

ERGOTHERAPIE THUIS

**Evaluatie van ergotherapie bij de Stichting Amsterdams Kruiswerk in
1993**

**Marie-José Driessen
Joost Dekker
Harald Abrahamse**

Augustus 1994

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Driessen, Marie-José

Ergotherapie thuis : evaluatie van ergotherapie bij de Stichting Amsterdams Kruiswerk in 1993 / Marie-José Driessen, Joost Dekker, Harald Abrahamse. - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
Met lit. opg.

ISBN 90-6905-256-3

Trefw.: ergotherapie in de thuiszorg / kruisverenigingen.

INHOUD

pag.

1.	INLEIDING	1
1.1.	Vraagstelling	1
1.2.	Gegevensverzameling	3
1.3.	Analyse van de gegevens	4
1.4.	Opbouw van het rapport	5
2.	KENMERKEN VAN PATIËNTEN	6
2.1.	Algemene patiëntkarakteristieken	6
2.2.	Andere zorgverleners	7
2.3.	Medische diagnose	8
2.4.	Ergotherapie diagnose	9
2.5.	Problemen ervaren door cliënten	12
3.	KENMERKEN VAN DE ERGOTHERAPIEBEHANDELING	14
3.1.	Algemeen	14
3.2.	Duur en frequentie	14
3.3.	Einde van behandeling	15
4.	RESULTATEN VAN ERGOTHERAPIE BEHANDELING	16
4.1.	Resultaten volgens de ergotherapeut	16
4.2.	Veranderingen volgens patiënten	18
4.3.	Overeenkomst tussen het oordeel van ergotherapeuten en van patiënten	20
5.	KENMERKEN VAN DE DRIE MEEST VERWEZEN DIAGNOSE-GROEPEN	21
5.1.	Inleiding	21
5.2.	Algemene patiëntkarakteristieken	21
5.3.	Ergotherapie diagnose	23
5.4.	Kenmerken behandeling	25
6.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	27
7.	LITERATUUR	32
	BIJLAGE 1: Registratieformulier met handleiding	33
	BIJLAGE 2: Kwaliteit van leven formulier	39
	BIJLAGE 3: Beperkingen en handicaps	43
	BIJLAGE 4: Indeling van problemen aangegeven door patiënten in hoofdgroepen	46

1. INLEIDING

Tot nu toe is de ergotherapie hoofdzakelijk een 'tweedelijns beroep' geweest. Dat wil zeggen dat circa 95% van de beroepsgroep in de intramurale gezondheidszorg werkzaam is. De overige 5% is veelal werkzaam als vrijgevestigde ergotherapeut of bij een kruisvereniging. De reden voor een gering aantal ergotherapeuten in de eerste lijn is dat ergotherapie (nog) niet is opgenomen in de Ziekenfondswet.

Tot nu toe werken ergotherapeuten in de eerste lijn voornamelijk in substitutieprojecten, vanuit verpleeghuizen, als vrijgevestigden of bij een kruisvereniging. Deze (experimentele) projecten hebben de verwachting dat er met ergotherapie bij de cliënten thuis een andere patiëntengroep wordt bereikt en ook dat er een ander soort behandeling wordt gegeven dan in de intramurale ergotherapie.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van een jaar ergotherapie als onderdeel van de Stichting Amsterdams Kruiswerk. Naast een beschrijving van de resultaten zullen de resultaten van ergotherapie bij het SAK vergeleken worden met een ander kruiswerk-experiment en met de resultaten van een onderzoek naar intramurale ergotherapie.

1.1 Vraagstelling

Sinds 1991 is ergotherapie geïntroduceerd als onderdeel van het zorgpakket van de Stichting Amsterdams Kruiswerk (SAK). Na een succesvolle start in stadsdeel De Baarsjes is het Amsterdams Kruiswerk vanaf 1992 begonnen om in elke zorgregio van Amsterdam, ergotherapie thuis aan te bieden. Enkele voorbeelden van hulpvragen waar ergotherapeuten in het kruiswerk mee te maken krijgen worden hierna gegeven.

Drie cliëntvoorbeelden:

1. Een bejaarde vrouw kan niet meer zelfstandig blijven wonen. Opname in een verzorgingshuis komt niet in aanmerking. De familie wil voor haar blijven zorgen en neemt haar in huis. Zij moet echter vanuit het bed in de rolstoel worden geholpen en omgekeerd, wat rugklachten geeft bij de dochter.
In het contact tussen dochter en ergotherapeut wordt duidelijk wat precies het probleem is en wordt een oplossing gevonden: gebruikmaken van een overschuifplank en een daarbij behorende bedhoogte.
Gevolg is dat de vrouw bij haar familie kan blijven wonen. Opname in een verzorgingshuis is voorkomen.
2. Een programmeur die regelmatig bij de huisarts komt met nek- en schouderklachten wordt naar de ergotherapeut verwezen. Zelf vreest hij uit te vallen op het werk omdat de klachten hem beperken in het functioneren. De ergotherapeut neemt contact op met de werkgever en bekijkt de werksituatie. Zij geeft adviezen over het aanpassen van de werkplek: het aanschaffen van een geschikte stoel en een werkblad op de goede hoogte en het variëren van de verschillende activiteiten binnen de dag zodat langdurig zitten in dezelfde houding voorkomen kan worden. Over de financiering van de noodzakelijke voorzieningen neemt de ergotherapeut contact op met GMD.

Na enige tijd blijkt dat de klachten geheel verdwenen zijn en dat de programmeur weer met plezier zijn werk doet.

3. Een vrouw met reuma (58 jaar) had problemen met het lopen van lange afstanden buitenshuis. Haar man was net overleden, toen hij nog leefde ging zij altijd met hem met de auto. Zelfs had zij geen rijbewijs, fietsen en gebruikmaken van het openbaar vervoer waren niet mogelijk.

Met deze cliënte is een scootmobiel in de thuissituatie geprobeerd. Het bleek dat zij hier goed mee overweg kon. Wel waren voor de berging van het scootmobiel aanpassingen van de woning nodig. Uiteindelijk is het scootmobiel aangevraagd bij de bedrijfsvereniging en de woningaanpassingen bij de afdeling bouw- en woningtoezicht van de gemeente.

Ook had cliënte vanwege gewrichtsklachten en een beperkte energie moeite met staand douchen en werken in de keuken. Met gebruik van een douchestoel en een verrijdbare werkstoel is getracht de belasting te verminderen. Cliënte leerde omgaan met deze voorzieningen en haar lichamelijke mogelijkheden en beperkingen. Zij kreeg ergonomische adviezen tijdens het uitvoeren van activiteiten.

Het streven van het SAK is om de functie zowel onderdeel te laten zijn van een breed aanbod van thuiszorg als haar tevens in te bedden in ergotherapie-netwerken in samenwerking met verpleeghuizen, ziekenhuizen en revalidatiecentra.

Voor de invoering van de ergotherapie bij het SAK is een projectplan "ergotherapie in de thuiszorg" ontwikkeld. Met subsidie van de Nationale Commissie Chronisch Zieken werd een project gestart om het aanbod ergotherapie structureel in te kaderen in enerzijds het aanbod van het kruiswerk en anderzijds het overige ergotherapie aanbod vanuit de tweede lijn in Amsterdam (Molkenboer, Boomgaard, Marijen, 1994). In het project is een aantal deelprojecten te onderscheiden. Het eerste deelproject betreft het ontwikkelen en in stand houden van de kwaliteit van de ergotherapeutische beroepsbeoefening. Het tweede deelproject heeft als doel het ontwikkelen van een registratiesysteem. In het derde deelproject wordt een onderzoek gestart naar de resultaten van ergotherapie thuis en het laatste deelproject heeft als doel produktomschrijvingen te definiëren van ergotherapie in de thuiszorg. De resultaten van het derde deelproject, onderzoek naar resultaten van ergotherapie thuis, zullen in dit verslag worden beschreven.

De vraagstellingen die in dit derde deelproject centraal hebben gestaan zijn de volgende:

- a) Wat zijn de kenmerken van patiënten die in het project "ergotherapie in de thuiszorg" behandeld worden, in termen van algemene karakteristieken, medische diagnose, stoornissen, beperkingen, handicaps en het subjectieve oordeel van patiënten over de ernst van het probleem?
- b) Hoeveel contacten hebben ergotherapeuten met deze patiënten en hoe lang duurt de behandeling?
- c) Hoe is na de behandeling de ernst van beperkingen en handicaps alsmede het subjectieve oordeel van de patiënt over de ernst van het probleem veranderd?

1.2 Gegevensverzameling

Er zijn twee instrumenten gebruikt bij de verzameling van de gegevens: een registratieformulier waarmee ergotherapeuten aspecten van hun werkzaamheden vastleggen en een korte vragenlijst waarin patiënten (veranderingen in) hun klachten kunnen invullen.

In het tweede hierboven genoemde deelproject is, door een regiomanager en een ergotherapeut, een registratie-instrument ontwikkeld. Dit instrument bestaat uit een formulierenset ten behoeve van de registratie door de ergotherapeut van activiteiten, tijdsbesteding en zorggegevens. In het onderhavige onderzoek is gebruik gemaakt van dit formulier ten behoeve van de zorgregistratie. In dit formulier is aangesloten bij de systematiek van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH, 1980). Met behulp van de ICIDH kunnen de gevolgen van ziekten in kaart worden gebracht. De rubriek stoornissen wordt door de ICIDH gedefinieerd als "iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische fysiologische of anatomische structuur of functie". Een beperking wordt gedefinieerd als "iedere vermindering of afwezigheid (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit, zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering". Een handicap wordt gedefinieerd als "een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of beperking, welke de normale rolvervulling van de betrokkene (gezien leeftijd, geslacht en sociaal-culturele achtergrond) begrenst of verhindert". Door de werkgroep zijn de relevante categorieën stoornissen, beperkingen en handicaps bij elkaar gezet op het registratieformulier (zie bijlage 1).

De ergotherapeuten kunnen na de intake aangeven welke stoornissen, beperkingen en handicaps aanwezig zijn. Bij de beperkingen wordt ook de ernst aangegeven op een schaal van nul tot negen. Daarnaast worden door de ergotherapeuten algemene gegevens als geslacht, geboortedatum, datum eerste contact etc. ingevuld. De medische diagnose wordt gegeven door de verwijzer en door de ergotherapeut ingedeeld in categorieën van de ICD-9-CM (International Classification of Diseases - 9- Clinical modification, 1980). Aan het einde van de behandeling wordt ingevuld met welke disciplines de ergotherapeut contact heeft gehad, de datum van de laatste behandeling, waarom de behandeling is beëindigd, wat de ernst van de beperkingen is aan het einde van de behandeling en of de handicaps nog bestaan. Het registratieformulier wordt alleen maar ingevuld voor patiënten die in behandeling komen; consulten worden niet op deze manier geregistreerd en zijn niet in het onderzoek meegenomen.

Er is een handleiding gemaakt bij het registratieformulier. Voor het invullen van de stoornissen, beperkingen en handicaps hebben de ergotherapeuten de Nederlandse bewerking van de ICIDH, uitgebracht door TNO, gebruikt.

Er zijn in de registratie gegevens verzameld over de patiënten waarvan de behandeling in 1993 is gestart of afgerond. Het aantal patiënten waarvoor het registratieformulier is ingevuld is 529. Deze groep patiënten is als volgt samengesteld:

Patiënten	Aantal
Afgeronde behandelingen	464
Gestart 1992, afgerond 1993:	91
Gestart 1993, afgerond 1993:	373
Gestart 1993, niet afgerond:	65
Totaal afgerond en niet afgerond 1992 en 1993	529

In het onderhavige onderzoek is ook het subjectieve oordeel van de patiënten over de ernst van de problemen geïnventariseerd. De problemen van de patiënt zijn geregistreerd met behulp van een korte vragenlijst (bijlage 2). De ergotherapeut heeft, indien nodig, geholpen bij het formuleren van het probleem. Indien de patiënt niet kon aangeven wat de problemen waren, door bijvoorbeeld afasie, dementie, geheugenproblematiek, werd de mantelzorg betrokken bij het verwoorden van het probleem. In dit formulier kan de patiënt zijn twee belangrijkste problemen aangeven. Per probleem wordt gevraagd in hoeverre de patiënt de afgelopen week last heeft gehad van dit probleem. Hij kan daarvoor een cijfer geven op een schaal van 0 (geen last) tot 10 (erg veel last). Aan het einde van de behandeling wordt de patiënt gevraagd of hij nogmaals een cijfer aan het probleem wil geven. Daarnaast geeft de patiënt op een schaal in woorden aan, of het probleem veranderd is gedurende de behandeling (erg verslechterd tot volledig hersteld). Het eerste deel van het formulier wordt tijdens het eerste bezoek ingevuld, het laatste deel bij de laatste behandeling.

Gegevens over het oordeel van de patiënt zijn verzameld voor alle patiënten die in behandeling zijn gekomen per 1 juli 1993. Er zijn 201 patiënten in behandeling genomen. Voor 34 patiënten is aangegeven dat zij het formulier niet hebben ingevuld. Redenen waren onder andere taalproblemen, patiënt is emotioneel niet in staat formulier in te vullen of 'vergeten'. In totaal hebben 167 patiënten dit formulier ingevuld. Deze formulieren zijn gekoppeld aan de registratieformulieren van de ergotherapeuten om het oordeel van de therapeuten te kunnen vergelijken met het oordeel van de patiënten. Tachtig procent van de 167 patiënt-formulieren kon worden gekoppeld aan de registratieformulieren. De overige 20% kon niet worden gekoppeld door het ontbreken van cliënt/therapeutnummer of door het ontbreken van een registratieformulier.

Vragenlijst ingevuld door patiënten	Aantal
Formulieren gekoppeld aan registratieformulieren	135
Afgerond	92
Niet afgerond	75
Formulieren niet gekoppeld aan registratieformulieren	32
Totaal	167

1.3 Analyse van de gegevens

De resultaten van het onderzoek worden weergegeven met behulp van de beschrijvende statistiek. Eventuele verschillen worden getoets volgens non parametrische methoden. Er is voor de non parametrische analysevorm gekozen omdat de patientenpopulatie in dit onderzoek niet normaal verdeeld is.¹ De volgende toetsen zijn gebruikt bij de analyses:

- Chi kwadraat methode ($\alpha = 0,05$). Deze toets is gebruikt om verschillen tussen bepaalde groepen te toetsen. De analyses zijn uitgevoerd over de hele tabel. Deze

¹ Een normale verdeling is een continue, klokvormige, symmetrische (frequentie)verdeling. De verdeling is symmetrisch, dat wil zeggen het gemiddelde en de mediaan vallen samen in het midden van de verdeling. Als je naar de variabele leeftijd kijkt in het kruisproject, dan is dit geen symmetrische (normale) verdeling, want er zitten veel meer cliënten boven de 50 jaar dan onder de 50 jaar. Er is hier sprake van een scheve (niet normale) verdeling.

toets werd alleen uitgevoerd indien minder dan 20% van de cellen een 'expected frequency' van kleiner dan 5 had en geen enkele 'expected value' kleiner is dan 1 (Kirkwood, 1988).

- Sign test ($\alpha = 0,05$). Deze test is gebruikt om de verschillen tussen twee afhankelijke waarnemingen te toetsen, bijvoorbeeld het verschil in ernst van beperkingen.
- Spearman rank order correlation coefficient. Deze coefficient is berekend om de samenhang tussen het oordeel van de therapeut en het oordeel van de patiënt te bepalen. De correlatiecoëfficiënt kan de waarde van -1 tot +1 aannemen, waarbij - of + 1 een optimaal verband aangeeft en er bij 0 van geen verband sprake is.

Opgemerkt dient te worden dat in hoofdstuk 5 niet alle verbanden zijn getoetst maar dat voorafgaand bepaald is welke aspecten voor toetsing in aanmerking komen. Dit om een overdaad aan tabellen te voorkomen.

1.4 Opbouw van het rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 zullen de kenmerken van de patiënten worden weergegeven, in hoofdstuk 3 staan de kenmerken van de ergotherapie behandeling centraal. Hoofdstuk 4 richt zich op de veranderingen in de ernst van de beperkingen, handicaps en oordeel van cliënten. In hoofdstuk 5 worden de gegevens uitgesplitst naar de drie meest voorkomende medische diagnosegroepen. Gekeken wordt of deze groepen onderling verschillen ten aanzien van de vraagstellingen. In hoofdstuk 6 worden conclusies en aanbevelingen gegeven.

2. KENMERKEN VAN PATIËNTEN

In dit hoofdstuk zullen de karakteristieken van de patiënten die behandeld zijn door de ergotherapeuten van het SAK, centraal staan. Aan de orde komen gegevens over geslacht, leeftijd, woonvorm, verwijzer, medische diagnose, ergotherapie diagnose en de problemen zoals die door de patiënten zelf worden aangegeven. De totale groep patiënten die in de analyses is meegenomen bedraagt 529.

2.1 Algemene karakteristieken

Het merendeel van de patiënten in het Amsterdams Kruiswerk zijn vrouwen (67%). De leeftijd van de patiëntengroep is hoog: drie kwart (73%) van de patiënten is ouder dan 65 jaar. De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 70,4 jaar. Zoals blijkt uit tabel 1 bevindt zich zowel de grootste groep mannen als vrouwen in de leeftijdscategorie van 75 tot 84 jaar. Er is geen significant verschil in leeftijd tussen mannen en vrouwen.

Tabel 1: Leeftijdsverdeling patiënten (N=529)

Leeftijd op 31 juli 1993	man		vrouw		geslacht onbekend		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
25-54	29	17,3	56	16,2				
25-34	5	3,0	11	3,2			16	3,1
35-44	14	8,3	21	6,1	1	10,0	36	6,9
45-54	10	6,0	24	6,9			34	6,5
55-64	19	11,3	35	10,1			54	10,3
65-74	43	25,6	72	20,8	3	30,0	118	22,5
75-84	55	32,7	122	35,3	6	60,0	183	34,9
85 en ouder	22	13,1	61	17,6			83	15,8
Totaal	168	100,0	346	100,0	10	100,0	524	100,0

(missende waarden ten aanzien van leeftijd N=5)

De helft van de patiënten is alleenstaand. Er blijkt een significant verband te bestaan tussen leefsituatie en geslacht (Chi kwadraat=22,43, df=2, p=0,00). Uit tabel 2 blijkt dat meer vrouwen dan mannen alleenstaand zijn. Ook blijkt uit de tabel dat 35% van de patiënten samenwoont met een partner. Dit komt meer bij mannen voor dan bij vrouwen.

Tabel 2: Leefsituatie patiënten (N=529)

	man		vrouw		geslacht onbekend		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alleenstaand	67	39,6	188	53,9	5	45,5	260	49,1
Samenwonend met partner	83	49,1	98	28,1	6	54,5	187	35,3
Overig	19	11,2	63	18,1				
Ouder(s) met opgroeiend(e) kind(eren)	6	3,6	15	4,3			21	4,0
Ouder(s) met inwonend(e) kind(eren)	5	3,0	23	6,6			28	5,3
Andere samenwonende verwanten	5	3,0	11	3,2			16	3,0
Overig	1	0,6	8	2,3			9	1,7
Onbekend	2	1,2	6	1,7			8	1,5
Totaal	169	100,0	349	100,0	11	100,0	529	100,0

2.2 Andere zorgverleners

Eénderde van de patiënten heeft geen mantelzorgers om zich heen. Tweederde van de patiëntengroep kan wel een beroep doen op mantelzorgers. Onder mantelzorgers wordt volgens de handleiding (SAK, 1993) verstaan: de personen op wie de client kan rekenen voor zover het te maken heeft met de betreffende hulpvraag. Het aantal mantelzorgers waar de patiënten contact mee hadden was gemiddeld 1,6. De meeste patiënten (55%) hadden contact met 1 mantelzorger.

Initiatiefnemer van de behandeling cq verwijzer was in de meeste gevallen de huisarts (32%), gevolgd door de (wijk)verpleegkundige (24,6%) (zie tabel 3). De tabel laat verder zien dat de specialist, de (wijk)ziekenverzorgende en de familie ook regelmatig initiatief nemen tot het inschakelen van een ergotherapeut.

Indien de patiënt wordt aangemeld door een initiatiefnemer is door de ergotherapeuten een officiële verwijzing aangevraagd bij de huisarts of de specialist als het een behandeling betreft.

Tabel 3: Initiatiefnemer/verwijzer ergotherapie behandeling (N=529)

Initiatiefnemer/verwijzer	Totaal	
	N	%
Huisarts	167	31,8
(Wijk)verpleegkundige	129	24,6
Specialist	48	9,1
(Wijk)ziekenverzorgende	33	6,3
Familie	27	5,1
Patiënt	23	4,4
Gezinsverzorging	18	3,4
Intramurale ergotherapeut	15	2,9
Algemeen maatschappelijk werk	7	1,3
Sociaal verpleegkundige	2	0,4
Overige	56	10,7
Totaal	525	100,0

(missende waarden n=4)

Bij 80% van de patiënten (423 patiënten) is aangegeven dat er andere disciplines bij de behandeling betrokken zijn, voorzover van invloed op de behandeling van de ergotherapeuten; bij 20% is dat niet aangegeven. De andere disciplines die bij de behandeling betrokken worden zijn: de wijkverpleging (47%), de huisarts (37%) de fysiotherapeut (34%) en de gezinsverzorging (23%). Gemiddeld zijn 1,8 behandelaars betrokken bij de behandeling van een patiënt. Tabel 4 geeft een overzicht van alle disciplines die bij de behandeling zijn betrokken.

Tabel 4: Disciplines betrokken bij de behandeling van de patiënten (N=423)

Disciplines	Totaal	
	N	%
Wijkverpleging	198	46,6
Huisarts	159	37,4
Fysiotherapeut	145	34,1
Gezinsverzorging	99	23,3
Specialist	87	20,5
Ergotherapeut	16	3,8
Maatschappelijk werkende	11	2,6
Logopedist	4	0,9
Diëtist	2	0,5
Overig/onbekend	51	12,0

Omdat meerdere disciplines per patiënt kunnen worden aangegeven is het percentage hoger dan 100%.

2.3 Medische diagnose

De medische diagnose is aangegeven door de verwijzer van de patiënten in de verwijsbrief. Indien geen medische diagnose is aangegeven wordt de patiënt door de ergotherapeut ingedeeld bij de categorie overige ziekten. De ergotherapeuten hebben deze gegevens ingedeeld in de hoofdgroepen van de ICD-9-CM. Per patiënt konden meerdere diagnoses worden aangegeven. Tabel 5 geeft aan dat de meest voorkomende medische diagnoses zich bevinden in de groep ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel (46,5%) gevolgd door ziekten van zenuwstelsel en zintuigen (24,2%) en ziekten van hart en bloedvaten (21,4%).

Tabel 5: Medische diagnoses (N=529)

	man		vrouw		geslacht onbekend		Totaal	
	(N=169)		(N=439)		(N=11)		(N=529)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ziekten van bewegings- en bindweefsel	57	33,7	182	52,1	7	63,6	246	46,5
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	49	29,0	76	21,8	3	27,3	128	24,2
Ziekten van bloedsomlooporganen	41	24,3	70	20,1	2	18,2	113	21,4
Ziekten van ademhalingsorganen	15	8,9	23	6,6			38	7,2
Psychische stoornissen	13	7,7	14	4,0			27	5,1
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	7	4,1	17	4,9	1	9,1	25	4,7
Nieuwvormingen	7	4,1	12	3,4	1	9,1	20	3,8
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	6	3,6	10	2,9			16	3,0
Besmettelijke en parasitaire ziekten	6	3,6	2	0,6			8	1,5
Aangeboren aandoeningen	2	1,2	4	1,1			6	1,1
Overige ziekten	17	10,1	33	9,5			50	9,5

Omdat meerdere medische diagnoses per patiënt kunnen worden aangegeven is het percentage hoger dan 100%.

Er blijkt een significant verband te bestaan tussen de medische diagnose en geslacht (Chi Kwadraat 14.84; $df=3$; $p=0.01$). Uit de tabel blijkt dat mannen bij deze patiëntengroep vaker ziekten van zenuwstelsel en zintuigen hebben en dat vrouwen daarentegen vaker ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel hebben.

Het gemiddeld aantal medische diagnoses dat per patiënt wordt gesteld is 1,4. Uit de gegevens blijkt dat bij 70% van de patiënten één medische diagnose wordt gegeven en bij 25% van de patiënten worden twee medische diagnoses gegeven. Het maximale aantal gestelde medische diagnoses is vijf.

2.4 Ergotherapie diagnose

De ergotherapie diagnose wordt geformuleerd in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps (voor uitleg van de items bij beperkingen en handicaps zie bijlage 3). Deze gegevens worden na de intake ingevuld. Voor stoornissen en handicaps is alleen de aanwezigheid aangegeven; bij beperkingen is ook de ernst van de beperking op een schaal van nul tot negen aangegeven. Er kunnen maximaal 5 stoornissen, 6 beperkingen en 5 handicaps worden aangegeven.

Tabel 6 laat zien welke stoornissen, tabel 7 welke beperkingen en tabel 8 welke handicaps geregistreerd zijn bij aanvang van de therapie.

Tabel 6: Stoornissen bij aanvang therapie (N=529)

Stoornissen	Totaal	
	N	%
Stoornissen van het bewegingsapparaat	486	92,2
Algemene sensore en andere stoornissen	124	23,5
Cognitieve stoornissen	78	14,8
Andere psychische stoornissen	56	10,6
Inwendige stoornissen	48	9,1
Misvormingen	28	5,3
Taalstoornissen	25	4,7
Oogstoornissen	23	4,4
Oorstoornissen	19	3,6

(missende waarden N=2)

Omdat meerdere stoornissen per patiënt kunnen worden aangegeven is het percentage hoger dan 100%.

Uit de tabel blijkt dat bijna bij alle patiënten stoornissen van het bewegingsapparaat zijn geconstateerd, daarnaast worden algemene sensore en andere stoornissen (24%), cognitieve stoornissen (15%) en andere psychische stoornissen (11%) het meest frequent aangegeven. Gemiddeld worden per patiënt 1,7 stoornissen aangegeven. Bij ongeveer de helft (48%) van de patiënten is één stoornis en bij 38% is twee stoornissen aangegeven.

Tabel 7: Beperkingen bij aanvang therapie (n=529)

Beperkingen	Totaal	
	N	%
Gedragsbeperkingen	17	3,3
Bewustzijn	12	2,3
Relatie	9	1,8
Communicatiebeperkingen	37	7,2
Spreken	7	1,4
Luisteren	8	1,6
Zien	8	1,6
Communicatie	19	3,7
Beperkingen in persoonlijke verzorging	304	59,0
Plassen/ontlasten	139	27,0
Persoonlijke hygiëne	207	40,3
Kleden	81	15,8
Eten/drinken en overig	78	15,2
Beperkingen in voortbewegen	367	71,3
Voortbewegen	255	49,6
Plaatsbindend	184	35,8
Voortbeweging, anders	29	5,6
Beperkingen in lichaamsbeheersing	220	42,7
Huishoudelijke taken	128	24,9
Lichaamsbeweging	84	16,3
Lichaamsbeheersing, anders	44	8,6
Vaardigheidsbeperkingen	65	12,6
Algemene routinehandelingen	37	7,2
Handvaardigheden	19	3,7
Vaardigheidsbeperkingen, anders	11	2,1
Situationele beperkingen	72	14,0
Uithoudingsvermogen	66	12,8
Milieu	2	0,4
Situationeel, anders	10	1,9
Beperkingen in bijzondere vaardigheden		
Bijzondere vaardigheden	10	1,9

(missende waarden N=15)

Uit tabel 7 blijkt dat beperkingen in voortbewegen bij de helft van de patiënten wordt geobserveerd, daarnaast komen beperkingen in persoonlijke hygiëne (40%), plaatsbindende beperkingen (bijvoorbeeld veranderingen in zit- of lighouding) bij meer dan eenderde van de patiënten voor (36%). Gemiddeld worden bij iedere patiënt 2,8 beperkingen aangegeven. Bij 31% van de patiënten worden vier of meer beperkingen geregistreerd.

Tabel 8: Handicaps bij aanvang therapie (N=529)

Handicaps	Totaal	
	N	%
Handicap in mobiliteit	392	77,6
Handicap in fysieke onafhankelijkheid	294	58,2
Handicap in bezigheden	195	38,6
Handicap in sociale integratie	69	13,7
Handicap in economische zelfstandigheid	19	3,8
Handicap in oriëntatievermogen	17	3,4
Andere handicaps	11	2,2

(missende waarden = 24)

Omdat meerdere handicaps per patiënt kunnen worden aangegeven is het percentage meer dan 100.

Tabel 8 laat zien dat handicap in fysieke onafhankelijkheid en handicap in mobiliteit bij meer dan de helft van de patiënten voorkomt. Gemiddeld worden per patiënt 2 handicaps aangegeven. Bij een derde van de patiënten (36%) komt een handicap voor en bij 40% worden twee handicaps geregistreerd.

2.5 Problemen ervaren door cliënten

Patiënten konden bij aanvang van de behandeling maximaal twee problemen aangeven waar zij de afgelopen week het meeste last van hadden gehad. De problemen van de patiënten zijn gecodeerd met behulp van de categorieën stoornissen en beperkingen uit de ICDH. De ernst van de problemen konden zij aangeven met een 'rapportcijfer' tussen de nul (geen last) en de tien (veel last).

Bij 167 patiënten zijn gegevens over het subjectieve oordeel van patiënten over problemen beschikbaar.

De problemen die zijn aangegeven door de 167 patiënten zijn weergegeven in tabel 9. Problemen op stoornisniveau, bijvoorbeeld rugklachten, nekkklachten, pijn zijn samengevoegd tot de groep somatische problemen. De meeste problemen die werden aangegeven zijn op beperkingenniveau, zoals bijvoorbeeld problemen met naar het toilet gaan, problemen met in/uit bed komen, problemen met het vervoer van kopjes, borden binnenshuis. De problemen op beperkingen zijn ingedeeld in de volgende categorieën: communicatie, persoonlijke verzorging, voortbewegen, lichaamsbeheersing, vaardigheid en situationeel bijzondere vaardigheden. De volledige lijst met problemen, zoals die door de patiënten zijn aangegeven, is te vinden in bijlage 4.

Tabel 9: Frequentieverdeling problemen (n=167)

Problemen	Totaal	
	N	%
Somatisch	19	11,4
Communicatie	4	2,4
Persoonlijke verzorging	60	35,9
Voortbewegen	99	59,3
Lichaamsbeheersing	45	27,0
Vaardigheid	6	3,6
Situationeel	11	6,6
Bijzondere vaardigheden	1	0,6

Omdat meerdere problemen worden aangegeven is het percentage hoger dan 100%.

Uit de tabel blijkt dat de meeste problemen die worden aangegeven betrekking hebben op voortbewegen, persoonlijke verzorging en lichaamsbeheersing. Tot deze laatste groep behoren bijvoorbeeld problemen in het huishouden, verzorgen van maaltijden, lange tijd zitten of staan (zie verder bijlage 4).

3. KENMERKEN VAN DE ERGOTHERAPIEBEHANDELING

In dit hoofdstuk komen kenmerken van de behandeling door de ergotherapeuten aan de orde. Het betreft ondermeer de duur van de behandelingen, de frequentie, contacten met derden en de reden waarom de behandeling is beëindigd. Over de inhoud van de behandelingen zijn in het kader van dit onderzoek geen gegevens verzameld.

3.1 Algemeen

In de registratieperiode zijn 464 (88%) van de 529 gestarte behandelingen afgerond. De gegevens in deze en volgende paragrafen hebben betrekking op 438 behandelingen.

Tijdens de behandeling is voor de meeste patiënten (82%) overleg geweest met derden. Er zijn gemiddeld 3,3 contacten met derden per patiënt gelegd.

3.2 Duur en frequentie

Het gemiddeld aantal behandelingen gegeven door ergotherapeuten is 4,2. Uit tabel 10 blijkt dat 77% van de behandelingen in maximaal 5 zittingen is afgerond. Er zijn geen gegevens verzameld over de duur van een zitting. De totale lengte van een ergotherapiebehandeling is gemiddeld 17 weken. De gemiddelde behandelingsfrequentie van de cliënten behandeld binnen het kruiswerk is een maal per 5 weken. Deze lage frequentie wordt vermoedelijk veroorzaakt door de lange wachttijden voor toekennen cq aanbrengen van hulpmiddelen.

Tabel 10.: Aantal zittingen (N=438)

	Totaal	
	N	%
1	59	14,1
2	79	18,9
3	77	18,4
4	61	19,6
5	45	10,7
6-10	72	17,1
meer dan 10	26	6,2
Totaal	419	100,0

(missende waarden N=19).

Tabel 11 geeft een overzicht van de lengte van de behandeling. Uit de tabel blijkt dat de helft van de behandelingen in 16 weken of minder wordt afgerond.

Tabel 11: Behandelduur in weken (N=438)

	N	%
1-5 weken	83	19,1
6-10 weken	106	24,4
11-15 weken	64	14,7
15-20 weken	46	10,6
20-25 weken	37	8,5
meer dan 25 weken	99	22,8
Totaal	435	100,0

(missende waarden N=3).

3.3 Einde van behandeling

In het registratieformulier kon worden aangegeven waarom de behandeling beëindigd is. Uit tabel 9 blijkt dat bij de grootste groep patiënten (61%) het gewenste resultaat is bereikt. Een andere reden die naar voren komt (10%) is dat de hulpverlening is overgedragen.

Tabel 12: Reden van beëindiging behandeling (N=464)

Reden einde behandeling	Totaal	
	N	%
Hersteld/gewenst resultaat bereikt	278	61,6
Hulpverlening overgedragen	44	9,8
Weigering hulp	28	6,2
Overleden	26	5,8
Opname ziekenhuis, verpleeghuis	18	4,0
Verhuizing	8	1,8
Andere reden	49	10,8
Totaal	451	100,0

(missende waarden N=13)

4. RESULTATEN VAN ERGOTHERAPIEBEHANDELING

In dit hoofdstuk zal worden weergegeven in hoeverre de ergotherapie behandeling heeft bijgedragen aan een verandering in het functioneren van de patiënten. Zowel de ergotherapeut als de patiënt geven hierover hun oordeel. De ergotherapeut geeft aan het einde van de behandeling aan in hoeverre de ernst van de beperkingen is af/toegenomen en of de handicaps nog aanwezig zijn. De patiënt beoordeelt zijn problemen opnieuw op een tienpuntsschaal en geeft daarna in woorden aan of zijn probleem is veranderd.

Hier dient te worden opgemerkt dat deze gegevens met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. De reden is dat het om een ongecontroleerd onderzoek gaat, dat wil zeggen dat er geen onbehandelde patiëntengroep is waarmee de gegevens vergeleken kunnen worden. Daarom is het niet mogelijk veranderingen in het functioneren van patiënten direct toe te schrijven aan de behandeling. De veranderingen kunnen ook het gevolg zijn van andere invloeden, zoals bijvoorbeeld spontaan herstel e.d.

De gegevens in de volgende paragrafen hebben betrekking op de afgeronde behandelingen, de patiënten waarvan de behandeling is beëindigd doordat zij zijn overleden (N=26) zijn niet in de analyses meegenomen. Het gaat in totaal om 438 afgeronde behandelingen.

4.1 Resultaten volgens de ergotherapeut

Het verschil in ernst van de beperkingen is berekend. De ergotherapeut geeft na de intake de ernst van de beperkingen aan en ook na de laatste behandeling. Tabel 13 (zie volgende pagina) laat zien in hoeverre er, volgens de ergotherapeut, sprake is van een af/toename. Een positieve waarde geeft een vooruitgang aan en een negatieve waarde een achteruitgang. Er is getoetst of de veranderingen significant zijn (sign-test, $\alpha=0.05$).

Uit de tabel blijkt dat volgens de score van de ergotherapeut alle beperkingen, behalve beperkingen met betrekking tot het milieu, afgenomen zijn aan het einde van de ergotherapie behandeling. Bij een aantal beperkingen zijn deze verbeteringen statistisch significant. Deze significante verbeteringen bevinden zich in de hoofdgroepen: beperkingen in persoonlijke verzorging, in het voortbewegen, in de lichaamsbeheersing, vaardigheidsbeperkingen en beperking in het uithoudingsvermogen.

Tabel 13: Verschilscore beperkingen, aangegeven door de ergotherapeut (N=438)

Beperking	mediaan aanvang	mediaan einde	verschil
Gedragsbeperkingen			
bewustzijn (n=10)	5.0	4.5	
relatie (n=5)	5.0	3.0	
Communicatiebeperkingen			
spreken (n=3)	5.0	2.0	
luisteren (n=4)	2.0	1.0	
zien (n=4)	3.5	2.0	
communicatie (n=15)	3.0	2.0	
Beperkingen in persoonlijke verzorging			
plassen/ontlasten (n=97)	2.0	1.0	*
persoonlijke hygiene (n=150)	3.0	1.0	*
kleden (n=61)	3.0	2.0	*
eten/drinken/overig (n=58)	3.0	1.0	*
Beperkingen in het voortbewegen			
voortbewegen (n=190)	3.0	1.0	*
plaatsbindende beperkingen (n=133)	2.0	1.0	*
voortbewegen, overig (n=19)	3.0	1.0	*
Beperkingen in de lichaamsbeheersing			
huishoudelijke taken (n=93)	3.0	1.0	*
lichaamsbeweging (n=63)	2.0	1.0	*
lichaamsbeheersing, overig (n=33)	2.0	1.0	*
Vaardigheidsbeperkingen			
algemene routinehandelingen (n=28)	2.0	1.0	*
handvaardigheden (n=16)	2.5	1.0	*
vaardigheidsbeperkingen, overig (n=8)	4.0	2.0	*
Situationele beperkingen			
uithoudingsvermogen (n=51)	2.0	1.0	*
milieu (n=2)	3.5	3.5	
situationeel, overig (n=5)	3.0	1.0	
Beperkingen in bijzondere vaardigheden			
bijzondere vaardigheden (n=6)	4.0	4.0	

* Het verschil is significant ($p < 0.05$).

Voor de handicaps is alleen de aan/afwezigheid van de handicaps aan het einde van de behandeling gescoord. Tabel 14 laat zien, in hoeverre het aantal patiënten met een handicap is afgenomen (Sign-test, $\alpha 0,05$).

Tabel 14: Verandering in het aantal patiënten met een handicap (N=438)

Handicap	aanvang	einde	verschil	verschil %
Mobiliteit	296	176	120 *	41
Fysieke onafhankelijkheid	231	121	110 *	48
Bezigheden	146	87	59 *	40
Sociale integratie	53	29	24 *	45
Oriëntatievermogen	16	14	2	13
Economische zelfstandigheid	12	8	4 *	31
Andere handicaps	7	6	1	14

* Het verschil is significant ($p < 0.05$).

Uit de tabel blijkt dat de ergotherapeuten aan het einde van de behandeling minder handicaps hebben gediagnostiseerd. Grote veranderingen bevinden zich in de groepen fysieke onafhankelijkheid, mobiliteit, sociale integratie en bezigheden.

4.2 Veranderingen volgens patiënten

Aan de patiënten is gevraagd om zowel in cijfers als in woorden weer te geven in hoeverre zij van mening zijn dat aan het einde van de ergotherapie hun problemen zijn verbeterd. Het gaat daarbij om de problemen die zijn aangegeven in paragraaf 2.5. Hier wordt eerst de verandering in cijfers besproken.

De patiënten hebben bij aanvang van de behandeling aangegeven hoeveel last ze van de problemen hadden. Tabel 15 laat de gemiddelde scores voor de hoofdgroepen zien bij aanvang van de therapie op de schaal nul (geen last) tot tien (erg veel last).

De gegevens in tabel 15 hebben betrekking op de patiënten waarbij de behandeling is afgerond. Van de 92 patiënten van wie de behandeling is afgerond, hebben negen patiënten hun eindscore niet ingevuld en zijn negen patiënten overleden. In totaal is er door 18 patiënten geen eindscore ingevuld en de analyses hebben daardoor betrekking op 74 patiënten. Een positief verschil betekent een vooruitgang en een negatief verschil betekent achteruitgang van het probleem.

Tabel 15: Verschil tussen beginscore en eindscore volgens patiënten (N=74)

	mediaan begin	mediaan einde	verschil score
Somatisch (n=10)	7.0	5.0	
Communicatie (n=2)	7.5	6.5	
Persoonlijke verzorging (n=24)	9.0	1.5	*
Voortbewegen (n=40)	9.0	3.0	*
Lichaamsbeheersing (n=17)	8.0	4.0	*
Vaardigheid (n=2)	7.0	4.5	
Situationeel (n=3)	6.0	2.0	
Bijzondere vaardigheden	-	-	

* Het verschil is significant ($p < 0.05$).

Uit tabel 15 blijkt dat de gemiddelde verschillscore bij alle problemen verbetering laat zien. Deze verbetering is echter alleen significant bij problemen met persoonlijke verzorging, problemen met voortbewegen en problemen in lichaamsbeheersing. Gemiddeld over alle groepen van problemen heen is de ernstscore van het begin van de behandeling 8,3. De vooruitgang is gemiddeld 3.6 punten.

Naast de scores op de tienpuntsschaal hebben de patiënten ook 'in woorden' aangegeven in hoeverre hun probleem is verbeterd. Om de verandering 'in woorden' aan te geven is gebruikgemaakt van een schaal. De schaal bevatte de volgende mogelijkheden:

- volledig hersteld
- veel verbeterd
- enigszins verbeterd
- niet veranderd
- iets verslechterd
- erg verslechterd

Bij de analyse zijn deze woorden weer in cijfers omgezet; score 1 geeft aan dat het probleem volledig is hersteld, score 2 geeft aan dat er veel verbeterd is, score 3 duidt op enigszins verbeterd, score 4 geeft aan dat het probleem niet is veranderd, score 5 wil zeggen dat het probleem iets is verslechterd en score 6 duidt erop dat het probleem erg is verslechterd. Tabel 16 laat de gemiddelde score zien per hoofdgroep.

Tabel 16: Resultaat van de behandeling 'in woorden' voor de afgeronde behandeling (N=74)

Problemen	score	N
Somatisch	3.1	10
Communicatie	3.5	2
Persoonlijke verzorging	2.3	24
Voortbewegen	2.4	40
Lichaamsbeheersing	2.8	17
Vaardigheid	3.0	2
Situationeel	2.0	3
Bijzondere vaardigheden	-	-

Uit de tabel blijkt dat - gemiddeld genomen - patiënten van wie de behandeling is afgerond vinden dat aan het einde van de behandeling hun problemen enigszins tot veel verbeterd zijn, dat wil zeggen een score tussen 2 en 3. Alleen patiënten met communicatie problemen geven aan dat hun probleem niet veel is veranderd, dat wil zeggen een score tussen 3 en 4. Opgemerkt dient te worden dat -gemiddeld genomen- verslechtering van de problemen niet voorkomt.

Voor de groep patiënten van wie de behandeling nog niet is afgerond is gevraagd wat de reden daarvan is. Het blijkt dat de belangrijkste reden is dat men wacht op het toekennen/realiseren van aangevraagde voorzieningen . Andere redenen worden in tabel 17 gepresenteerd.

Tabel 17: Redenen voor het niet beëindigen van de behandeling (N=75)

reden	aantal	%
wachten op toekennen/realiseren aangevraagde voorzieningen/hulpmiddelen	41	69,5
behandeling betreft een langdurige training	2	3,4
behandeling is net begonnen	2	3,4
er moet nog controle m.b.t. gebruik voorzieningen worden uitgevoerd	2	3,4
patiënt is tijdelijk opgenomen in instelling	2	3,4
nieuwe verwijzing t.b.v. nieuwe vraagstelling is aangevraagd	2	3,4
overig	8	13,5

(missende waarden N=16)

4.3 Overeenkomst tussen het oordeel van ergotherapeuten en van patiënten

Er is gekeken naar de overeenstemming tussen patiënten en therapeuten over de resultaten van de behandeling. Daartoe is de samenhang tussen deze oordelen onderzocht (Spearman rank toets). Deze samenhang kan alleen berekend worden in het geval dat de problemen zijn geformuleerd in termen van beperkingen. Bij beperkingen was ook het oordeel van de ergotherapeut over de verandering beschikbaar; bij stoornissen hebben de ergotherapeuten geen oordeel over de verandering gegeven, terwijl de patiënten hun problemen niet in termen van handicaps hebben geformuleerd.

Alleen voor de hoofdgroepen beperkingen in persoonlijke verzorging, beperkingen in het voortbewegen en beperkingen in de lichaamshouding kon de samenhang uitgerekend worden. In de andere hoofdgroepen bevonden zich te weinig patiënten ($N < 3$).

Tabel 18: Oordeel therapeut versus oordeel patiënt

Oordeel therapeut m.b.t. beperkingen	oordeel patiënt	
	'op 10 puntsschaal'	'in woorden'
In persoonlijke verzorging (N=21)	.55*	.48*
In voortbewegen (N=27)	.35*	.13
In lichaamshouding (N=9)	.62*	.76*

(* = significant $p < 0.05$)

Uit de tabel blijkt dat de therapeut en patiënt veelal overeenstemmen over het resultaat van de behandeling. Zeker gezien het kleine aantal gevallen waarop deze analyse betrekking heeft, kan worden gesteld dat therapeut en patiënt vrij goed overeenstemmen in hun oordeel over de veranderingen.

5. KENMERKEN VAN DE DRIE MEEST VERWEZEN DIAGNOSEGROEPEN

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de karakteristieken van patiënten, uit de drie meest frequent voorkomende diagnosegroepen worden weergegeven en vergeleken. Aan de orde komen gegevens over geslacht, leeftijd, woonvorm, verwijzer, ergotherapie diagnose en kenmerken van de behandeling. De resultaten van de ergotherapiebehandeling worden niet behandeld omdat de groepen te klein worden voor het uitvoeren van de analyses. Voor iedere patiënt konden meerdere diagnoses worden aangegeven. In de analyses zijn de patiënten die in meerdere groepen voorkomen dubbel meegeteld, omdat in het registratieformulier geen onderscheid is gemaakt tussen hoofddiagnose en nevend diagnoses.

De drie meest frequent voorkomende diagnosegroepen zijn bewegingsstelsel/bindweefsel (N=264), zenuwstelsel/zintuigen (N=128) en hart- en bloedvaten (N=113).

5.2 Algemene patiëntkarakteristieken

In alle drie de groepen zijn de vrouwen in de meerderheid. In de groep ziekten van bewegingsstelsel/bindweefsel is drie kwart van het vrouwelijke geslacht, in de groep ziekten van zenuwstelsel/zintuigen is dit 60% en in de groep ziekten van hart en bloedvaten is dit 63%.

De leeftijd van de patiënten is hoog, de meeste patiënten bevinden zich in de groep 75 - 84 jarigen. De gemiddelde leeftijd van de patiënten verschilt niet zo veel in de groep hart en bloedvaten is de gemiddelde leeftijd 73 jaar, in de groep bewegingsstelsel en bindweefsel 71 jaar en in de groep zenuwstelsel en zintuigen is de gemiddelde leeftijd 68 jaar.

Een grote groep van de patiënten is alleenstaand. Er blijkt een significant verband te bestaan tussen leefsituatie en medische diagnosegroep (Chi kwadraat 9.14; df=4; p=0,05). Uit tabel 19 blijkt dat in de groep ziekten van bewegingsstelsel/bindweefsel meer dan de helft van de patiënten alleenstaand is. Voor de groep ziekten van hart en bloedvaten woont ongeveer een evengroot aantal patiënten alleen, dan wel met partner.

Tabel 19: Leefsituatie patiënten

Leefsituatie	bewegingsstelsel & bindweefsel		zenuwstelsel & zintuigen		hart & vaatstelsel	
	N	%	N	%	N	%
Alleenstaand	137	55,7	59	46,1	48	42,5
Samenwonend met partner	71	28,9	51	39,8	49	43,4
Overig	38	15,4	18	14,1	16	14,2
Ouder(s) met inwonend(e) kind(eren)	15	6,1	6	4,7	9	8,0
Ouder(s) met opgroeiend(e) kind(eren)	7	2,8	8	6,3	1	0,9
Andere samenwonende verwanten	6	2,4	1	0,8	4	3,5
Overig	2	0,8	3	2,3	2	1,8
Onbekend	8	3,3				
Totaal	246	100,0	128	100,0	113	100,0

De meeste patiënten kunnen een beroep doen op mantelzorgers. Uit de groep ziekten bewegingsstelsel/bindweefsel hebben 63% van de patiënten een of meerdere mantelzorgers om zich heen, in de groep ziekten van zenuwstelsel/zintuigen is dit percentage iets hoger namelijk 69% en in de groep ziekten hart en bloedvaten is het percentage het hoogste 82%. Ongeveer de helft van de patiëntengroep doet een beroep op 1 mantelzorger. Het gemiddeld aantal mantelzorgers waar de patiënten contact mee hebben is in alle drie de groepen gemiddeld 1,6 mantelzorger.

Tabel 20 laat zien wie de initiatiefnemer/verwijzer naar ergotherapie is. Er blijkt een significant verschil te bestaan tussen verwijzer/initiatiefnemer en de groepen medische diagnoses (Chi kwadraat 16,49; df=6; p=0,01). Voor de groepen ziekten van bewegingsstelsel/bindweefsel en ziekten van zenuwstelsel/zintuigen is in de meeste gevallen de huisarts de verwijzer/initiatiefnemer. Voor de groep ziekten van hart en bloedvaten is de (wijk) verpleegkundige degene die het meest frequent initiatiefnemer is voor ergotherapie. Bovendien valt in deze groep het aandeel van de specialist op als verwijzer van patiënten.

Tabel 20: Initiatiefnemer/verwijzer ergotherapie behandeling

Initiatiefnemer	bewegingsstelsel & bindweefsel		zenuwstelsel & zintuigen		hart & vaatstelsel	
	N	%	N	%	N	%
Huisarts	92	37,4	43	33,9	23	20,9
(Wijk)verpleegkundige	52	21,1	33	26,0	29	26,4
Specialist	20	8,1	8	6,3	19	17,3
Overig	75	30,5	41	32,3	34	30,9
Patiënt	14	5,7	5	3,9	2	1,8
(Wijk)ziekenverzorgende	13	5,3	11	8,7	8	7,3
Familie	11	4,5	5	3,9	9	8,2
Gezinsverzorging	7	2,8	2	1,6	5	4,5
Algemeen maatschappelijk werk	3	1,2	1	0,8	2	1,8
Sociaal verpleegkundige	2	0,8				
Overige	25	10,2	17	13,4	8	7,3
Totaal	246	100,0	127	100,0	110	100,0

(missende waarden respectievelijk N=0, N=1, N=3)

Voor de meeste patiënten wordt aangegeven dat er meerdere disciplines bij de behandeling zijn betrokken. In de groep ziekten van bewegingsstelsel/bindweefsel is bij 77%, in de groep ziekten van zenuwstelsel/zintuigen bij 83% en in de groep ziekten van hart en bloedvaten bij 88% meerdere disciplines bij de behandeling betrokken. De wijkverpleegkundige, de huisarts en de fysiotherapeut vormen in alle drie de groepen de top drie. Gemiddeld heeft men met 1,8 disciplines contact.

5.3 Ergotherapie diagnose

Zoals al beschreven in paragraaf 2.4 wordt de ergotherapie diagnose gesteld in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps. Voor elk van de drie diagnosegroepen zijn deze gegevens, zoals ze zijn geregistreerd bij aanvang van de therapie, weergegeven in de volgende drie tabellen.

Tabel 21: Stoornissen bij aanvang therapie

Stoornissen	bewegingsstelsel & bindweefsel (N=246)		zenuwstelsel & zintuigen (N=128)		hart & vaatstelsel (N=113)	
	N	%	N	%	N	%
Stoornissen van het bewegingsapparaat	238	96,7	122	95,3	105	92,9
Algemene sensore en andere stoornissen	51	20,7	31	24,2	19	16,8
Cognitieve stoornissen	22	8,9	18	14,1	32	28,3
Andere psychische stoornissen	21	8,5	18	14,1	9	8,0
Overig	49	20,0	44	34,4	37	32,7
Inwendige stoornissen	15	6,1	6	4,7	11	9,7
Misvormingen	13	5,3	10	7,8	1	0,9
Oorstoornissen	11	4,5	6	4,7	6	5,3
Oogstoornissen	8	3,3	11	8,6	6	5,3
Taalstoornissen	2	0,8	11	8,6	13	11,5

Omdat meerdere stoornissen per patiënt kunnen worden aangegeven is het percentage hoger dan 100%

Er blijkt een significant verband te bestaan tussen de aanwezigheid van stoornissen en de drie diagnosegroepen (Chi kwadraat 27,68; df=8; p=0,00). Zoals tabel 21 laat zien worden stoornissen in het bewegingsapparaat in alle drie de groepen bij bijna alle patiënten gediagnostiseerd. Daarnaast komen algemene sensore en andere stoornissen veel voor en in de groep ziekten van bloedsomlooporganen worden cognitieve stoornissen relatief vaak gediagnostiseerd. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat de CVA patiënten zich in deze groep bevinden.

Het gemiddeld aantal stoornissen bij aanvang van de therapie is voor de groep ziekten van bewegingsstelsel/bindweefsel 1,5. De overige twee diagnosegroepen hebben beiden gemiddeld 1,8 stoornissen bij aanvang van de behandeling.

De volgende tabel laat de beperkingen zien die ze bij de patiënten hebben geobserveerd. Er blijkt een significant verschil te bestaan tussen de aanwezigheid van beperkingen in de drie diagnosegroepen (Chi kwadraat 19,06; df=10; p=0,03). Beperkingen in voortbewegen en in lichaamsbeheersing komen veel voor in de groepen ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel en in de groep ziekten van zenuwstelsel en zin-

tuigen. Beperkingen in de persoonlijke verzorging daarentegen komen meer voor in de groep zieken van hart en vaatstelsel.

Het gemiddeld aantal beperkingen bij aanvang van de therapie verschilt voor de drie groepen. In de groep zieken bewegingsstelsel/bindweefsel worden gemiddeld 2,7 beperkingen gediagnostiseerd, in de groep hart/bloedvaten gemiddeld 2,9 en in de groep zieken van zenuwstelsel en zintuigen gemiddeld 3,1 beperkingen gediagnostiseerd.

Tabel 22: Beperkingen bij aanvang therapie

Beperkingen	bewegings- stelsel & bindweefsel (N=246)		zenuwstelsel & zintuigen (N=128)		hart & vaatstelsel (N=113)	
	N	%	N	%	N	%
	Voortbewegen	178	73,3	100	80,6	66
Persoonlijke verzorging	134	55,1	72	58,1	73	68,9
Lichaamsbeheersing	114	46,9	54	43,5	36	34,0
Situationeel	31	12,8	16	12,9	10	9,4
Vaardigheid	27	11,1	16	12,9	20	18,9
Overig	20	8,2	20	16,1	20	18,9
Communicatie	12	4,9	13	10,5	11	10,4
Bijzondere vaardigheden	5	2,1	3	2,4	2	1,9
Gedrag	3	1,2	4	3,2	7	6,6

(missende waarden respectievelijk N=3 N=4 N=7).

Omdat meerdere beperkingen per patiënt kunnen worden aangegeven is het percentage hoger dan 100%.

In de volgende tabel worden de handicaps gepresenteerd voor de drie diagnosegroepen. Er blijkt geen significant verband te bestaan tussen handicaps en de drie diagnosegroepen. Het blijkt dat in alle drie de groepen handicap in mobiliteit het meest frequent wordt gediagnostiseerd, gevolgd door handicaps in fysieke onafhankelijkheid. Handicap in bezigheden wordt ook frequent geregistreerd in alle drie de groepen. Gemiddeld worden 2 handicaps per patiënt geregistreerd in elke diagnosegroep bij aanvang van de therapie.

Tabel 23: Handicaps bij aanvang therapie

Handicaps bij aanvang	bewegings- stelsel & bindweefsel (N=246)		zenuwstelsel & zintuigen (N=128)		hart & vaatstelsel (N=113)	
	N	%	N	%	N	%
Handicap in mobiliteit	182	78,8	106	85,5	76	69,1
Handicap in fysieke onafhankelijkheid	127	55,0	74	59,7	71	64,5
Handicap in bezigheden	88	38,1	49	39,5	51	46,4
Handicap in sociale integratie	38	16,5	21	16,9	12	10,9
Overig	18	7,8	15	12,0	8	7,2
Handicap in economische zelf- standigheid	11	4,8	6	4,8	1	0,9
Handicap in oriëntatievermogen	4	1,7	4	3,2	5	4,5
Andere handicaps	3	1,3	5	4,0	2	1,8

(missende waarden N=15 N=4 N=3).

Omdat meerdere handicaps per patiënt kunnen worden aangegeven is het percentage meer dan 100%.

5.4 Kenmerken behandeling

Patiënten in de groep ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel worden gemiddeld 18 weken behandeld en zij krijgen in deze periode gemiddeld 4,3 behandelingen. De gemiddelde behandelfrequentie voor deze groep op eenmaal in de 4 á 5 weken.

In de groep ziekten van zenuwstelsel en zintuigen worden patiënten gemiddeld 21 weken behandeld en zij krijgen in deze periode gemiddeld 4,6 behandelingen. De behandelfrequentie voor deze groep ligt op eenmaal in de vijf á zes weken.

Tot slot de groep met ziekten van hart en bloedvaten. Zij krijgen gemiddeld 4,7 behandelingen in een periode van gemiddeld 16 weken. De behandelfrequentie ligt daarmee op ongeveer eenmaal per drie á vier weken.

De reden waarom een behandeling wordt beëindigd is meestal dat het gewenste resultaat is behaald. Er blijkt geen significant verband te bestaan tussen de diagnosegroepen en de redenen voor het beëindigen van de therapie. Zoals tabel 24 laat zien is daarnaast het overdragen van de hulpverlening ook een regelmatig voorkomende reden waarom de ergotherapie behandeling wordt afgerond.

Tabel 24: Reden beëindiging ergotherapiebehandeling

Beperkingen	bewegings- stelsel & bindweefsel (N=246)		zenuwstelsel & zintuigen (N=128)		hart & vaatstelsel (N=113)	
	N	%	N	%	N	%
Hersteld/gewenst resultaat bereikt	131	64,5	70	60,9	61	61,6
Hulpverlening overgedragen	17	8,4	17	14,8	10	10,1
Overig	55	27,1	28	24,3	28	28,3
Weigering hulp	13	6,4	7	6,1	6	6,1
Overleden	7	3,4	5	4,3	5	5,1
Opname ziekenhuis, verpleeghuis	6	3,0	5	4,3	4	4,0
Verhuizing	1	0,5	2	1,7	3	3,0
Andere reden	28	13,8	9	7,9	10	10,1
Totaal	203	100,0	115	100,0	99	100,0

(missende waarden N=43 N=13 N=14).

6. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In dit hoofdstuk zal een samenvatting worden gegeven van de belangrijkste resultaten van het onderzoek naar het aanbieden van ergotherapie in de thuiszorg.

Gegevens voor dit onderzoek zijn verzameld met behulp van twee instrumenten. Een registratieformulier dat is ontwikkeld door ergotherapeuten van het SAK en ook ingevuld door ergotherapeuten voor 529 patiënten; en een korte vragenlijst die door de patiënten, vanaf 1 juli 1993, is ingevuld (n=167).

In dit hoofdstuk worden de gegevens uit dit onderzoek, "het SAK project", vergeleken met twee andere studies. Enerzijds gaat het om een vergelijking met de resultaten van een eerder uitgevoerd onderzoek naar ergotherapie in het kruiswerk "het kruiswerkproject" (Motivaction, 1988). Daarnaast worden de gegevens vergeleken met de resultaten uit een onderzoek naar intramurale ergotherapie (Driessen et al, 1993; Driessen et al, 1994).

Op deze wijze kan duidelijk worden of de twee projecten die in het kruiswerk uitgevoerd zijn met elkaar overeenstemmen; en of er verschillen zijn tussen ergotherapie in het kruiswerk en ergotherapie in de intramurale setting.

Dit onderzoek beoogt de volgende drie vraagstellingen te beantwoorden:

Vraagstelling 1:

Wat zijn de kenmerken van patiënten die in het project 'Ergotherapie in de thuiszorg' behandeld worden, in termen van algemene karakteristieken, medische diagnose, stoornissen, beperkingen, handicaps en het subjectieve oordeel van patiënten over de ernst van het probleem?

Er kan geconcludeerd worden dat de patiënten die door ergotherapeuten in het "SAK project" thuis worden behandeld in het algemeen oud zijn, dat wil zeggen drie kwart van de patiënten is ouder dan 65 jaar. Uit de gegevens van "het kruiswerkproject" blijkt dat de leeftijd van de patiëntenpopulatie lager was: ongeveer zestig procent van de patiënten was ouder dan 61 jaar in deze studie. Gegevens uit een onderzoek naar ergotherapie in de intramurale sector laat zien dat in deze sector de gemiddelde leeftijd 61 jaar is. Dit wijst erop dat patiënten in de intramurale setting jonger zijn dan de patiënten in beide kruiswerkprojecten. Voor alle drie de studies geldt dat het merendeel van de patiëntenpopulatie (60% of meer) uit vrouwen bestaat.

Naast de huisarts is de wijkverpleging degene die relatief veel patiënten aanmeldt voor ergotherapie. Circa een kwart van de patiënten die in behandeling komt wordt door de wijkverpleging aangemeld. In "het kruiswerkproject" worden deze twee disciplines ook genoemd als degenen die de meeste patiënten aanmelden/verwijzen. In de intramurale setting blijkt dat de patiënten bijna uitsluitend door een medisch specialist worden verwezen. Veel voorkomende specialismen zijn revalidatie arts, verpleeghuisarts, neuroloog, huisarts. De beide kruiswerkprojecten komen wat betreft de verwijzer dus overeen en verschillen van de intramurale setting.

Bij de meeste behandelingen in het "SAK project" zijn nog andere disciplines betrokken: de wijkverpleging, huisarts en fysiotherapeut vormen de top drie. Deze drie disciplines worden ook in "het kruiswerkproject" genoemd. Bij het intramurale onderzoek is

gebleken dat 66% van de ergotherapeuten aangeeft met vier of meer disciplines samen te werken. De disciplines die worden aangegeven zijn, fysiotherapie, maatschappelijk werk, verpleging, activiteitenbegeleiding, logopedie. Zowel in het kruiswerk als in de intramurale setting werken ergotherapeuten nauw samen met andere disciplines; de aard van deze disciplines lijkt af te hangen van de setting.

Zowel bij mannen als vrouwen worden in het "SAK project" ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel het meest frequent gediagnostiseerd, gevolgd door ziekten van zenuwstelsel en zintuigen en ziekten van hart en bloedvaten. Deze gegevens komen overeen met de gegevens die zijn verzameld in "het kruiswerkproject". In dat onderzoek komen ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel ook het meest frequent voor (51%) gevolgd door ziekten van zenuwstelsel en zintuigen (18%) en ziekten van hart en bloedvaten (16%). In de intramurale setting blijken ziekten van hart en bloedvaten het meest frequent voor te komen (32%), gevolgd door ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel (21%) en ongevalsletsels en vergiftiging (17%). Opnieuw blijken de beide kruiswerkprojecten grote overeenstemming te vertonen en duidelijk af te wijken van de intramurale setting.

De ergotherapie diagnose wordt geregistreerd in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps. Deze indeling is ook gehanteerd in het intramurale onderzoek. Een vergelijking tussen de resultaten is echter problematisch. De categorieën in het registratieformulier van het SAK zijn rechtstreeks overgenomen uit de ICDH. In het intramurale onderzoek zijn op een aantal punten aanpassingen gemaakt aan de hand van een ontwikkelde classificatie voor paramedische beroepen op het gebied van stoornissen en beperkingen (SWSF, 1993) en aan de hand van de Groningse sociale beperkingenschaal (Wiersma et al, 1990). Het formulier van 'het kruiswerkproject' heeft een andere indeling gebruikt. Zij delen de ergotherapeutische aandachtsgebieden in op de volgende manier: functies, vaardigheden en functionaliteit. Deze onderlinge verschillen maken het moeilijk de gegevens omtrent de ergotherapiediagnose te vergelijken. Het is in toekomstig onderzoek aan te bevelen één registratieformulier te gebruiken.

Uit de registratiegegevens blijkt dat in het "SAK project" bij bijna alle patiënten stoornissen in het bewegingsapparaat zijn geregistreerd. Uit de gegevens van onderzoek naar intramurale ergotherapie blijkt dat voor ongeveer alle patiënten motorische stoornissen (dit is enigszins vergelijkbaar met stoornissen in het bewegingsapparaat) zijn geregistreerd.

Bij beperkingen worden beperkingen in het voortbewegen en beperkingen in de persoonlijke verzorging voor meer dan de helft van de patiënten in het "SAK project" geregistreerd. De gegevens van "het kruiswerkproject" laten de volgende resultaten zien. (De indeling in hoofdgroepen is, zoals eerder genoemd, in dit onderzoek niet volgens de ICDH gemaakt.) De categorieën zelfverzorging, huishouden, wonen en vervoer worden het meest frequent aangegeven als ergotherapeutisch aandachtsgebied. Uit de gegevens van onderzoek naar intramurale ergotherapie blijkt dat beperkingen in zelfverzorging in verplaatsen en voortbewegen en in huishoudelijke activiteiten bij meer dan 70% van de patiënten worden gediagnostiseerd. Uit de resultaten van alle drie de onderzoeksprojecten blijkt dus dat beperkingen in zelfverzorging en beperkingen in verplaatsen en voortbewegen (vervoer) door de ergotherapeuten veelvuldig worden gediagnostiseerd.

Handicap in mobiliteit en handicap in fysieke onafhankelijkheid werden bij meer dan de helft van de patiënten van het SAK geregistreerd. In het intramurale onderzoek werden deze twee handicap items ook bij meer dan de helft van de patiënten gediagnostiseerd. Het laatgenoemde onderzoek liet ook zien dat handicap in beroepsrol (komt enigszins overeen met handicap in economische zelfstandigheid) voor tweederde van de patiënten wordt gediagnostiseerd. In 'het kruiswerkproject' worden handicaps niet apart aangegeven in het registratieformulier.

Samenvattend kan worden gesteld dat de gegevens uit alle drie de onderzoeken op het gebied van stoornissen, beperkingen en handicaps enige overeenkomsten vertonen. In het intramurale onderzoek echter bleek dat het specifieke van de ergotherapie pas naar voren komt op het moment dat er behandeldoelen worden opgesteld en behandelprogramma's¹ worden gekozen. De behandeldoelen en behandelprogramma's zijn in dit onderzoek niet geregistreerd. Dit betekent dat er onvoldoende gegevens voorhanden zijn om te kunnen bepalen of de patiënten in deze projecten in ergotherapeutisch opzicht wel of niet met elkaar overeenkomen.

Bij de problemen die door de cliënten worden aangegeven ligt het accent op problemen in het voortbewegen en problemen met de persoonlijke verzorging. Dit stemt overeen met de ergotherapie diagnose op het niveau van beperkingen

Vraagstelling 2:

Hoeveel contacten hebben ergotherapeuten met deze patiënten en hoe lang duurt de behandeling.

In totaal is 87% van de behandelingen in het "SAK project" die in 1992 of in 1993 zijn gestart afgerond binnen de registratieperiode. Iets meer dan drie kwart van deze behandelingen duurt vijf zittingen of minder. Gemiddeld genomen worden patiënten 4,2 keer gezien door de ergotherapeut. De lengte van de behandeling is voor ongeveer 60% van de patiënten minder dan 16 weken. De gemiddelde behandelduur van "het kruiswerkproject" was 3-4 maanden en het gemiddeld aantal contacten bedroeg 9. De gemiddelde behandelduur in beide projecten blijkt ongeveer hetzelfde; het aantal contacten echter is in "het SAK project" de helft van de contacten in "het kruiswerkproject" uit 1988.

Uit de intramurale studie blijkt dat een ergotherapiebehandeling gemiddeld elf uur duurt en gemiddeld tien weken in beslag neemt. Geconcludeerd kan worden dat de behandeling in de intramurale setting, qua uren, langer duurt. Gegevens over de duur van de zittingen zijn in het "SAK project" niet geregistreerd maar bij deze conclusie gaan wij ervan uit dat behandelingen in het "SAK project" veelal niet langer dan een uur zullen duren. De duur van de behandeling, in weken, is in het "SAK project" langer dan de duur van een behandeling intramuraal. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het al eerder genoemde feit dat er vaak een lange tijd moet worden gewacht op de verstrekking van hulpmiddelen.

¹ Een behandelprogramma kan worden beschouwd als een uitgangspunt van de therapie. Het bepaalt de richting van de therapie. Daarmee is een behandelprogramma een soort "meta-doel": met de keuze van een behandelprogramma geeft de ergotherapeut aan op welke wijze het specifieke behandeldoel bij de behandeling betrokken wordt. Door Reed & Sanderson (1992) worden de volgende vijf programma's onderscheiden, preventie, ontwikkelen van vaardigheden, herstel van vaardigheden, aanpassen van de omgeving, onderhoud en behoud van de gezondheid.

Vraagstelling 3:

Hoe is na de behandeling de ernst van beperkingen en handicaps alsmede het subjectieve oordeel van de patiënt over de ernst van het probleem veranderd?

Ergotherapeuten van het "SAK project" vinden dat aan het einde van de behandeling zowel een aantal beperkingen als een aantal handicaps significant zijn verbeterd. Dit zijn beperkingen in persoonlijke verzorging, in het voortbewegen, in de lichaamsbeheersing en vaardigheidsbeperkingen. Bij de handicaps gaat het om handicap in mobiliteit, in fysieke onafhankelijkheid, in bezigheden in sociale integratie en in economische zelfstandigheid.

Zoals al eerder aangegeven moeten de gegevens met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat het hier niet een gecontroleerde studie betreft.

De patiënten vinden ook dat aan het einde van de behandeling een aantal problemen significant verbeterd zijn, namelijk: problemen met betrekking tot persoonlijke verzorging, met betrekking tot voortbewegen en met betrekking tot lichaamsbeheersing. Het lijkt erop dat het oordeel van de therapeuten aan het einde van de behandeling overeenkomt met het oordeel van de patiënt aan het einde van de behandeling. Deze overeenstemming is gevonden voor de beperkingen in persoonlijke verzorging, lichaamsbeheersing en voortbeweging. Zoals al eerder bleek zijn dit ook de gebieden die door ergotherapeuten het meest frequent worden gediagnostiseerd.

Bij "het kruiswerkproject" zijn de therapeuten en de patiënten aan het einde van de behandeling geïnterviewd. Uit deze interviews bleek dat beide partijen tevreden zijn over het resultaat van de behandeling. Als uitermate positief werd aangegeven dat de ergotherapeuten concrete hulpverlening hebben verleend aan hun patiënten.

Tot slot zijn binnen deze studie de drie meest voorkomende diagnosegroepen vergeleken. Uit de gegevens blijkt dat er op een aantal punten verschillen zijn tussen de drie diagnosegroepen. Er is een significant verschil in de leefsituatie van patiënten in de drie diagnosegroepen. In de groep bewegingsstelsel en bindweefsel blijkt dat de meerderheid van de patiënten alleenstaand is terwijl in de andere twee groepen relatief meer patiënten samenwonen met hun partner. Er is ook een verschil tussen de diagnosegroepen bij de verwijzing naar ergotherapie. De huisarts speelt een belangrijke rol in de groepen ziekten van bewegingsstelsel/bindweefsel en in de groep zenuwstelsel/zintuigen terwijl het aandeel van de wijkverpleegkundige en de specialist relatief groter is in de groep ziekten van hart en bloedvaten.

Ook blijken er in de ergotherapiediagnose, met name voor stoornissen en beperkingen, significante verschillen te bestaan tussen de drie diagnosegroepen. Cognitieve stoornissen worden relatief vaak gediagnostiseerd in de groep ziekten van hart en vaatstelsel. Waarschijnlijk wordt dit veroorzaakt door de groep CVA patiënten in deze diagnosegroep. Bij beperkingen is het opvallend dat beperkingen in voortbewegen en lichaamsbeheersing relatief vaker worden geregistreerd in de groep ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel en in de groep ziekten van zenuwstelsel en zintuigen, terwijl in de groep ziekten van hart en bloedvaten beperkingen in persoonlijke verzorging relatief vaker worden geregistreerd. Voor de handicaps zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de drie diagnosegroepen.

De verschillen in behandel frequentie en in het aantal behandelingen zijn niet erg groot tussen de drie diagnosegroepen. Ook zijn er geen significante verschillen met betrekking tot het beëindigen van de therapie.

Drie belangrijke conclusies die uit het bovenstaande getrokken kunnen worden zijn:

- (I) De patiëntenpopulatie behandeld door ergotherapeuten van het kruiswerk (zowel in het "SAK project" als in het "kruiswerkproject") verschilt van de patiëntenpopulatie behandeld door ergotherapeuten in de intramurale gezondheidszorg. De leeftijd en medische diagnose verschillen tussen deze settings. De ergotherapeutische diagnose lijkt grotendeels overeen te stemmen. Maar er zijn in beide kruiswerkprojecten geen gegevens verzameld over de behandel doelen en de behandelprogramma's. Juist deze gegevens zouden meer inzicht geven in overeenkomsten en verschillen van de patiëntenpopulatie. Een aanbeveling voor de toekomst is om deze gegevens, op dezelfde manier als in de intramurale setting, te verzamelen.
- (II) De behandeling (in uren) in het kruiswerk is korter dan de behandeling in de intramurale setting. De behandelduur (in weken) is hoog in het kruiswerk, vergeleken met de intramurale setting. Helaas zijn er geen gegevens over de inhoud van de behandelingen verzameld.
- (III) Hoewel het een ongecontroleerde studie betreft lijkt de ergotherapeutische behandeling resultaat te hebben. Dit gegeven wordt zowel door de therapeuten als door de patiënten onderschreven.

7. LITERATUUR

Driessen M.J., Dekker J., Lankhorst G.J., Zee J. van der. 1993. Ergotherapeuten; werksituatie en taakuitoefening. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, Jaargang 21,3,p.75-82.

Driessen M.J., Dekker J., Lankhorst G.J., Zee J. van der. 1994. Occupational therapy diagnosis and treatment goals in inpatient care. Submitted.

Heerkens Y.F., Brandsma J.W., Lakerveld-Heyl K., Mischner-van Ravensberg C.D. 1991. Verslag Fase 1: Voorstel voor aanpassing van de classificatie stoornissen en de classificatie beperkingen van de ICDH, Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF), Amersfoort.

ICD9CM 1981. Classificatie van ziekten- alfabetisch. Utrecht, Stichting Medische Registratie.

ICIDH Werkgroep Classificatie en Coderingen Classificatie Ontwikkelingsgroep Gehandicapten, Voorburg. Raad voor gezondheidsresearch, TNO, 1980.

Kirkwood B.R. 1988. Essentials of Medical Statistics, Blackwell Scientific Publications. Oxford.

Molkenboer C., Boomgaard J., Marijen E. 1994. Ergotherapie in de thuiszorg: produktomschrijvingen. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie. Jaargang 22, 2, p.57-60.

Motivaction, 1988. Ergotherapie in de eerste lijn - onderzoeksverslag. Bunnik.

Reek, K., Sanderson, 1992. Concepts of occupational therapy. third edition. Williams & Wilkins. Baltimore.

SAK 1993. Handleiding registratie ergotherapie in de thuiszorg, versie 3. Amsterdam.

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

BIJLAGE 1

Registratieformulier met handleiding

REGISTRATIE CLIËNTGEGEVENS ERGOTHERAPIE											
personeelsnummer	cliëntnummer						diagnose				
naam ergotherapeut	geboortedatum jaar/maand/dag						stoornissen				
regio											
verzekering	M/V						beperkingen: aanvang (a) ontslag (o)				
polisnr.	leefsi- tuatie										
lidnr. kruiswerk							a.				
							o.				
	behandelaars						o.				
							handicaps: aanvang (a) ontslag (o)				
	aantal mantelzorgers										
	initiatiefnemer						a.				
							o.				
datum aanmelding jaar/maand/dag						code reden beëindiging					
						tijdsduur/periode					
						1e periode					
						2e periode					
						3e periode					
aantal behandelingen	kontakten met derden										
19	19										
19	19										

RBZ93.462/gvdb/as
februari 1994

BEKNOPTE HANDLEIDING

Leefsituatie	10 alleenstaand 20 samenwonend met partner 30 ouder(s) met opgroeiend(e) kind(eren) 31 ouder(s) met inwonend(e) kind(eren) 32 kind(eren) met inwonende ouder(s) 33 andere samenwonende verwanten 90 overig 98 onbekend
Behandelaars	De diverse professioneel bij de cliënt betrokken behandelaren, voorzover van invloed op de behandeling van de ergotherapeut a huisarts b specialist c ergotherapeut d fysiotherapeut e logopedist f diëtist g wijkverpleging h gezinsverzorging i maatschappelijk werkende j overig/onbekend
Aantal mantelzorgers	Mantelzorg netwerk: het netwerk van familie, buren, niet professioneel betrokken hulpbiedenden en vrijwilligers rondom de patiënt dat op enigerlei wijze een bijdrage levert aan, invloed heeft op de behandeling van/door de ergotherapeut. Dus de personen op wie de cliënt kan rekenen, voorzover het te maken heeft met de betreffende hulpvraag.
Initiatiefnemer verwijzing	Diegene die in eerste instantie de ergotherapiehulp heeft geïndiceerd. Initiatiefnemer tot de verwijzer kan iedereen zijn (dus niet alleen de officiële verwijzer = huisarts). Deze persoon kan op de hoogte worden gehouden van het verloop van de behandeling. 01 huisarts 02 specialist 03 algemeen maatschappelijk werk 04 gezinsverzorging 05 intramurale ergotherapeut 06 (w)zv 07 (w)z 08 sv 09 patiënt 10 familie 11 overige

Medische diagnose	<p>Diagnose zoals door de behandelende arts wordt omschreven.</p> <ul style="list-style-type: none"> a besmettelijke en parasitaire ziekten b nieuwvormingen c stofwisselingsziekten d ziekten van bloed en bloedbereidende organen e psychische stoornissen f ziekten van zenuwstelsel en zintuigen g ziekten van bloedsomlooporganen h ziekten van ademhalingsorganen i ziekten van huid en onderhuids bindweefsel j ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel k aangeboren aandoeningen l overige ziekten <p>Het gaat hier om de beginvraagstelling van de arts. In de tekst wordt de preciese formulering van de arts aangehouden.</p> <p>In de praktijk gebruikt de ergotherapeut vooral de items f tot en met j van de codering.</p> <p>De diagnose (met name de prognose) kan gevolgen hebben voor de oplossing die de ergotherapeut kiest. Het is belangrijker te weten of de ziekte progressief danwel stabiel is dan de exacte diagnose te weten.</p> <p>Komt de ergotherapeut tot een vraag die wel erg afwijkt van de visie van de arts, dan dient de ergotherapeut contact op te nemen met de huisarts.</p>
Stoornissen	<ul style="list-style-type: none"> 1 cognitieve stoornissen 2 andere psychische stoornissen 3 taalstoornissen 4 oorstoornissen 5 oogstoornissen 6 inwendige stoornissen 7 stoornissen van het bewegingsapparaat 8 misvormingen 9 algemene, sensore en andere stoornissen
Ernst van de beperking	<ul style="list-style-type: none"> 0 geen beperking, eventueel met hulpmiddel indien cliënt geen beperking ervaart 1 moeite met de uitvoering 2 uitvoering met hulpmiddelen 3 uitvoering met hulp 4 afhankelijke uitvoering 5 ernstig onvermogen 6 volledig onvermogen 8 niet van toepassing 9 ernst niet nader omschreven

Indien de cliënt aan het einde van de behandeling tevreden is met een hulpmiddel en geen beperking ervaart wordt '0' gecodeerd; indien de cliënt niet zo tevreden is wordt '2' gecodeerd (uitvoering met hulpmiddelen).

Beperkingen

Gedragsbeperkingen

- 1a bewustzijnsbeperkingen
- 1b relatiebeperkingen

Communicatiebeperkingen

- 2a beperkingen in het spreken
- 2b beperkingen in het luisteren

Beperkingen in de persoonlijke verzorging

- 3a beperkingen in het plassen en ontlasten
- 3b beperkingen in de persoonlijke hygiëne
- 3c beperkingen in het kleden
- 3d beperkingen in het eten/drinken en andere aspecten van de persoonlijke verzorging

Beperkingen in het voortbewegen

- 4a beperkingen in het voortbewegen
- 4b plaatsbindende beperkingen
- 4c andere beperkingen in het voortbewegen

Beperkingen in de lichaamsbeheersing

- 5a beperkingen in de huishoudelijke taken
- 5b beperkingen in de lichaamsbeweging
- 5c andere beperkingen in de lichaamsbeheersing

Vaardigheidsbeperkingen

- 6a beperkingen in de algemene routinebehandelingen
- 6b beperkingen in handvaardigheden
- 6c andere vaardigheidsbeperkingen

Situationele beperkingen

- 7a afhankelijkheid en beperking in het uithoudingsvermogen
- 7b beperkingen met betrekking tot het milieu
- 7c andere situationele beperkingen
- 8 beperkingen in bijzondere vaardigheden

Voorbeelden:

- '4' (beperkingen in het voortbewegen) komt in aanmerking als het gaat om gáán zitten of gáán staan;
- is het uithoudingsvermogen beperkt, dan komt categorie '7' in aanmerking;
- komt het probleem voort uit het gebruik van een inadequate stoel dan wordt '5' gescoord;

- bij beperkingen worden alle beperkingen gecodeerd die te maken hebben met de vraag, in volgorde van wat de ergotherapeut ermee kan aanvangen;
- de hoofdcategorieën (1-8) zijn het belangrijkste.

Handicaps

- 1 handicap in oriëntatievermogen
- 2 handicap in fysieke onafhankelijkheid
- 3 handicap in mobiliteit
- 4 handicap in bezigheden
- 5 handicap in sociale integratie
- 6 handicap in economische zelfstandigheid
- 7 andere handicaps

De eigen observatie van de ergotherapeut wordt genoteerd.

Reden beëindiging

Omschrijving reden beëindiging behandeling en codering.

- 1 opname ziekenhuis, verpleeghuis
- 2 hersteld/gewenst resultaat bereikt
- 3 overleden
- 4 verhuizing
- 5 hulpverlening overgedragen
- 6 weigering hulp
- 7 andere reden

BIJLAGE 2

Kwaliteit van leven formulier

VRAGENLIJST CLIËNTEN ERGOTHERAPIE

Personeelsnummer:.....

Volgnr cliënt:.....

VRAGEN CLIËNTEN ERGOTHERAPIE

Vanaf vandaag wordt u behandeld door een ergotherapeut. Wilt u de problemen waarvoor u bij de ergotherapeut in behandeling bent gekomen en waar u het **meeste last** van heeft hieronder opschrijven. U kunt maximaal twee problemen opschrijven

PROBLEEM 1.

.....
.....

Wilt u aangeven in hoeverre u de afgelopen week last heeft gehad van het hierboven genoemde probleem.
(omcirkel een rapportcijfer)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
geen										erg
last										veel
										last

PROBLEEM 2.

.....
.....

Wilt u aangeven in hoeverre u de afgelopen week last heeft gehad van het hierboven genoemde probleem.
(omcirkel een rapportcijfer)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
geen										erg
last										veel
										last

DEZE VRAGEN AAN HET EINDE VAN DE BEHANDELING INVULLEN.

Is de ergotherapiebehandeling afgelopen ja
 nee

Aan het begin van de behandeling gaf u aan het meeste last te hebben van de volgende problemen:

1)

2)

PROBLEEM 1.

.....

Wilt u aangeven hoeveel last u **de afgelopen week** heeft gehad van dit probleem ?
(omcirkel een rapportcijfer)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
geen										erg
last										veel
										last

Is er een verandering in dit probleem opgetreden sinds het begin van de ergotherapiebehandeling? (kruis een hokje aan)

Dit probleem is:

- volledig hersteld
- veel verbeterd
- enigszins verbeterd
- niet veranderd
- iets verslechterd
- erg verslechterd

PROBLEEM 2.

.....

Wilt u aangeven hoeveel last heeft u **de afgelopen week** heeft gehad van dit probleem (omcirkel een rapportcijfer)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
geen										erg
last										veel
										last

Is er een verandering in dit probleem opgetreden sinds het begin van de ergotherapie-behandeling? (kruis een hokje aan)

Dit probleem is:

- volledig hersteld
- veel verbeterd
- enigszins verbeterd
- niet veranderd
- iets verslechterd
- erg verslechterd

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING

BIJLAGE 3

Beperkingen en handicaps

BEPERKINGEN

Gedragsbeperkingen

Bewustzijnsbeperkingen

Beperking in het 'ik-besef'
Beperking in het tijds- en plaatsbesef
Andere identificatiebeperkingen
Beperkingen in het situationele gedrag
Beperking in het verwerven van kennis
Andere leerbeperkingen

Relatiebeperkingen

Beperking in de gezinsrol
Bezigheidsbeperking
Andere gedragsbeperkingen

Communicatiebeperkingen

Beperkingen in het spreken

Beperking in het begrijpen van het gesproken woord
Beperking in het praten
Andere beperkingen in het spreken

Beperkingen in het luisteren

Beperking in het luisteren naar het gesproken woord
Andere beperkingen in het luisteren

Beperkingen in het zien

Beperking in grove visuele taken
Beperking in fijne visuele taken
Andere beperkingen in het zien e.d.

Andere communicatiebeperkingen

Beperking in het schrijven
Andere communicatiebeperkingen

Beperkingen in de persoonlijke verzorging

Beperkingen in het plassen en ontlasten

Ondervangen continëntieprobleem
Niet ondervangen continëntieprobleem
Andere beperkingen in het plassen en ontlasten

Beperkingen in de persoonlijke hygiëne

Beperking in het baden
Andere beperkingen in de persoonlijke hygiëne

Beperkingen in het kleden

Beperking in het aan- en uitkleden
Andere beperkingen in het kleden

Beperkingen in het eten/drinken en andere aspecten van de persoonlijke verzorging

Beperking in bezigheden die samenhangen met het eten en drinken
Andere beperkingen in het eten en drinken
Andere beperkingen in de persoonlijke verzorging

Beperkingen in het voortbewegen

Beperkingen in het voortbewegen

Beperking in het lopen op een loopvlak zonder oneffenheden
Beperking in het lopen op een loopvlak met oneffenheden
Beperking in het traplopen
Beperking in het overwinnen van andere hoogteverschillen
Beperking in het hardlopen
Andere beperkingen in het lopen

Plaatsbindende beperkingen

Verplaatsingsbeperking
Vervoersbeperking

Andere beperkingen in het voortbewegen

Beperking in het (op)tillen
Andere beperkingen in het voortbewegen

Beperkingen in de lichaamsbeheersing

Beperkingen in de huishoudelijke taken

Beperking in het boodschappen doen en het verzorgen van de maaltijden
Beperking in andere huishoudelijke taken

Beperkingen in de lichaamsbeweging

Beperking in het (op)rapen/pakken
Beperking in het reiken
Andere beperkingen in het armgebruik
Beperking in het knielen
Beperking in het hurken
Andere beperkingen in de lichaamsbeweging

Andere beperkingen in de lichaamsbeheersing

Beperkingen in de lichaamshouding
Andere beperkingen in de lichaamsbeheersing

Vaardigheidsbeperkingen

Beperkingen in algemene routinebehandelingen

Beperking in het hanteren van de fysieke omgeving
Andere beperkingen in algemene routinehandelingen

Beperkingen in handvaardigheden

Beperking in de fijne vingerbeweging
Beperking in het grijpen
Beperking in het vasthouden
Beperking door linkshandigheid
Andere handvaardigheidsbeperkingen

Andere vaardigheidsbeperkingen

Beperking in de voetvaardigheid
Beperkingen in de beheersing van andere delen van het lichaam
Andere vaardigheidsbeperkingen

Situationele beperkingen

Afhankelijkheid en beperking in het uithoudingsvermogen

Afhankelijkheid van speciale voorwaarden
Beperking in het uithoudingsvermogen

Beperkingen met betrekking tot het milieu

Beperking in temperatuurtolerantie
Beperkingen in tolerantie voor andere klimatologische aspecten
Beperking in lawaaier tolerantie
Beperking in tolerantie met betrekking tot de verlichting
Beperking in werk-stresstolerantie
Beperking in tolerantie voor andere milieu-aspecten

Andere situationele beperkingen

Andere situationele beperkingen

Beperkingen in bijzondere vaardigheden

HANDICAPS

Handicap in oriëntatievermogen

Definitie

Oriëntatie is het vermogen van een individu om zijn plaats te bepalen in zijn omgeving.

Handicap in fysieke onafhankelijkheid

Definitie

Fysieke onafhankelijkheid is het vermogen van het individu een volgens gangbare opvattingen daadwerkelijk onafhankelijk bestaan te leiden.

Handicap in mobiliteit

Definitie

Mobiliteit is het vermogen van een persoon om zich effectief in zijn omgeving te kunnen verplaatsen.

Handicap in bezigheden

Definitie

Bezigheid is het vermogen van een individu zijn tijd te vullen op de wijze die gebruikelijk is voor zijn sekse, leeftijd en de cultuur waar hij deel van uit maakt.

Handicap in sociale integratie

Definitie

Het sociale integratievermogen is het vermogen van een persoon om aan gebruikelijke sociale relaties deel te nemen en deze in stand te houden.

Handicap in economische zelfstandigheid

Definitie

Economische zelfstandigheid is het vermogen van een persoon tot instandhouding van de gebruikelijke socio-economische activiteit en onafhankelijkheid.

Andere handicaps

Definitie

Andere omstandigheden die nadelen kunnen veroorzaken.

BIJLAGE 4

Problemen aangegeven door patiënten

Somatische problemen

Gestoorde functie van delen van het lichaam

Sensibiliteitsstoornis

Pijn

Overige sensore stoornissen

Decubitus

Rugklachten

Nekklachten

Kortademig

Visus

Communicatiebeperkingen

Schrijven

Beperkingen in de persoonlijke verzorging

Toiletgang

Douchen/wassen

Kleden

Eten/drinken

Beperkingen in het voortbewegen

Transfers

Lopen binnenshuis

Lopen buitenshuis

Vervoersbeperking

In/uit bed komen

Beperkingen in de lichaamsbeweging

Motorische vaardigheden

Onderhoud woonruimte

Uitvoeren huishoudelijke taken

Verzorgen maaltijd

Verzorgen huisgenoten

Langdurig zitten

Vervoeren spullen binnenshuis

Problemen langdurig staan

Vaardigheidsbeperkingen

Hanteren fysieke omgeving

Situationele beperkingen

Problemen verstrekte hulpmiddelen

Rol van zelfverzorger

Beroepsrol

Uitleentermijn hulpmiddelen verstreken

Beperkingen in bijzondere vaardigheden

Tijdsbesteding

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Behoefteraming ergotherapeuten 1993

Auteurs: Hingstman, L., J. Harmsen, M.J. Driessen

Utrecht: NIVEL, 1994, 58 pag., fl. 13,00

De aanleiding tot het uitvoeren van een behoefteraming ergotherapeuten is in eerste instantie ingegeven door signalen uit het veld over structurele tekorten aan ergotherapeuten binnen een aantal werkvelden en in een aantal regio's van ons land. In deze werkvelden en regio's kunnen opengevallen vacatures niet of met moeite worden ingevuld. De tweede reden voor dit onderzoek is de verwachte verandering van de toekomstige vraag naar ergotherapeutische zorg. Door de toenemende vergrijzing zal de vraag naar ergotherapeutische zorg toenemen. Daarbij wordt er een sterke groei verwacht in de eerste lijn. Het beleid van de overheid is er immers op gericht thuiszorg te stimuleren en daarmee de zelfstandigheidsbevorderende, in plaats van de afhankelijk makende, dienstverlening centraal te stellen. De derde reden om een behoefteraming uit te voeren is de verwachte toename van de vraag naar ergotherapeutische zorg als gevolg van de ARBO-wetgeving (arbeidsomstandigheden) en de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Het doel van de onderhavige studie is inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in vraag en aanbod binnen de ergotherapie en het op basis daarvan bepalen van de toekomstige opleidingscapaciteit, zodat vraag en aanbod in de toekomst goed op elkaar aansluiten.

Functie en plaats van ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg

Auteurs: M.J.Driessen, J.Dekker

NIVEL, 1994, 138 pag., fl. 25,00

In opdracht van het Ministerie van WVC is door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijksgezondheidszorg (NIVEL) onderzoek verricht naar de functie en plaats van vier paramedische beroepen, te weten: oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, podotherapie en ergotherapie. Het doel van het onderzoek was het verkrijgen van een kwantitatieve beschrijving van de beroepsuitoefening en van de relatie tussen verwijzers en beroepsbeoefenaren.

Het onderzoek bestond uit twee delen: een schriftelijke enquête onder beroepsbeoefenaren en registratie van patiënten door beroepsbeoefenaren. Bij elk van de vier beroepsgroepen is een dergelijk enquête-onderzoek en een registratie-onderzoek uitgevoerd.

Het onderzoek heeft bij elk van de beroepsgroepen geresulteerd in een beschrijving en analyse van:

algemene kenmerken van de beroepsbeoefenaren (leeftijd, geslacht e.d.); werksituatie (werksetting, omvang van de werkzaamheden, e.d.); taakuitoefening (het type werkzaamheden); aard en aantal verwijzers; contact met verwijzers; het aantal nieuwe patiënten; algemene kenmerken van deze patiënten; medische diagnose; resultaten van het eigen diagnostisch onderzoek door de beroepsbeoefenaar in termen van stoornissen, beperkingen en/of handicaps; behandeldoelen; aard van de interventies; de relatie tussen behandeldoelen en de keuze van een interventie; de duur van de behandeling en het aantal zittingen.

Behalve een serie artikelen over deze onderwerpen is per beroepsgroep een samenvatting van de belangrijkste resultaten geschreven.