden om notulen van deze bijeenkomsten te maken zodat de bevindingen voor iedereen, ook voor eventuele afwezigen, terug te lezen zijn.

Aanbeveling met betrekking tot Evidence Based Practice werken

Het is aan te bevelen de wetenschappelijke inzichten actief te delen, zowel mono-, als multidisciplinair.

Er is geconstateerd dat niet alle ergotherapeuten even veel gebruik maken van evidence, terwijl dit een belangrijk aspect is binnen het Evidence Based Practice werken. Het gebruik maken van evidence kan gestimuleerd worden door de bestaande bibliotheek op de N-schijf op de computer actiever te gebruiken. Het is aan te raden de bestaande bibliotheek up-to-date te houden en aan te vullen met gevonden wetenschappelijke literatuur. Wanneer er tevens samenvattingen van het geplaatste evidence worden geplaatst op de bibliotheek, vereenvoudigd en stimuleert dit het gebruik van evidence onder de werknemers. Eventueel kunnen de inzichten, opgedaan uit het evidence, zowel mono- als multidisciplinair mondeling uitgewisseld en besproken worden.

Het onderzoeksteam raadt aan gebruik te maken van het schema Evidence Based Practice werken bij cliënten met CVA/NAH

Uit het onderzoek komt naar voren dat er onder de ergotherapeuten behoefte is aan de te ondernemen stappen binnen de vormgeving van de ergotherapeutische behandeling van cliënten met NAH en waar men tijdens de behandeling op dient te letten. Er wordt vooral aangegeven dat dit voor minder ervaren ergotherapeuten of nieuwe werknemers prettig zal zijn. Omdat directe instructies gemakkelijker toe te passen zijn in de praktijk wanneer er gebruik wordt gemaakt van een schema (Grol & Wensing, 2011), zijn de stappen welke volgens EBP in de behandeling van cliënten met NAH genomen dienen te worden en hoe deze stappen vormgegeven kunnen worden, is een schema verwerkt. Tevens zal dit het implementeren van het EBP werken bij NAH vergemakkelijken.

Aanbevelingen met betrekking tot het multidisciplinair werken

Het onderzoeksteam is van mening dat de multidisciplinaire overlap in kaart moeten worden gebracht om een goede taakverdeling te kunnen maken.

Uit het onderzoek komt naar voren dat er overlapgebieden bestaan tussen de ergotherapeut en de fysiotherapeut, logopedist en de psycholoog. Het vermoeden bestaat dat niet alle disciplines weten wanneer zij een andere disciplines in kunnen schakelen. Aan te raden is om de taakverdeling middels het schema in Bijlage 2 in kaart te brengen en multidisciplinair, zwart op wit, afspraken te maken over hoe de overlap het beste kan worden vormgegeven.

Het is aan te raden om de disciplines erop te attenderen wanneer zij een andere discipline bij de behandeling kunnen betrekken.

Uit onderzoek is naar voren gekomen dat er behoeften is om erop geattendeerd te worden wanneer er mogelijk andere disciplines bij de behandeling van een cliënt betrokken kunnen worden. Een mogelijkheid hiervoor is dat de disciplines in het EPD een melding ontvangen om zelf op het ingevulde taakverdelingschema (Bijlage 2) te kijken of en welke discipline betrokken dient te worden bij de behandeling van een cliënt.

Het is aan te raden wetenschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in de gaten te houden.

Omdat situaties binnen Novicare in de loop der tijd kunnen wijzigen en er voortdurend onderzoek gedaan wordt ten aanzien van de meest effectieve, is het van belang om tijdig op deze veranderingen en nieuwe inzichten in te spelen (Kuiper et al., 2008). Op deze manier blijft de ergotherapeutische werkwijze aansluiten op het best beschikbare evidence en is er niet opnieuw een soortgelijk onderzoek nodig.

Wanneer de genoemde schema's (Bijlage 1, 2 en 3) geïmplementeerd worden, zullen alle hierboven beschreven aanbevelingen automatisch toegepast worden in de beroepspraktijk.

6. Adviezen voor implementatie

Implementatie wil zeggen dat er op een procesmatig en planmatige wijze vernieuwingen en/of verbeteringen ingevoerd worden in de klinische praktijk. Met als doel dat deze veranderingen een structurele plaats krijgen binnen het professioneel handelen, de organisatie of functioneren van een (zorg) organisatie (Grol & Wensing, 2011).

Voor Novicare betekent dit, dat de aanbevelingen procesmatig en planmatig ingevoerd dienen te worden zodat de veranderingen in de werkwijze op een structurele wijze doorgevoerd kunnen worden. Verwacht wordt, dat dit de kwaliteit van de ergotherapeutische behandeling en de multidisciplinaire samenwerking bij cliënten met NAH zal vergroten. Voorafgaand aan het invoeren van de veranderingen, dient er eerst bewustwording gecreëerd te worden onder de werknemers van Novicare, met betrekking tot de meerwaarde van het invoeren van veranderingen in de huidige werkwijze. Daarna dienen zij inzicht te krijgen in de wenselijke veranderingen. Men dient het gevoel te krijgen dat deze veranderingen geïmplementeerd kunnen worden. Vervolgens kunnen de veranderingen doorgevoerd en behouden worden (Grol et al., 2011).

Om de aanbevelingen systematisch te kunnen implementeren heeft het onderzoeksteam gebruik gemaakt van het model van Grol en Wensing (2011), deze bestaat uit de volgende stappen:

1. Ontwikkeling voorstel voor verandering
2. Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering
3. Probleemanalyse doelgroep en setting
4. Ontwikkeling en selectie van interventies / strategieën
5. Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan
6. Integratie van verandering in routines
7. Evaluatie (indien nodig) bijstelling van plan

Grol en Wensing (2011, p. 85) zeggen dat hun implementatiemodel de praktijk van implementatie van innovaties zo goed mogelijk weergeeft. Echter geven zij hierbij aan: "Dit is een model, de werkelijkheid kan vragen om een andere volgorde, herhaling van bepaalde stappen, of om aanvullende stappen!"

Voor een optimale implementatie bij Novicare, adviseren wij om de stappen één en twee van het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011) om te draaien. Dit zorgt voor een logischer verloop van implementatie.

Per fase van dit model zal een korte beschrijving gegeven worden wat per fase gedaan dient te worden en welke aandachtspunten hierbij naar voren komen (Grol et al., 2011).

1. Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering

Voordat er overgegaan kan worden tot implementatie, is het noodzakelijk de feitelijke zorgverlening te kennen. Zo is het belangrijk na te gaan welke zorg momenteel geleverd wordt, in hoeverre deze conform de voorgestelde werkwijze is, waar de belangrijkste afwijkingen liggen en welke aspecten van de voorgestelde zorgverlening al voldoende geïmplementeerd zijn en welke niet. (Grol et al., 2011)

Met betrekking tot de door Novicare gestelde vraag is deze stap reeds uitgevoerd door Perfect Fit. Dit is gedaan door de huidige werkwijze in kaart te brengen. Vervolgens is gekeken in hoeverre deze werkwijze voldoet aan EBP. Naar aanleiding van de belangrijkste afwijkingen hiervan zijn aanbevelingen opgesteld waarmee de werkwijze geoptimaliseerd kan worden en meer conform EBP vormgegeven kan worden.

2. Ontwikkeling voorstel voor verandering

In deze stap wordt een concreet, haalbaar voorstel ontwikkeld voor de gewenste verandering (Grol et al., 2011).

De gewenste verandering dient zoals gezegd te leiden tot een EBP vormgegeven werkwijze bij de behandeling van cliënten met NAH. Dit kan bereikt worden door de aanbevelingen te implementeren middels het toepassen van de bijgevoegde schema's (Bijlage 1, 2 en 3). Dit is dan ook waar het implementatieplan op gericht dient te zijn. De aanbevelingen staan concreet beschreven en onderbouwd in hoofdstuk 4 van dit adviesrapport.

3. Probleemanalyse doelgroep en setting

Wanneer er een goed beeld is van de gewenste verandering en de huidige situatie dient de context waarbinnen de verandering plaatsvindt, de kenmerken van de doelgroep en de bevorderende en belemmerende factoren van de voorgestelde verandering in kaart gebracht te worden (Grol et al., 2011).

De context waarin de verandering plaatsvindt, zijn de verpleeghuizen die klant zijn bij Novicare. Tevens vindt de verandering plaats bij de NAH cliënten waarbij de ergotherapiebehandeling thuis gegeven wordt (vanuit VitaalThuis).

De doelgroep waar de genoemde verandering invloed op heeft, zijn de multidisciplinaire teams van Novicare welke cliënten met NAH behandelen vanuit het arrangement CVA/NAH. Echter de verandering heeft met name effect op de ergotherapeuten binnen deze teams.

Aan de hand van de fase van verandering (Grol et al., 2011) is in onderstaande tabel beschreven welke bevorderende en belemmerende factoren verwacht worden ten aanzien van de implementatie van de aanbevelingen. Omdat Perfect Fit geen inzicht heeft in alle factoren, dient dit overzicht verder aangevuld te worden door Novicare.

Tabel 4: Bevorderende en belemmerende factoren t.a.v. implementatie

Fase in veranderingsproces	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Oriëntatie: De betrokkenen moeten inzicht en interesse krijgen in, en betrokken raken bij, de implementatie van de aanbevelingen.	<ul style="list-style-type: none"> - De ergotherapeuten zijn wellicht al geïnteresseerd doordat zij betrokken waren tijdens het onderzoek (middels de interviews). - Door aanwezigheid van alle behandelaars bij de eindpresentatie van het project krijgen de therapeuten inzicht in de gewenste verandering. - Door het adviesrapport met bijbehorende resultaten en aanbevelingen te lezen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mogelijk is niet iedereen geïnteresseerd in het project.
Inzicht: De betrokkenen moeten weten welke consequenties de implementatie van de aanbevelingen hebben.	<ul style="list-style-type: none"> - Doormiddel van de eindpresentatie wordt voor de behandelaars duidelijk wat de nieuwe werkwijze inhoudt en wat aan nieuw handelen wordt verwacht. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mogelijk hebben de therapeuten het gevoel dat verandering niet noodzakelijk is.
Acceptatie: De betrokkenen moeten inzien en accepteren dat de implementatie van de aanbevelingen leidt tot een hogere kwaliteit van de behandeling voor cliënten met NAH.	<ul style="list-style-type: none"> - Het grootste deel van de ergotherapeuten geeft aan te willen werken volgens EBP. - In de eindpresentatie is het belang van de invoering van de aanbevelingen besproken. Hiermee wordt gezorgd dat de therapeuten sneller het belang accepteren. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mogelijk vinden de ergotherapeuten hun huidige werkwijze prettig en willen zij deze niet wijzigen, door verschillende redenen.

<p><u>Verandering:</u> De betrokkenen moeten hun werkwijze aanpassen aan de hand van de aanbevelingen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De gewenste ergotherapeutische werkwijze staat overzichtelijk weergegeven in een schema, welke makkelijk toepasbaar is in de praktijk. Hierdoor kost de implementatie minder tijd. Door middel van het schema is voor de ergotherapeuten overzichtelijk wat ze in welke fase moeten doen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elk multidisciplinair team heeft een eigen manier van werken. En andere locatie van werken. - Gebrek aan tijd. - De therapeuten zijn gewent aan hun huidige werkwijze. - Er zijn mogelijk onvoldoende financiële middelen om de benodigde bijscholing te volgen.
<p><u>Behoud van verandering:</u> de veranderingen zijn een onderdeel van de nieuwe werkwijze van de ergotherapeuten en dit dient behouden te worden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Door de evaluatie van de verandering regelmatig aan bod te laten komen in zowel mono- als multidisciplinaire overleggen wordt terugval voorkomen. - Doordat de vernieuwingen doorgevoerd worden in de organisatorische werkwijze (bijvoorbeeld in het EPD en/of productenboek) is de kans op behoud groter. 	<ul style="list-style-type: none"> - Behoud van verandering wordt mogelijk belemmerd door organisatorische of financiële factoren.

4. Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën

Naar aanleiding van de bovenstaande factoren en andere informatie wordt er een mix van materialen, methoden en strategieën ontwikkeld voor de implementatie. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de fasen van verandering: oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud. Voor een effectieve invoering van de verandering dienen de betrokken personen deze fasen te doorlopen voordat zij de verandering effectief geïmplementeerd hebben in hun professioneel handelen (Grol et al., 2011).

In de aanbevelingen wordt er in enkele gevallen al beschreven hoe deze aanbeveling effectief uitgevoerd kan worden binnen Novicare. Door de drie eerder genoemde schema's (Bijlage 1: schema EBP werken bij NAH voor ergotherapeuten, Bijlage 3: schema om in kaart te brengen wie welke specialisatie heeft en Bijlage 2: schema voor het in kaart brengen voor de overlappingsen) te implementeren, wordt gezorgd dat alle aanbevelingen toegepast worden.

Voor de ergotherapeutische werkwijze is een schema ontwikkeld waarin beschreven staat welke stappen er uitgevoerd dienen te worden bij de verschillende fasen van de behandeling van cliënten met NAH. Per stap staat in de derde kolom beschreven hoe deze volgens EBP door de ergotherapeut vormgegeven kan worden. Dit schema is op een dusdanige wijze ontwikkeld dat deze gemakkelijk in de beroepspraktijk toe te passen is (Bijlage 1). Tevens geven de ergotherapeuten aan dat zij graag op de hoogte zijn van elkaars expertises zodat zij hier gebruik van kunnen maken. Hiervoor is een schema ontwikkeld waarin de ergotherapeuten op overzichtelijke wijze hun expertises en cursussen kunnen aangeven. Geadviseerd wordt om het ingevulde schema op de N-schijf te plaatsen zodat deze voor iedereen toegankelijk is (Bijlage 3). Ten slotte is er een schema ontwikkeld waarmee de overlappingsen tussen de verschillende disciplines in kaart gebracht kunnen worden, aangezien dit momenteel onvoldoende duidelijk is. In de tabel zijn de mogelijke gevolgen van hersenletsel en de verschillende disciplines, werkzaam bij Novicare, opgenomen. In het schema geven alle disciplines kort aan of en wat zij doen bij het betreffende gevolg van hersenletsel. Nadat dit schema is ingevuld en duidelijk is waar de overlappingsen plaatsvinden, wordt er geadviseerd om in gesprek te gaan en afbakening te maken. Hierbij dient bepaald te worden wie welke taken uitvoert en of eventuele taken gezamenlijk uitgevoerd dienen te worden. Deze afspraken dienen vervolgens inzichtelijk te zijn voor het hele team zodat men weet hoe de overlappingsen vormgegeven dienen te worden (Bijlage 2).

Welke methoden en strategieën uiteindelijk toegepast gaan worden, dient binnen Novicare besloten te worden. Hier kunnen geen aanbevelingen over gedaan worden, aangezien de fase 'probleemanalyse van de doelgroep en setting' verder in kaart gebracht dient te worden. Aangeraden wordt om binnen Novicare in gesprek te gaan met de betrokkenen over wat zij van de aanbevelingen vinden en wat de beste manier van implementatie zal zijn. Mogelijk kan hier een externe partij voor betrokken worden.

Perfect Fit beveelt tevens aan om ook binnen Novicare iemand verantwoordelijk te stellen voor de implementatie van de aanbevelingen van 'Verantwoord werken binnen een multidisciplinair team'.

5. Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan

Binnen deze stap wordt het implementatieplan ontwikkeld. Hierbij dient gezorgd te worden dat er aandacht en interesse gewekt wordt, er voldoende kennis is over de veranderingen, dat de acceptatie bevordert wordt en dat de veranderingen geïntegreerd zijn in de normale werkwijze en zorgprocessen. In het implementatieplan dient een duidelijke planning van de concrete implementatieactiviteiten en taakverdeling opgenomen te zijn. Zo wordt voorkomen dat de aanbevelingen op de plank blijven liggen en niet geïmplementeerd worden of dat het op de lange baan geschoven wordt (Grol et al., 2011).

Novicare dient aan de hand van de aanbevelingen en bijbehorende implementatiestrategieën het implementatieplan te ontwikkelen en uit te voeren. Omdat het onderzoeksteam hier niet meer bij aanwezig is zal deze verantwoordelijkheid door Novicare overgenomen moeten worden en zullen zij zelf in kaart moeten brengen binnen welke termijn zij verschillende stappen van de implementatie in gang willen zetten en wie hier verantwoordelijk voor wordt gesteld.

Voor het opstellen van een planning voor de implementatieactiviteiten kan een soortgelijk tabel als hieronder, gebruikt worden als leidraad.

Tabel 5: Voorbeeld opzet planning voor implementatie

Activiteit	Wie is verantwoordelijk?	Waar moet de implementatie plaats vinden?	Wanneer moet de implementatie plaats vinden?	Betrokkenen
In kaart brengen van ergotherapeutische kennis met behulp van schema in Bijlage 3.	Verantwoordelijke aangesteld door Novicare	Binnen Novicare	Nader te bepalen door Novicare	Alle ergotherapeuten werkzaam binnen Novicare
In kaart brengen multidisciplinaire taakverdeling met behulp van schema in Bijlage 2.	Verantwoordelijke aangesteld door Novicare	Binnen Novicare	Nader te bepalen door Novicare	Alle paramedici werkzaam binnen Novicare
Implementatie van het schema 'Evidence Based Practice werken bij cliënten met CVA/NAH' in Bijlage 1.	Verantwoordelijke aangesteld door Novicare	Binnen Novicare	Nader te bepalen door Novicare	Alle ergotherapeuten die cliënten met NAH behandelen, werkzaam binnen Novicare

6. Behoud van verandering: integratie van verandering in routines

Voor het slagen van de implementatie is het cruciaal dat de geplande verbeteringen zo goed mogelijk worden ingebouwd in vaste routines en de organisatie. Ook dient terugval voorkomen te worden. In het implementatieplan dient beschreven te worden hoe terugval voorkomen wordt (Grol et al., 2011).

Deze stap van de implementatie dient door Novicare uitgevoerd te worden, omdat er nog in kaart gebracht dient te worden wat de beste methode van implementatie zal zijn. Wel wordt er in bovenstaande tabel enkele factoren benoemd waarmee terugval voorkomen kan worden.

7. Evaluatie en (indien nodig) bijstelling plan

Evaluatie dient gedurende de implementatie voortdurend plaats te vinden. Hierdoor worden eventuele problemen vroegtijdig opgespoord, zodat deze snel opgelost of voorkomen kunnen worden. Naar aanleiding van de evaluaties kan implementatieplan mogelijk bijgesteld worden (Grol et al., 2011).

Omdat het onderzoeksteam niet aanwezig zal zijn bij de uitvoering van de implementatie en de evaluatie hiervan, dient deze verantwoordelijkheid door Novicare op zich genomen te worden.

Literatuurlijst

- AGREE Advancing the science of practice guidelines. (2010). *Introduction to AGREE II*. Geraadpleegd op 04-06-2012 van <http://www.agreetrust.org/about-agree/introduction0/>
- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H. & Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo; Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*. Delft: Elan Strategie & Creatie.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek; Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. (2^e druk). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Baarends, E. & Beurskens, S. (2010). Evidence versus de cliënt: een dilemma of uitdaging? *Wetenschappelijk tijdschrift voor ergotherapie*, (1), p. 27-28.
- Berg, M. van den. (2005). *Effectieve Tweegesprekken; Handleiding bij het voorbereiden en voeren van gesprekken in organisaties*. Den Haag: Sdu Uitgevers bv.
- Blake, H. & Lincoln, N.B. (2000). Factors associated with strain in co-resident spouses of patients following stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14 (3), p. 307-314.
- Boeije, H. (2005) *Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen*. Boom onderwijs.
- Boelen, D., Brouwer, W., Dijkstra, B., Eilander, H., Fasotti, L. et al. (2007). *Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel*. Nijmegen: Consortium Cognitieve Revalidatie.
- Boter, H. (2004). Multicenter Randomized Controlled trial of an outreach nursing support program for recently discharged stroke patients. *Stroke*, 35 (12), p. 2867-2872.
- Buikema, A., Norel, A., van, Tichelaar, E. & Steultjens, E. (2009). *Cliëntgerichte diagnostiek: een pilotonderzoek naar cliënten- en therapeutenperspectief van AMPS, A-ONE en PRPP*. *Wetenschappelijk tijdschrift voor ergotherapie*, (3), p. 19-24.
- Clark, M.S., Rubenach S. & Winsor A. (2003). A randomized controlled trial of an education and counselling intervention for families after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 17, p. 703-712.
- Cramer, J.A. (2004). A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care*, (27), p. 1218-1224.
- Cup, E.H.C. & Steultjens. E.M.J. (2005). *Ergotherapierichtlijn Beroerte*. Utrecht, NVE.
- Edwards, A.& Elwyn, G. (2001). Evidence-based patient choice. Inevitable or impossible? *Oxford University Press*, 19 (2), p. 311-317.
- Ergotherapie Nederland. (2012). *Kwaliteit*. Geraadpleegd op 04-06-2012 van http://ergotherapie.nl/LID_WORDEN/Kwaliteit.html
- Ergotherapie Nederland. (2012). *Wat is ergotherapie?* Geraadpleegd op 04-06-2012 van http://www.ergotherapie.nl/ZOEK_EEN_ERGOTHERAPEUT/Wat_is_ergotherapie.html

- Exel, van, Scholte op Reimer et al. (2004). Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: a comparison of CSI, CRA, SCQ and Self Rated Burden. *Clinical Rehabilitation*, 18 (2), p. 203-214.
- Forster A., Smith J., Young J., Knapp P., House A. & Wright J. (2001). Information provision for stroke patients and their caregivers (Review). *Cochrane Database Systematic Review*, (3), p. CD001919.
- Gijsbertsen, E., Kloos, A., Vierwind, G., Pol, M. & Tichelaar, E. (2008). De Model of Human Occupation Screening Tool. *Wetenschappelijk tijdschrift voor ergotherapie*, (2), 17-19.
- Grant J.S., Elliott T.R., Weaver M., Bartolucci A.A. & Giger J.N. (2002). Telephone Intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke*, 33, p. 2060-2065.
- Hafsteinsdóttir, T.B., Algra, A., Kappelleen, L.J. & Grypdonck, M.H.F. (2007). 'Neurodevelopmental treatment' na een beroerte: geen gunstig effect bij meting na 1 jaar; vergelijkend onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, (151), p. 2045-2049.
- Hartingsveldt, M., van, Logister-Proost, I. & Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofiel Ergotherapeut*. Utrecht, Ergotherapie Nederland.
- Hartingsveldt, M., van, Piškur, B. & Stomph, M. (2008). Het Canadian Practice Process Framework (CPPF) Van procesmodel naar process framework. *Wetenschappelijk tijdschrift voor Ergotherapie*, (2), p. 11-16.
- Han, B. & Haley, W.E. (1999). Family care giving for patients with stroke; review and analysis. *Stroke; Journal of the American heart association*, (30), p.1478-1485.
- Heijnen, L. (2004). Revalidatie na een beroerte. *Bijblijven*, (20), P. 44-52.
- Hersenletsel Congres. (2008). *CVA-keten en het NAH-netwerk door verbondenheid sterker! Aan de slag ermee!!* Geraadpleegd op 08-03-2012, van http://www.hersenletselcongres.nl/fileadmin/user_upload/E6_HurkmansCromwijkEnningLaar.pdf
- Hersenstichting. (n.d.) *Cijfers over patiënten*. Geraadpleegd op 04-06-2012, van <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/de-hersenen/cijfers-over-patienten.html>
- Hersenstichting. (n.d.) *Niet-aangeboren hersenletsel*. Geraadpleegd op 04-06-2012, van <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/hersenletsel.html>
- Heugten, C.M. van & Franke, E.A.M. (2001). Revalidatie na een beroerte; Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners. Den Haag: Nederlandse hartstichting.
- Heugten, C., van, Groet, E. & Stolker, D. (2003). *Cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen na een beroerte: evidence based richtlijnen voor revalidatie*. *Neuropraxis*, 7, p. 129-139.
- Heuvel, E.T.P., van den, Witte, L.P., de, Stewart, R.E., Schure, L.M., Sanderman, R. & Meyboom-de Jong, B. (2002). Long-term effects of group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: which caregivers benefit the most? Patient education and counseling. *Patient education and counseling*, 47, p. 291-299.

- Houwink, A., Roorda, L., Smits, W., Ermers, W. & Geurts, A. (2012). Een nieuw instrument voor het meten van de arm- en handvaardigheid na een CVA. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie*, 5 (1), p. 20-32.
- Idema, K.T. (2006). *Voorlichting aan patiënt en partner: rollen van zorgverleners en patiëntenverenigingen. Handboek cerebrovasculaire aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Jones, S.P., Auton, M.F., Burton, C.R. & Watkins, C.L. (2008). Engaging service users in the development of stroke services: an action research study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, p. 1270-1279.
- Krikke-Sjardijn, T., Kwakkel, G., Meijer, R. & Visser-Meily, A. (2009). Herziene CBO-richtlijn beroerte, consequenties voor de organisatie en inhoud van de revalidatie. *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde*, 34 (2), p. 62-65.
- Kuiper, C., Verhoef, J., Cox, K., Louw, D. de. (2008). *Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en toepassing*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA.
- Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO & Nederlandse Vereniging voor Neurologie (2008). *Richtlijn 'diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte*.
- Legg, L.A., Drummond, A.E. & Langhorne, P. (2006). Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database Systematic Review*, 18 (14).
- Legg, L., Drummond, A., Leonardi-Bee, J., Gladman, J.R., Corr, S., Donkervoort, M. et al. (2007). Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. *British Medical Journal*, 335, p. 922.
- Lenze, E.J., Munin, M.C., Quear, T., Dew, M.A., Rogers, J.C., Begley, A.E. et al. (2004). Significance of poor patient participation in physical and occupational therapy for functional outcome and length of stay. *Arch Phys Med Rehabil*, 85 (10), p. 1599-1601.
- Lindsay, P., Bayley, M., Hellings, C., Hill, M., Woodbury E. & Phillips, S. (2008). Canadian best practice recommendations for stroke care: Summary. *Canadian Medical Association or its licensors*, 179 (12), p. S1-S25.
- Logan, P.A., Gladman, J.R., Avery, A., Walker, M.F., Dyas, J. & Groom, L. (2004). Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *British Medical Journal*, 329, p. 1372-1375.
- Lucassen, P.L.B.J. & Hartman olde, T.C. (2007). *Kwalitatief onderzoek; Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lui, M., Ross, F.M. & Thompson, D.R. (2005). Supporting family caregivers in stroke care: a review of the evidence for problem solving. *Stroke*, 36, p. 2514-2522.
- Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C. & Rudd, A. (2000). Qualitative analysis of stroke patient's motivation for rehabilitation. *British Medical Journal* 2000, (321), p. 1051-1054.
- Maitra, K.K. & Erway, F. (2006). Perception of client centered practice in occupational therapists and their client. *American Journal of Occupational Therapy*, 60 (3), p. 298-310.

- McKinstrey, B. (2000). Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *British Medical Journal*, 321, p. 867-71.
- Moris, R., Payne, O. & Lamvert, A. (2007). Patient, carer and staff experiences of a hospital-based stroke service. *International Journal of Quality in Health Care*, 19 (2), p. 105-112.
- Novicare. (2008). *Onderneming*. Geraadpleegd op 2 mei 2012, van <http://www.novicare.nl/index.asp?Type=24&PaginaID=80&CatID=265&SubID=185&Letter=1&ADID=4>
- NVE (2001). Ergotherapie en advisering van hulpmiddelen en voorzieningen. Utrecht, NVE.
- NVE (2001). Ergotherapeutische adviesrapportage rollator. Utrecht, NVE.
- NVE (2001). Ergotherapeutische adviesrapportage sta-op-stoel. Utrecht, NVE.
- NVE (2001). Ergotherapeutische adviesrapportage stoel met trippelfunctie. Utrecht, NVE.
- NVE (2003). Standaard: ergotherapeutische adviesrapportage indicatie en selectie scootmobiel. Utrecht, NVE.
- NVE (2003). Ergotherapeutische standaard voor training met elektrische rolstoel en scootmobiel. Utrecht, NVE.
- NVE (2003). Ergotherapeutische adviesrapportage indicatie en selectie handbewogen rolstoel. Utrecht, NVE
- Peoples, H., Satink, T. & Steultjens, E. (2011). Ervaringen van cliënten na een beroerte met revalideren: een systematische review van kwalitatieve onderzoeken. *Wetenschappelijk tijdschrift voor ergotherapie*, 4 (3), p. 23-37.
- Peppen, R.P. van, Kwakkel, G., Wood-Dauphinee, S., Hendriks, H.J., Wees, P.J., van der & Dekker, J. (2004). *The impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: what's the evidence?* *Clinical Rehabilitation*, 18, p. 833-862.
- Poelgeest, A., Noordstar, J., Mars, M., Luijnenburg-Kroes, P., Balm, M. (2010) *Gezond bewegen kun je leren*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Port I.G., van de, Kwakkel, G., Wijk, I., van & Lindeman, E. (2006). Susceptibility to deterioration of mobility long-term after stroke: a prospective cohort study. *Stroke*, 37 (1), p. 167-171.
- Samenwerkende CVA-projecten Friesland, werkgroep voorlichting CVA. (2001). *Onderzoek voorlichting CVA Friesland*. Leeuwarden.
- Sibbel, J., Visser-Meily, A., Hoekstra, J., Ruiter, N. & Post, M. (2008). Groepsgewijze psycho-educatie voor mensen met licht hersenletsel: beschrijving van deelnemers en evaluatie. *Wetenschappelijk tijdschrift voor ergotherapie*, (2), p. 2-6.
- Stacey, D., Bennett, C.L., Barry, M.J., Col, N.F., Eden, K.B., Holmes-Rovner, M. et al. (2009). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Library*, (3), p. 1-113.

Steultjens, E.M., Dekker, J., Bouter, L.M., Nes, J.C., van de, Cup E.H. & Ende, C.H., van de (2003). Occupational therapy for stroke patients: a systematic review. *Stroke*, 34 (3), p. 676-687.

Straus, S.E., Glasziou, P., Richardson, W.S. & Haynes, R.B. (2011). *Evidence-Based Medicine, how to practice and teach it*. Churchill Livingstone: Elsevier.

Sumsion, T. & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73 (3), p. 153-162.

Turner-Stokes, L. & Hassan, N. (2002). *Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 2: Treatment alternatives*. *Clinical Rehabilitation*, 16 (3), p. 231-247.

Vernooij-Dassen, M., Leatherman, S. & Rikkert, M.O. (2011). Quality of care in frail older people: the fragile balance between receiving and giving. *British Medical Journal*, 342 (25), p. 403-415.

Visser-Meily, J.M.A. (2005). *FuPro-mantelzorg, een cohort onderzoek naar kinderen en partners van CVA patiënten in meerdere revalidatiecentra in Nederland*.

Visser-Meily, A., Heugten, van, C. (2004a) *Zorg voor de mantelzorg*. Den Haag: de Nederlandse Hartstichting.

Visser-Meily, J.M.A., Post, M.W.M., Riphagen, I.I. & Lindeman, E. (2004b). Measures used to assess burden in caregivers of stroke patients: a review. *Clinical Rehabilitation*, 18 (6), p. 601-623.

Walker, M.F., Leonardi-Bee, J., Bath, P., Langhorne, P., Dewey, M., Corr, S. et al. (2004). Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. *Stroke*, 35, p. 2226-2232.

Wolf, T.J., Baum, C. & Connor, L.T. (2009). *Changing face of stroke: implications for occupational therapy practice*. *National Institutes of Health*, 63 (5), p. 621-625.

Bijlagen

Bijlage 1: Schema 'EBP werken bij CVA/NAH' met Aandachtpunten

Bijlage 2: Schema voor multidisciplinaire taakverdeling

Bijlage 3: In kaart brengen van ergotherapeutische kennis

Bijlage 1: Schema Evidence Based Practice werken bij cliënten met CVA/NAH

Dit schema kunt u gebruiken om de ergotherapeutische behandeling van cliënten met Niet Aangeboren Hersenletsel of met een Cerebro Vasculair Accident volgens Evidence Based Practice vorm te geven. Houd er hierbij rekening mee dat u de behandeling afstemt op de individuele cliënt. In de kolom 'Stappen' worden de stappen beschreven welke ergotherapeuten dienen te nemen. In de kolom 'Ergotherapeutische invulling' wordt omschreven hoe deze stap ingevuld kan worden.

Behandelfase	Stappen	Ergotherapeutische invulling
Diagnostiek	Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • Ga uit van de behoeften en voorkeuren van cliënt en mantelzorger. • Houd rekening met de aandachtspunten. De aandachtspunten zijn te vinden in het bijgevoegde document 'Aandachtspunten diagnostiek en behandeling'. • De diagnostiek en behandeling dient plaats te vinden in betekenisvolle context en met betekenisvolle activiteiten. • Betrek de cliënt actief in besluitvorming. Ga wel na of de cliënt deze rol kan en wil vervullen
	Hulpvraag inventariseren	<ul style="list-style-type: none"> • COPM : Achterhalen van betekenisvolle activiteiten en welke van deze activiteiten de cliënt niet meer naar wens kan uitvoeren. • OPHI-II : Inzicht in de betekenis van de beperkingen in activiteiten en participatie. • OSA : Inzicht in de betekenis van de beperkingen in activiteiten en participatie.
	Verstrekken informatie	Over ziektebeeld aan zowel cliënt als mantelzorger.
	Cognitieve functioneren in kaart brengen	<ul style="list-style-type: none"> • AMPS : Motorische en procesvaardigheden, functie-, activiteiten-, en participatieniveau. Standaard observatieactiviteiten. Dient geschoold te zijn. • A-ONE : Invloed gedragsneurologische stoornissen vastleggen. Functie- en activiteitsniveau. Dient geschoold te zijn. • PRPP : Vastleggen cognitieve informatieverwerking in uitvoer van routineactiviteiten. Functie-, activiteiten- en participatieniveau. Iedere activiteit kan geobserveerd worden. Dient geschoold te zijn. • Apraxierichtlijn : Bepalen zelfstandigheid in uitvoeren dagelijkse activiteiten. • Handelings- en activiteitenprofiel : Inzicht in dagbesteding.
	Indien sprake fysieke problemen, invloed op dagelijks leven in kaart brengen	<ul style="list-style-type: none"> • AMPS : Motorische en procesvaardigheden, functie-, activiteiten-, en participatieniveau. Standaard observatieactiviteiten. Dient geschoold te zijn. • Handelings- en activiteitenprofiel : Inzicht in dagbesteding.
Doelen opstellen	Betrek de cliënt bij het opstellen van de doelen en het behandelplan. Ga wel na of de cliënt deze rol kan en wil vervullen.	
Behandeling	Leren omgaan met beperking	Middels het vergroten van zelfmanagement, actieve copingstrategieën en probleemoplossende strategieën.
	Seksualiteit	Laat dit onderwerp altijd aan bod komen, stel de benadering af op de individuele cliënt.
	Sociale consequenties	Laat de sociale consequenties van de aandoening aan bod komen.
	Zinvolle dagbesteding en dagindeling	Door de ergotherapeut zelf te bepalen invulling.

	Cognitieve revalidatie	<ul style="list-style-type: none"> • Versterk de oude vaardigheden/gedragingen. • Verwerf nieuwe cognitieve vaardigheden door compensatoire cognitieve mechanismen of door externe compensatoire mechanismen. • Train specifieke vaardigheden in functionele situaties. • Bij neglect: bied activiteiten aan die doelgericht bewegen in verwaarloosde zijde uitlokken. • Bij visueel neglect: gebruik visuele-scanningstraining. • Bij meervoudige cognitieve of ernstige executieve stoornissen: eenvoudige omgevingsstructuur vereist.
	Arm- hand functie	<ul style="list-style-type: none"> • Bij een paretische arm: start z.s.m. met het aanleren van vaardigheden ter preventie complicaties (schouderklachten, oedeem, verwondingen). • Ter voorkoming van ernstige standafwijkingen, oedeem en ter vermindering van pijnklachten kan een pols- en handspalk aangemeten worden. • Wanneer na 5 weken actieve-extensiefuncties van pols en hand uitblijven: richt de behandeling op éénhandigheidstraining. • Bij gunstige prognose voor terugkeer van functionaliteit: Stimuleer de hemiplegische arm in te schakelen; ook na 6 maanden. Er kan gebruik gemaakt worden van 'constrained induced movement'-therapie (forced use).
Voorlichting	Voorlichting op maat aan cliënt en mantelzorger	<ul style="list-style-type: none"> • Gericht op: gevolgen aandoening, oorzaak klachten, bespreekbaar maken veranderingen, cognitieve problemen, belasting en belastbaarheid, slapen en slaaphygiëne. • Middels verschillende methodes op aanvulling van mondelinge voorlichting: bijv. folder, informatiemap of DVD. • Controleren regelmatig of de hoeveelheid voorlichting voldoende en duidelijk was.
Advies	Advisering hulpmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • Rolstoelen: geef adviezen m.b.t. eisen waaraan rolstoel moet voldoen. Indien nodig de cliënt leren rolstoel te rijden. • Instrueer/train het gebruik van het hulpmiddel aan cliënt en naasten in de context waar het hulpmiddel gebruikt gaat worden. • Bij de advisering dient er gebruik gemaakt te worden van de standaarden voor advisering ontwikkeld door de NVE.
Afsluiting	Evaluatie	Gericht op: de gestelde behandeldoelen, de mening van de cliënt en zijn naasten en de mening van de ergotherapeut.
	Controleafspraak	<ul style="list-style-type: none"> • Bied de cliënt en mantelzorger de mogelijkheid van een controleafspraak aan. • Van behandeling gericht op gedragsverandering: het is aan te raden een follow-up afspraak te doen dit kan ook telefonisch.
Mantelzorger	Begeleiding en voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> • De hoeveelheid dient aangepast te worden aan de behoefte van de mantelzorger. • Doe dit meerdere keren, zowel voor het vragen van informatie over de cliënt als het geven van voorlichting • Leer vaardigheden aan, door de mantelzorger te betrekken bij therapie en verzorging. • Dit kan vormgegeven worden middels groepsbehandeling. Gericht op; leren omgaan met beperkingen, cognitieve herstructurering, gericht oplossingen leren zoeken en kennis vergroting.
	Zorglast in kaart brengen	Breng middels gestandaardiseerde metingen als de CSI, SCQ, CRA of de SRB de zorglast in kaart.
	Supportgroepen	Licht de mantelzorger in over supportgroepen en voorzieningen.

Aandachtspunten diagnostiek en behandeling

Ten aanzien van de diagnostiek en behandeling worden er in de literatuur enkele aandachtspunten genoemd waar door het gehele team rekening mee gehouden dient te worden:

- Van degene die een beroerte overleven heeft 70% cognitieve, emotionele en/of gedragsproblemen. Het multidisciplinaire team dient alert te zijn op dergelijke problemen (Heijnen, 2004; Heugten, van et al., 2003).
- Vermoeidheid en depressieve klachten komen bij veel CVA patiënten voor en kunnen bij terugkomst in de thuissituatie, wanneer het dagelijks leven weer wordt opgepakt, op de voorgrond komen te staan (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008; Boter, 2004; Turner-Stokes & Hassan, 2002).
- Zorgverleners dienen alert te zijn op een depressie bij de naaste van een getroffene door een beroerte, omdat een depressie bij deze groep vaak voorkomt (in alle fasen van de behandeling, maar ook op langere termijn) (Visser-Meily, Post, Riphagen & Lindeman, 2004a).
- Uit onderzoek is gebleken dat CVA-patiënten vaker vallen dan leeftijdsgenoten. In de eerste 6 maanden na ontslag uit het ziekenhuis valt 73%. Hiervan heeft 44% van de mensen een kleine blessure, bij 3-8% leidt de valpartij tot ernstig letsel. Het risico om te vallen wordt vergroot door sensomotorische problemen, verwardheid, visusstoornissen, en communicatieproblemen (Heijnen, 2004).
- Er zijn aanwijzingen dat inactiviteit een onafhankelijke determinant is voor achteruitgang in functionaliteit na een beroerte zowel tijdens de revalidatiefase als in de chronische fase na een beroerte (Port, van de, Kwakkel, Wijk & Lindeman, van, 2006; Lenze et al., 2004).
- Voor CVA-patiënten is het oppakken van dagbesteding belangrijk. Deelname aan sociale en/of recreatieve activiteiten heeft een positief effect op de gezondheid, kwaliteit van leven en het voorkomen van depressie (Heijnen, 2004).
- Jongere mensen met een beroerte hebben behoeften die verder gaan dan zelfzorg, denk hierbij aan familie problemen, werk, auto rijden, huwelijks gerelateerde verantwoordelijkheden en participatie in de maatschappij (Wolf, Baum & Conner, 2009; Heijnen, 2004). Om te bepalen in hoeverre re-integratie op de arbeidsmarkt mogelijk is, dient er gekeken te worden naar het neuropsychologisch onderzoek, beroepsonderzoek en fysiek functioneren (Heijnen, 2004).
- Gezien het feit dat overbelasting van naastbetrokkenen van patiënten met een beroerte op langere termijn vaak al voorspeld kan worden aan het begin van de revalidatie, is het van belang om deze naasten met een hoog-risicoprofiel bij de start van de revalidatie op te sporen en extra te begeleiden (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008).
- Het hele team dient alert te zijn op de aanwezigheid van rechterhemisferische communicatiestoornissen, want deze worden nogal eens over het hoofd gezien aangezien de cliënt vlot spreekt. Kenmerken hiervan zijn:
 - Moeite met het begrijpen van de intonatie, waardoor betekenisverschillen verloren gaan.
 - Monotonie
 - Moeite met vertellen van een coherent verhaal en begrijpen van verbanden.
 - Moeite met het begrijpen van figuurlijke taal, onder andere grappen, waardoor misverstanden en zelfs achterdocht kunnen ontstaan bij de patiënt (Heijnen, 2004).

Bijlage 2: Schema voor multidisciplinaire taakverdeling

Uit onderzoek is naar voren gekomen dat het inschakelen en betrekken van andere disciplines bij de behandeling, soms niet of te laat gebeurt. Het vermoeden bestaat dat de disciplines niet precies van elkaar weten wat zij kunnen betekenen bij de diverse gevolgen van NAH.

Daarnaast is naar voren gekomen dat er overlap bestaat tussen (delen van) de behandeling van de ergotherapeuten met de fysiotherapeuten, logopedisten en psychologen. Onder sommige ergotherapeuten bestaat er daarom de behoefte aan een duidelijke taakverdeling, zodat de behandeling efficiënt kan worden vormgegeven.

Om bovenstaande redenen is er aanbevolen om de taakverdeling van alle disciplines binnen een multidisciplinair team in kaart te brengen, zodat binnen elk team bekend is wat je aan elkaar hebt en wanneer je elkaar kan inschakelen. Het is van belang dat dit per multidisciplinair team/regio gedaan wordt, zodat eventuele specialisaties en cursussen mee genomen kunnen worden in de taakverdeling.

Om het maken van een taakverdeling te vergemakkelijken, is onderstaand schema gemaakt. Aan te raden is om niet alleen een kruisje te zetten bij de onderwerpen waar je als discipline wat mee doet, maar ook korte steekwoorden te noteren zodat tevens kan worden ingeschat of er sprake is van overlap met een andere discipline. Wanneer alle disciplines van één team/regio het schema (om de beurt) hebben ingevuld, is het noodzakelijk om het schema gezamenlijk te bespreken, om de samenwerking en eventuele overlappings efficiënt vorm te geven. Aan te raden is om deze samenwerkingsafspraken zwart op wit te zetten, zodat nieuwe toekomstige werknemers snel zicht kunnen krijgen op de samenwerking. Wanneer de samenstelling van het multidisciplinaire team veranderd, betekent dit mogelijk dat de samenwerkingsafspraken en taakverdeling hierop aangepast moeten te worden, zodat deze up-to-date blijven.

Het schema kan gekopieerd worden zodat alle disciplines deze bij de hand hebben. Ook kan er voor worden gekozen om het ingevulde schema op de N-schijf te zetten, zodat deze eenvoudig aangepast kan worden wanneer situaties wijzigen.

De opbouw van het schema is gebaseerd op de richtlijn 'Revalidatie na een beroerte' (Heugten, van & Franke 2001). De klachten die kunnen ontstaan na een beroerte, die beschreven staan in deze richtlijn, staan in de linker kolom. Deze zijn aangevuld met klachten die Perfect Fit ook belangrijk heeft gevonden, naar aanleiding van het literatuuronderzoek. Tevens zijn deze klachten relevant bevonden voor NAH cliënten en niet alleen voor CVA cliënten

<i>Disciplines:</i>	<i>Ergo</i>	<i>Fysio</i>	<i>Logo</i>	<i>Psycho</i>	<i>Diëtist</i>	<i>...</i>
Cognitie, emotie en gedrag						
Oriëntatie						
Aandacht						
Geheugen						
Waarneming						
Visuoruimtelijke stoornissen						
Praxis						
Visuoconstructieve functies						
Executieve functies						
Emotie en gedrag						
Vermoeidheid en uithoudingsvermogen						
Vermoeidheid						
Uithoudingsvermogen						
Functies en basisvaardigheden						
Stoornissen in kracht en tonus						
Somatosensorische stoornissen						

<i>Disciplines:</i>	<i>Ergo</i>	<i>Fysio</i>	<i>Logo</i>	<i>Psycho</i>	<i>Diëtist</i>	<i>...</i>
Arm-hand vaardigheidsproblemen						
Communicatie						
Afasie						
Communicatie-stoornissen						
Dysartrie						
Verbale apraxie						
Mobiliteit						
Loopvaardigheid						
Rolstoel						
Houding handhaven en aanpassen						
Persoonlijke verzorging						
Slapen						
Eten en drinken						
Slikstoornissen						
Wassen en verzorgen						
Aan- en uitkleden						

<i>Disciplines:</i>	<i>Ergo</i>	<i>Fysio</i>	<i>Logo</i>	<i>Psycho</i>	<i>Diëtist</i>	<i>...</i>
Dagbesteding						
Werk						
Huishouden						
Vrije tijd						
Relaties						
Gezin						
Familie en vrienden						
Seksualiteit						
Complicaties						
Schouder-handsyndroom						
Oedeem van de hand						
Vallen en preventie						
Epilepsie						
Ondervoeding, uitdroging						
Aspiratiepneumonie						

Bijlage 3: In kaart brengen van ergotherapeutische kennis

Uit onderzoek is naar voren gekomen dat er onder sommige ergotherapeuten behoefte is om meer te weten van elkaars specialisaties en kennis. Er zijn regelmatig bijeenkomsten vanuit Novicare, waaraan alle disciplines kunnen deelnemen. Echter is gebleken dat deze bijeenkomsten (veelal) plaats vinden in Best en er ook werknemers zijn die lang moeten reizen om deze bijeenkomsten bij te kunnen wonen.

Daarnaast is er behoeften onder sommige ergotherapeuten om lastige casuïstiek te bespreken met collega's in de vorm van een intervisie.

Om bovenstaande redenen is er aanbevolen de kennis van de ergotherapeuten overzichtelijk weer te geven in een schema, zodat men weet bij wie zij terecht kan als er vragen zijn.

Tevens is het aan te raden om een aantal keer per jaar met de ergotherapeuten samen te komen, om de opgedane kennis en vraagstukken met elkaar te kunnen bespreken.

Wanneer dit document is ingevuld, kan deze op de digitale N-schijf worden geplaatst, zodat de ergotherapeuten deze kunnen aanvullen wanneer men bijvoorbeeld een nieuwe cursus heeft gevolgd, en de andere ergotherapeuten op de kunnen hoogte blijven van deze nieuwe ontwikkelingen.

	<i>Ergotherapeut 1</i>	<i>Ergotherapeut 2</i>	<i>Ergotherapeut 3</i>	<i>Ergotherapeut 4</i>	<i>Ergotherapeut 5</i>
Opleiding:					
Vervolg opleiding:					
Bijscholing & cursussen:					