

INVENTARISATIE EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE 1996

**M.J. Driessen
J. Harmsen
J. Dekker
W. Bosveld
L. Hingstman**

Mei 1996



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

**Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 2319946**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Driessen, M.J.

Inventarisatie extramurale ergotherapie 1996 / M.J. Driessen, J. Harmsen, J. Dekker, W. Bosveld, L. Hingstman. - Utrecht: NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-296-2

Trefw.: ergotherapie

VOORWOORD

In het voorliggende rapport wordt verslag gedaan over een onderzoek waarin de aard en omvang van de extramurale ergotherapie anno 1996 in kaart wordt gebracht.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft subsidie verleend voor het uitvoeren van dit onderzoek.

De uitvoering van dit onderzoek werd begeleid door een commissie bestaande uit:

- de heer Th.A.G. Koekenbier namens de Inspectie van de Gezondheidszorg (voorzitter)
- mevrouw W.W.A.A. de Geus namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- mevrouw H.M. van Woerden namens de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
- de heer T.J. Braam namens de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie

De auteurs willen hier hun dank uiten voor de zeer constructieve inbreng van de commissieleden.

Dank gaat ook uit naar alle ergotherapeuten die bereid waren in het onderzoek te participeren. Zij hebben op deze wijze een belangrijke bijdrage geleverd aan de beschrijving van de extramurale ergotherapie.

INHOUD

pag.

1. INLEIDING	7
1.1 Achtergronden	7
1.2 Definitie extramurale ergotherapie	7
1.3 Vraagstellingen	9
1.4 Methode	9
1.4.1 De enquête	9
1.4.2 Onderzoekspopulatie	10
1.4.3 Respons	10
1.5 Analysegegevens	11
1.6 Opbouw van het rapport	11
2. AANBOD EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE	13
2.1 Instellingen en werkzaam	13
2.2 Ontwikkeling	15
2.3 Spreiding	15
2.4 Financiering	17
3. KENMERKEN VAN PATIËNTEN	19
3.1 Algemene karakteristieken	19
3.2 Verwijzers	21
3.3 Medische diagnose	23
4. KENMERKEN VAN DE EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE- BEHANDELING	27
4.1 Behandeldoelen	27
4.2 Interventies	28
4.3 Andere kenmerken van de behandeling	30
4.4 Oordeel van de ergotherapeut over het resultaat van de behandeling	31
5. SAMENWERKING EN AFSTEMMING MET ANDERE DIS- CIPLINES	35
5.1 Overleg met andere disciplines	35
5.2 Onderwerpen van overleg	36
6. EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE IN DRIE TYPEN INSTELLINGEN	39
6.1 Algemene patiëntkarakteristieken	39
6.2 Kenmerken van de ergotherapiebehandeling	40
6.3 Samenwerking en afstemming met andere disciplines	45
7. TOEKOMSTPERSPECTIEVEN	47
7.1 Geschatte behoefte op korte termijn	47
7.2 Geschatte behoefte op lange termijn	49
7.3 Conclusie	52

Vervolg Inhoud

pag.

8. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

53

LITERATUUR

59

BIJLAGE I: Vragenlijst extramurale ergotherapie

61

1 INLEIDING

1.1 Achtergronden

In Nederland werken de meeste ergotherapeuten (90%) in de intramurale gezondheidszorg. De werkplekken waar de meeste ergotherapeuten werkzaam zijn, zijn verpleeghuizen (33,7%), revalidatiecentra (24,7%), algemene/academische ziekenhuizen, (15,1%) en psychiatrische instellingen (7,7%) (Driessen en Dekker, 1994). De extramurale ergotherapie vertoont de laatste jaren een sterke groei. Er zijn diverse instellingen die extramurale ergotherapie aanbieden bijvoorbeeld verpleeghuizen, revalidatiecentra, kruiswerk, ziekenhuizen, psychiatrische instellingen en daarnaast zijn er ook vrijgevestigde praktijken ergotherapie opgezet. Gezien de doelstelling van de ergotherapie ".. dat hulpvragers zo zelfstandig mogelijk in hun eigen omgeving kunnen functioneren.." is deze ontwikkeling vanuit *beroepsinhoudelijke* overwegingen een goede ontwikkeling. Het oefenen en adviseren kan op deze manier in de thuissituatie plaatsvinden zodat de (op)nieuw geleerde, dagelijkse vaardigheden in de thuissituatie worden geïntegreerd. De ergotherapeut hoeft dan geen gebruik te maken van de kunstmatig opgezette situatie in de instelling.

Ook vanuit de achtergrond van *toegankelijkheid* van zorg is het wenselijk dat extramurale ergotherapie beschikbaar is. Nu is ergotherapie vooral intramuraal en als onderdeel van een pakket van verschillende vormen van zorg beschikbaar. Hierdoor wordt de toegankelijkheid van ergotherapie belemmerd. Anders dan bij andere paramedische beroepen zoals de fysiotherapie, oefentherapie-Mensendieck/-Cesar of logopedie is de ergotherapie geen verstrekking in het kader van de ziekenfondswet. Recent is hierin echter verandering gekomen: in het Financieel Overzicht Zorg (FOZ, 1996) is aangegeven dat er in 1996 5 miljoen en in 1997 en volgende jaren f 12 miljoen per jaar beschikbaar komt voor extramurale ergotherapie. Hoewel nog niet duidelijk is op welke wijze dit geld verdeeld zal gaan worden zal dit een impuls geven aan de verdere groei van extramurale ergotherapie.

Bij gebrek aan duidelijke regelingen heeft de extramurale ergotherapie zich de laatste jaren ontwikkeld zonder dat er zicht is op de omvang en de aard van extramurale ergotherapie. Het doel van dit onderzoek is zicht te verkrijgen op de huidige omvang en inhoud van extramurale ergotherapie en op de toekomstverwachting voor de extramurale ergotherapie.

1.2 Definitie extramurale ergotherapie

Onder extramurale ergotherapie wordt in dit onderzoek dié vorm van ergotherapie verstaan:

- waarbij ergotherapeuten buiten de instelling, patiënten thuis behandelen.
- waarbij ergotherapeuten in hun eigen praktijk patiënten behandelen.
- waarbij ergotherapeuten patiënten behandelen binnen de verrichting enkelvoudige poliklinische ergotherapie.

Met enkelvoudige poliklinische ergotherapie wordt bedoeld de poliklinische ergotherapie waarvoor **geen** tarief bestaat en welke dus niet als aparte post in de instelling geregistreerd wordt. Dit omdat ergotherapie geen eigen tarief heeft en dus de financier

ergotherapie niet als afzonderlijke verstrekking mag betalen. In de praktijk zijn verschillende constructies ontworpen om enkelvoudige poliklinische ergotherapie mogelijk te maken, bijvoorbeeld door financiering vanuit het budget van het ziekenhuis of door financiering onder een andere noemer. Het gaat nadrukkelijk **niet** om de revalidatiedagbehandeling waarvoor wel een tarief bestaat.

Opgemerkt moet worden dat deze laatste vorm van extramurale ergotherapie aanvankelijk niet onderkend was; in de loop van het onderzoek bleek deze categorie ten onrechte niet meegenomen te zijn: bij het ontbreken van een regeling voor behandeling aan huis c.q. in de eigen praktijk, wordt gebruikgemaakt van enkelvoudige poliklinische ergotherapie om patiënten extramuraal te behandelen. Daarom is - in overleg met de begeleidingscommissie - dit aspect toegevoegd aan de definitie extramurale ergotherapie.

Enkele voorbeelden van extramurale ergotherapie worden hierna gegeven:

Patiënt 1

Een vrouw van 84 jaar met een ernstige artrose aan beide heupen en artritis van de rechterknie wordt aangemeld bij de ergotherapeut van het kruiswerk. Mevrouw is herstellende van een bovenbeenbreuk en kan door haar beperkingen thuis niet zelfstandig (veilig) functioneren. Een (tijdelijke) opname in een verpleeghuis wordt overwogen. Mevrouw geeft aan dat zij thuis wil blijven wonen. De ergotherapeut analyseert de woonomgeving van mevrouw en geeft een advies voor een goede stoel en voor enkele aanpassingen van de woning.

Patiënt 2

Een jongen van zeven jaar wordt door de huisarts verwezen naar een praktijk voor ergotherapie. Als reden voor verwijzing wordt het volgende aangegeven: fijne-motoriekproblemen, schrijfproblematiek en faalangstig. Na ergotherapeutisch onderzoek blijkt als onderliggende oorzaak een onderontwikkeld vestibulair- en proprioceptief systeem, een onvoldoende integratie van het links-rechts onderscheid, problemen met gelijktijdig en snelheid van bewegen en een onvoldoende motorplanning.

In de ergotherapiebehandeling heeft sensorische integratietherapie centraal gestaan en is er regelmatig contact met de school van de jongen geweest. Na het beëindigen van de behandeling heeft hij zijn bewegingen beter onder controle, plezier in het bewegen en meer zelfvertrouwen. Op school wordt hij goed opgevangen en het onderwijs kan zonder extra hulp van een remedial teacher worden voortgezet.

Patiënt 3

Een vrouw van 58 jaar heeft een CVA gehad en is aan haar linkerzijde verlamd. Na anderhalve maand ziekenhuisopname stond vast dat mevrouw gerevalideerd zou gaan worden in een revalidatiecentrum. Mevrouw wilde naar huis. Alleen toen bekend werd dat er thuis adequate hulp geboden kon worden, is door de neuroloog ingestemd met ontslag naar huis. Deze adequate hulp hield in dat mevrouw één maal per week ergotherapie, twee maal per week fysiotherapie, vijf maal per week wijkverpleging thuis en daarnaast hulp van man en kinderen kreeg. De ergotherapeut heeft zich gericht op het opnieuw aanleren van vele dagelijkse handelingen, zoals: primaire activiteiten van het dagelijks leven (onder andere wassen/kleden, in- en uit bed komen), keukenactiviteiten (koffie zetten, brood- en warme maaltijd verzorgen, afwassen), verplaatsen buiten opnieuw mogelijk maken met rolstoel en aangepaste auto, hobby's opnieuw aanleren, instructie aan mevrouw en haar directe omgeving.

1.3 Vraagstellingen

De vraagstellingen die in dit onderzoek centraal staan zijn de volgende:

- a. Wat is de omvang van extramurale ergotherapie qua fte's, vanuit welke instelling vinden activiteiten plaats en via welke geldstromen wordt dit betaald ?
- b. Wat zijn de kenmerken van de patiënten die in de extramurale ergotherapie behandeld worden in termen van sociaal demografische karakteristieken, medische diagnose en wie verwijst patiënten naar de ergotherapie ?
- c. Wat zijn de kenmerken van de behandelingen die door de ergotherapeuten worden gegeven, hoe lang duren de behandelingen en wat is het oordeel van de ergotherapeut over het effect van de behandeling ?
- d. Hoe heeft de vraag naar en het aanbod van extramurale ergotherapie zich in de afgelopen jaren ontwikkeld; wat zijn de verwachtingen ten aanzien van de toekomstige vraagontwikkeling en hoe groot moet het aanbod zijn om aan deze vraag te kunnen voldoen ?
- e. In welke mate vindt samenwerking en afstemming plaats tussen de ergotherapeuten en de andere (thuiszorg)disciplines.

1.4 Methode

1.4.1 De enquête

Voor het verzamelen van de gegevens is een enquête ontwikkeld (zie bijlage 1). De enquête bevat een algemeen gedeelte en een patiëntgedeelte.

In het *algemene gedeelte* worden vragen gesteld over het type instelling waar de ergotherapeut werkzaam is, de grootte van de afdeling (qua fte's en qua aantal ergotherapeuten) en de omvang van de werkzaamheden ten behoeve van extramurale ergotherapie. Daarnaast worden vragen gesteld over de ontwikkeling van de extramurale ergotherapie in de afgelopen vijf jaar. Geïnventariseerd wordt of en hoe het gemiddeld aantal fte's en het gemiddeld aantal patiënten de afgelopen vijf jaar is veranderd. Voorts zijn vragen gesteld over de financiering van de extramurale ergotherapie, welke oplossingen worden aangewend als de vraag naar extramurale ergotherapie groter is dan het aanbod van extramurale ergotherapie. Tot slot zijn vragen gesteld over de te verwachten groei tot het jaar 2000, welke redenen men als de oorzaak ziet voor deze groei, de vacatures op de afdeling/praktijk en of er door het ontbreken van extramurale ergotherapie bepaalde patiëntengroepen langer opgenomen moeten blijven in de instelling.

Het *patiëntgedeelte* is afgeleid van het onderzoek naar functie en plaats van ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg (Driessen et al., 1994) en van het registratieformulier dat is gebruikt door de Stichting Amsterdams Kruiswerk (SAK, 1993).

In het patiëntgedeelte worden gegevens verzameld over:

- sociaal demografische kenmerken van de patiënten (geboortedatum, geslacht en verzekeringsvorm)
- verwijzgegevens (wie is de verwijzer, welke medische/psychiatrische diagnose wordt gegeven)

- ergotherapeutische behandeling (behandeldoelen (in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps), interventies, uitgangspunten van de behandeling, duur van behandeling, verdeling van direct- en indirect patiëntgebonden werkzaamheden)
- oordeel van ergotherapeuten over het effect van de behandeling.
- overleg met andere hulpverleners en inhoud van overleg.

1.4.2 Onderzoekspopulatie

Het doel van het onderzoek was om alle instellingen/praktijken waar ergotherapeuten werkzaam zijn te betrekken bij het onderzoek. Door de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE, 1992) is een lijst uitgebracht waarop instellingen vermeld zijn waarvan bij de NVE bekend is dat er ergotherapeuten werken. In totaal zijn dit 651 instellingen. Daarnaast heeft de sectie vrijevestigden van de NVE een lijst samengesteld waarop alle praktijken ergotherapie voorkomen zoals die bij de sectie zijn aangemeld. In totaal zijn dit 53 praktijken.

De enquête is dus naar 704 adressen gestuurd. In totaal zijn 2 reminders gestuurd naar degenen die binnen de afgesproken tijdstippen nog niet gereageerd hadden.

Zoals eerder vermeld is tijdens het onderzoek de definitie van 'extramurale ergotherapie' verder aangescherpt. Reacties uit het veld hebben er toe geleid de enkelvoudige poliklinische ergotherapie ook op te nemen in het onderzoek en de gegevensverzameling niet te beperken tot patiënten die in thuissituatie/praktijk worden behandeld. Derhalve is - na afloop van de periode waarin de eerste enquête teruggestuurd kon worden - nogmaals een enquête gestuurd over enkelvoudige poliklinische ergotherapie. Deze is verstuurd aan alle ziekenhuizen en revalidatiecentra uit de 'instellingenlijst'.

De inhoud van deze laatste enquête was identiek aan de inhoud van de eerste enquête, echter het woord extramurale ergotherapie was vervangen door enkelvoudig poliklinische ergotherapie. Aan de instellingen is gevraagd de enquête binnen twee weken te retourneren. Er is na het verstrijken van deze twee weken een telefonische rappel uitgevoerd. De tijd om te retourneren is hiermee met nog een week verruimd. Het project liet -gezien de beperkte doorlooptijd- geen ruimte om dit nog verder uit te breiden.

1.4.3 Respons

Voordat de respons berekend kan worden zijn er een aantal opmerkingen belangrijk. Op de eerst plaats bleek dat de instellingenlijst verouderde gegevens bevatte, dat wil zeggen dat er geen ergotherapeuten meer werkzaam waren op afdelingen die waren aangeschreven of dat afdelingen niet meer bestonden c.q. gefuseerd waren met een andere instelling. Daarnaast bevatte de instellingenlijst veel dubbele instellingen. Veel instellingen zijn twee of soms meer keer vermeld onder verschillende noemers zoals kliniek, dagbehandeling, volwassenen, kinderen etc. Daarbij gaat het in sommige instellingen om een organisatorisch onderscheid van afdelingen en in andere instellingen niet.

Naar aanleiding van de enquête is 62 keer gemeld dat een afdeling ergotherapie niet meer bestond of in een andere afdeling opgegaan was. Daarnaast is 63 keer aangegeven dat er geen organisatorische scheiding met een andere afdeling bestond (er is dan één enquête ingevuld en geretourneerd).

Er zijn 704 instellingen/praktijken aangeschreven. In 15 gevallen kwam de enquête als onbestelbaar terug. In 62 gevallen werd gemeld dat de afdeling niet meer bestond en in 63 gevallen bleek er geen organisatorische scheiding met een andere afdeling te bestaan. In totaal is vanuit 474 instellingen een enquête geretourneerd. Dit betekent dat de netto respons 84% bedraagt ($474/(704-15-62-63)=84\%$).

1.5 Analyse van de gegevens

De resultaten van het onderzoek zijn weergegeven met behulp van beschrijvende statistiek. Verschillen worden getoetst met behulp van de Chi-kwadraat methode ($\alpha=0.05$). De toets wordt 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).

1.6 Opbouw van het rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt het huidige aanbod van extramurale ergotherapie beschreven. Hoofdstuk 3 tot en met 6 beschrijven de aard van de zorgverlening in de extramurale ergotherapie. Hierbij wordt in hoofdstuk 3 aandacht besteed aan kenmerken van patiënten. In hoofdstuk 4 komen de kenmerken van de ergotherapie behandelingen aan de orde. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de samenwerking/afstemming tussen ergotherapie en andere (thuiszorg) disciplines. Hoofdstuk 6 gaat in op de verschillen tussen de drie (verpleeghuizen, ziekenhuizen/revalidatiecentra en de vrijevestigde praktijk). Het gaat om de verschillen in patiëntkarakteristieken en ergotherapiebehandelingen.

In hoofdstuk 7 wordt het toekomstperspectief van extramurale ergotherapie geschetst en tot slot geeft hoofdstuk 8 een samenvatting en conclusies.

2 AANBOD EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE

In dit hoofdstuk zal allereerst worden ingegaan op het aantal instellingen* van waaruit extramurale ergotherapie plaatsvindt. Vervolgens zullen het aantal extramuraal werkzame ergotherapeuten en het aantal fte naar type instelling worden aangegeven. Het hoofdstuk zal worden afgesloten met een beschrijving van de ontwikkeling van het aanbod van extramurale ergotherapie in de afgelopen jaren, spreiding over Nederland en de wijze van financiering.

2.1 Instellingen en werkzame ergotherapeuten

Van alle instellingen waar ergotherapeuten werkzaam zijn, blijkt 45% extramurale ergotherapie aan te bieden. Tabel 2.1 laat zien hoe groot dit aandeel per type instelling is.

Tabel 2.1: Instellingen van waaruit werkzaamheden ten behoeve van extramurale ergotherapie worden verricht in 1996

	Aantal	Van waaruit extramurale ergotherapie	
		abs	%
Verpleeghuis ¹	197	133	68
Algemeen ziekenhuis somatiek	60	15	25
Academisch ziekenhuis somatiek	8	3	38
PAAZ	8	1	13
Revalidatiecentrum	41	11	27
Psychiatrische instelling	32	3	9
Instelling verstandelijk gehandicapten	53	5	9
Scholen	16	1	6
Vrijgevestigde praktijk	37	25	68
Kruiswerk	8	7	88
Overig	14	7	50
Totaal	474²	211²	45

¹ Waaronder verzorgingshuizen.

² Bij een respons van 84%.

Vanuit 68% van de verpleeghuizen in Nederland wordt extramurale ergotherapie verleend. Ook beschikken meer dan de helft van de vrijgevestigde praktijken en instellingen voor kruiswerk over extramurale ergotherapie. (Vrijgevestigde praktijken die géén extramurale ergotherapie aanbieden, verrichten in het merendeel van de gevallen werkzaamheden in het kader van de WVG.) Vanuit psychiatrische instellingen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en scholen is nauwelijks extramurale ergotherapie beschikbaar (minder dan 10%). Wordt gekeken naar het aantal extramuraal werkzame ergotherapeuten en full-time equivalenten (fte), dan blijkt eveneens een meerderheid vanuit verpleeghuizen werkzaam te zijn (tabel 2.2).

* Deze aanduiding geldt eveneens voor een afdeling of praktijk.

Tabel 2.2: Relatieve verdeling van het aantal ergotherapeuten en fte dat extramuraal of in het kader van de WVG werkzaam is, naar werkveld in 1996

	Ergotherapeuten		Fte	
	Extramuraal (%)	WVG (%)	Extramuraal (%)	WVG (%)
Verpleeghuis ¹	62,6	47,1	56,5	35,1
Algemeen ziekenhuis somatiek	8,9	13,6	3,8	6,0
Academisch ziekenhuis somatiek	3,9	2,7	5,2	3,5
PAAZ	0,2	-	0,1	-
Revalidatiecentrum	5,9	19,1	6,4	32,8
Psychiatrische instelling	1,6	-	2,9	-
Instelling verstandelijk gehandicapten	1,4	5,4	0,1	2,8
Scholen	0,2	1,6	0,1	1,0
Vrijgevestigde praktijk	8,0	4,3	12,6	11,0
Kruiswerk	4,1	4,3	6,6	5,3
Overig	3,2	1,9	5,7	2,5
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Totaal absoluut</i>	<i>438</i>	<i>257</i>	<i>133,6</i>	<i>80,0</i>
<i>Totaal absoluut (gecorrigeerd)</i>	<i>521</i>	<i>306</i>	<i>159,0</i>	<i>95,2</i>

¹ Waaronder verzorgingshuizen.

Wanneer wordt gecorrigeerd voor een non-respons van 16%, blijkt dat sprake is van circa 521 extramuraal werkzame ergotherapeuten, waarvan bijna tweederde (62,6%) verbonden is aan een verpleeghuis. Na correctie voor de non-respons blijkt het totaal aantal fte extramurale ergotherapie 159 te bedragen, waarvan ruim 56% vanuit verpleeghuizen en 13% vanuit vrijgevestigde praktijken. Op basis van deze aanbodgegevens betekent dit dat een extramuraal werkzame ergotherapeut gemiddeld 0.31 fte vervult. Dit betekent gemiddeld ruim 12 uur per week.”

Naast extramurale ergotherapie verrichten 306 ergotherapeuten (95 fte) werkzaamheden in het kader van de WVG. Voor het merendeel betreft dit werkzaamheden vanuit verpleeg/verzorgingshuizen of revalidatiecentra. WVG-werkzaamheden en extramurale ergotherapie verhouden zich volgens een ratio van 35:65. Ten behoeve van de inventarisatie extramurale ergotherapie zal in het vervolg van dit rapport alleen worden uitgegaan van de groep extramuraal werkzame ergotherapeuten en worden WVG-werkzaamheden buiten beschouwing gelaten.

Van de in totaal 159 fte extramurale ergotherapie wordt ruim 13 fte (8,4%) aangewend ten behoeve van enkelvoudige poliklinische ergotherapie, met name binnen ziekenhuizen en revalidatiecentra. Aan de afdelingen met enkelvoudige poliklinische ergotherapie is gevraagd aan te geven of een deel van de patiënten die momenteel in het kader van enkelvoudige poliklinische ergotherapie worden behandeld, ook in de thuissituatie behandeld zou kunnen worden.

** Bovengenoemde cijfers zijn gecontroleerd aan de hand van - voorlopige - resultaten uit het 'Registratieproject ergotherapeuten', een project dat in 1995 bij het NIVEL van start is gegaan. De gegevens en resultaten betreffende het aanbod van de extramurale ergotherapie vertonen sterke overeenkomsten met de uitkomsten van het onderhavige onderzoek 'Inventarisatie extramurale ergotherapie 1996'. Deze overeenkomsten wijzen op de validiteit van de verkregen gegevens.

Door de respondenten werd aangegeven dat eenderde van de enkelvoudig poliklinische ergotherapiepatiënten in de thuissituatie zou kunnen worden behandeld en dat tweederde aangewezen is op behandeling in de polikliniek. Indien men aangeeft aangewezen te zijn op de polikliniek, dan houdt dit veelal in dat men gebruik moet maken van de speciale outillage van de afdeling c.q. de specifieke kennis die op de afdeling aanwezig is. Over patiëntengroepen die voor thuis- danwel poliklinische behandeling in aanmerking komen bestaat voor een groot deel consensus. De meeste respondenten geven aan dat patiënten met multiple sclerose, reumatoïde artritis, parkinson, artrose en ALS voor behandeling in de thuissituatie in aanmerking komen. Voor patiënten met handletsels, post traumatische dystrofie en whiplash is de polikliniek de meest aangewezen plaats. Over CVA-patiënten is men het niet eens; ongeveer de helft geeft aan dat zij thuis behandeld kunnen worden, terwijl de andere helft van mening is dat dit op de polikliniek moet plaatsvinden.

2.2 Ontwikkeling

Het aanbod van extramurale ergotherapie blijkt in de afgelopen jaren sterk gegroeid te zijn. Tot 1980 was slechts 2% van het huidig aantal instellingen met extramurale ergotherapie gestart. In 1990 was dit opgelopen tot 26%, waarna de resterende 74% in de afgelopen vijf jaar van start is gegaan. Deze sterke stijging is nog eens als index weergegeven in tabel 2.3. In deze tabel is eveneens de ontwikkeling van het bijbehorende aantal fte extramurale ergotherapie weergegeven.

Tabel 2.3: Ontwikkeling van het aantal fte dat per week voor **extramurale ergotherapie** beschikbaar is en het aantal instellingen, vanaf 1990

	Extramurale ergotherapie	
	Fte, index	Instellingen, index
1990	100 (N=28,6)	100 (N=65)
1991	132	129
1992	186	178
1993	227	211
1994	363	253
1995	412	291
1996	556	384

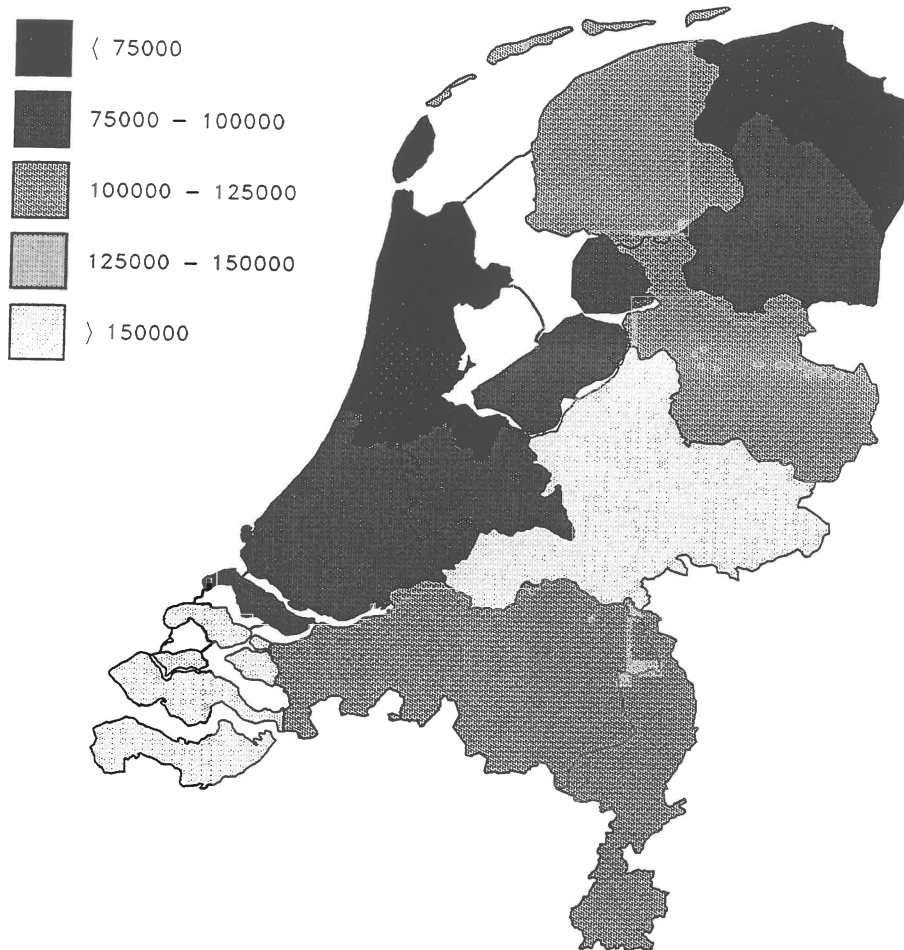
Het aantal fte blijkt in zes jaar tijd met een factor van ruim vijf te zijn toegenomen. Het aantal instellingen met extramurale ergotherapie vertoont een groei met een factor van bijna vier. Omdat afdelingen meestal uit meer personen bestaan is het begrijpelijk dat de groei van het aantal fte groter is dan de groei van het aantal instellingen met extramurale ergotherapie.

2.3 Spreiding

Voor het bepalen van de regionale spreiding van extramurale ergotherapie is voor elke provincie het aantal inwoners afgezet tegen het totaal aantal fte extramurale ergotherapie.

Gemiddeld was er begin 1996 voor geheel Nederland sprake van 97.343 inwoners per één fte extramurale ergotherapie. Tussen de provincies zijn grote verschillen waar te nemen, zoals figuur 2.1 laat zien.

Figuur 2.1: Inwoners per fte extramurale ergotherapie naar provincie in 1996



In Groningen (59.000) en Noord-Holland (74.000) is het aanbod van extramurale ergotherapie ten opzichte van het aantal inwoners het grootst. Ook in Utrecht, Flevoland, Zuid-Holland en Drenthe ligt het aanbod extramurale ergotherapie boven het landelijk gemiddelde. In Zeeland (179.000) en Gelderland (159.000) is het aanbod van extramurale ergotherapie begin 1996 gering.

In tabel 2.4 is het aantal fte extramurale ergotherapie naar provincie weergegeven, uitgesplitst naar de verdeling van fte over verzorgingshuizen, vrijgevestigde praktijken en overige instellingen.

Tabel 2.4: Fte extramurale ergotherapie en relatieve verdeling per type instelling, naar provincie in 1996

	Verdeling extramurale ergotherapie				Totaal
	Fte totaal	Verpleeghuizen	Vrijgevestigde praktijken	Overige instellingen	
Groningen	9.4	7%	44%	49%	100%
Friesland	5.6	100%	0%	0%	100%
Drenthe	4.8	100%	0%	0%	100%
Overijssel	8.9	53%	17%	30%	100%
Flevoland	3.2	100%	0%	0%	100%
Gelderland	11.8	80%	19%	1%	100%
Utrecht	12.9	31%	29%	40%	100%
Noord-Holland	33.5	50%	24%	26%	100%
Zuid-Holland	36.7	70%	2%	29%	100%
Zeeland	2.1	51%	26%	23%	100%
Noord-Brabant	20.6	52%	4%	45%	100%
Limburg	9.5	28%	17%	54%	100%
Nederland	159.0	56%	13%	31%	100%

In de provincie Groningen, met het *relatief*^{***} grootste aantal fte's extramurale ergotherapie, blijkt nauwelijks vanuit verpleeghuizen extramurale ergotherapie te worden aangeboden (7%), maar vooral vanuit vrijgevestigde praktijken en overige instellingen (zoals ziekenhuizen en kruiswerk). Ook in de provincies Limburg en Utrecht vormen verpleeghuizen als aanbieder van extramurale ergotherapie een minderheid. Voor de overige provincies geldt dat verpleeghuizen veruit het meest extramurale ergotherapie verstrekken. In Friesland, Drenthe en Flevoland is dit zelfs 100%.

2.4 Financiering

Financiering van extramurale ergotherapie vindt voor een groot deel plaats via substitutiegelden (37,7%)^{****}, gevolgd door financiering via AWBZ-gelden (14,5%). Overige

^{***} Gerelateerd aan het aantal inwoners.

^{****} Substitutiegelden zijn die gelden die door een verpleeghuis ter beschikking worden gesteld om mensen die thuis wonen maar wel een verpleegindicatie hebben te kunnen behandelen.

financiële bronnen zijn bijvoorbeeld consultatiegelden^{****} en financiering vanuit verzekeraars (tabel 2.5).

Tabel 2.5: Relatieve verdeling van financieringsvormen voor extramurale ergotherapie bij verpleeghuis, vrijgevestigde praktijk en totaal

Financiering door	Verpleeghuis	Vrijgevestigde praktijk	Overig	Totaal
	% (N=159)	% (N=30)	% (N=62)	% (N=251)
Substitutiegelden	53,1	0,2	16,1	37,7
AWBZ-gelden	16,3	3,5	15,2	14,5
Consultatiegelden	13,9	-	6,1	10,3
Ziekenfonds	6,7	8,0	12,9	8,4
Particuliere verzekeraar	-	38,8	11,3	7,4
Patiënt zelf	-	32,1	6,8	5,5
Ziekenhuisbudget	-	3,8	9,2	2,7
Overig	10,0	13,6	22,4	13,5
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

Uitsplitsing naar verpleeghuis en vrijgevestigde praktijk (deze vormen in totaal ruim 75% van de instellingen met extramurale ergotherapie) laat zien dat extramurale ergotherapie vanuit verpleeghuizen vooral gefinancierd wordt door substitutiegelden (53%), AWBZ-gelden en consultatiegelden. Extramurale ergotherapie in een vrijgevestigde praktijk wordt daarentegen met name gefinancierd door particuliere verzekeraars (39%) of de patiënt zelf (32%).

^{****} Consultatiegelden zijn die gelden die aangewend kunnen worden voor het verstrekken van adviezen aan andere disciplines ten behoeve van de behandeling van de patiënt (in principe een eenmalige actie).

3 KENMERKEN VAN PATIËNTEN

In dit hoofdstuk worden de karakteristieken van de patiënten die zijn behandeld in het kader van 'extramurale ergotherapie' beschreven. Onderwerpen die hierbij aan de orde komen zijn het type instelling van waaruit deze patiënten zijn behandeld, de leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van de patiënten, wie deze patiënten verwezen heeft naar de ergotherapie en tot slot, welke medische/psychiatrische diagnoses bij deze patiënten gesteld zijn. De totale groep patiënten die in deze analyses is meegenomen bedraagt 867.

3.1 Algemene karakteristieken

Het merendeel van de patiënten wordt, zoals blijkt uit tabel 3.1, behandeld vanuit verpleeghuizen (63,1%) gevolgd door vrijgevestigde praktijken (17,2%). Ook laat tabel 3.1 zien dat er vanuit psychiatrische instellingen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en academische ziekenhuizen weinig patiënten extramuraal worden behandeld.

Tabel 3.1: Verdeling van patiënten verdeeld over type instelling (N=867)

Instellingen	N	%
Verpleeghuizen*	539	63,1
Vrijgevestigde praktijk	147	17,2
Algemeen ziekenhuis	50	5,8
Revalidatiecentrum	42	4,9
Kruiswerk	28	3,3
Psychiatrische instelling	10	1,2
Instelling verstandelijk gehandicapten	13	1,5
Academisch ziekenhuis	5	0,6
PAAZ	5	0,6
Overig	15	1,8
Totaal	854	100,0

* Hieronder vallen ook verzorgingshuizen.
(Missende waarden ten aanzien van type instelling N=13).

Het merendeel van de patiënten is vrouw (64%). De leeftijd van de patiënten is hoog; 52% is ouder dan 75 jaar. Zoals blijkt uit tabel 3.2 bevinden zowel mannen als vrouwen zich vooral in de leeftijdsgroep 71-85 jaar. Er is een significant verschil in leeftijd tussen mannen en vrouwen (Chi-kwadraat = 54.69, df=4, p=0.00). Relatief meer mannen worden in de leeftijdsgroep '15 jaar of jonger' behandeld.

Tabel 3.2: Verdeling van geslacht en leeftijd (N=867)

Geslacht	< = 15 jaar	16-50 jaar	51-70 jaar	71-85 jaar	86 jaar en ouder	Totaal	
	%	%	%	%	%	N	%
Man	25,2	13,8	17,9	31,7	11,4	290	36
Vrouw	7,2	17,7	17,9	38,1	19,2	515	64
Totaal	13,7	16,3	17,9	35,8	16,4	805	100

(Missende waarden ten aanzien van leeftijd/geslacht N=65)

De leeftijd van de patiëntengroep varieert van 4 maanden tot 96 jaar en is scheef (dat wil zeggen niet normaal) verdeeld. Daarom is ervoor gekozen in de volgende analyse de mediaan (en niet het gemiddelde) weer te geven.

Als wordt gekeken naar de leeftijdsverdeling van de patiënten (de mediaan van de leeftijd is 71,1 jaar) over de verschillende instellingen (tabel 3.3), dan blijkt dat vanuit verpleeghuizen en kruiswerk relatief veel patiënten die ouder zijn dan 71 jaar worden behandeld; vanuit algemene/academische ziekenhuizen, revalidatiecentra en psychiatrische instellingen ligt het accent meer op de leeftijdsgroep tussen de 16 en de 70 jaar. In de vrijevestigde praktijk en, in mindere mate, vanuit instellingen voor verstandelijk gehandicapten en revalidatiecentra worden relatief veel kinderen (jonger dan 16 jaar) behandeld. De verschillen tussen de instellingen in leeftijdsopbouw van de patiënten konden niet getoetst worden, omdat er teveel 'lege cellen' (nullen) in de tabel voorkwamen. Opgemerkt moet worden dat in tabel 3.3 de PAAZ is verdwenen. Van alle patiënten uit deze instellingen is de leeftijd niet geregistreerd.

Tabel 3.3: Verdeling van leeftijdsgroepen over de instellingen (N=867)

Type instelling	< = 15 jaar	16-50 jaar	51-70 jaar	71-85 jaar	86 jaar en ouder	Totaal	
	%	%	%	%	%	N	%
Verpleeghuis	0,0	9,6	16,3	49,6	24,5	498	62,3
Algemeen ziekenhuis	2,0	42,9	30,6	20,4	4,1	49	6,1
Academisch ziekenhuis	0,0	60,0	40,0	0,0	0,0	5	0,6
Revalidatiecentrum	24,4	31,7	26,8	14,6	2,4	41	5,1
Psychiatrische instelling	0,0	60,0	30,0	10,0	0,0	10	1,3
Instelling voor verstandelijk gehandicapten	33,3	58,3	8,3	0,0	0,0	12	1,5
Vrijevestigde praktijk	62,0	17,6	9,9	9,9	0,7	142	17,8
Kruiswerk	7,4	22,2	25,9	33,3	11,1	27	3,4
Overig	0,0	33,3	33,3	20,0	13,3	15	1,9

(Missende waarden ten aanzien van instelling/leeftijd N=68)

Ruim 60% van de patiënten is ziekenfonds verzekerd. Tabel 3.4 laat zien dat ergotherapeuten bij ruim een kwart van de patiënten niet weten of de verzekeraars extra-murale ergotherapie vergoeden. Verder is het ook opvallend dat van een grote groep patiënten het type verzekering niet is geregistreerd.

Tabel 3.4: Verzekering van patiënten (N=867)

Verzekering	N	%
Ziekenfonds	537	61,9
Ziekenfonds, betaalt wel ET	85	11,3
Ziekenfonds, betaalt geen ET	294	39,2
Ziekenfonds, betaling ET onbekend	158	21,1
Particulier	195	22,5
Particulier, wel ET	57	7,6
Particulier, geen ET	96	12,8
Particulier, onbekend	42	5,6
Geen verzekering	18	2,4
Totaal	750	100,0

(Missende waarden ten aanzien van verzekering N=117)

3.2 Verwijzers

De verwijzing naar extramurale ergotherapie kan via verschillende kanalen verlopen. Meestal wordt een patiënt via een arts naar de ergotherapie verwezen. Het kan echter ook zo zijn dat het initiatief voor behandeling wordt genomen door een aanmelder (geen arts) en dat daarna de verwijzing formeel via een arts wordt geregeld. Ook kan het voorkomen dat patiënten op eigen initiatief naar de ergotherapeut komen. Tabel 3.5 laat zien hoe de verwijzing naar de extramurale ergotherapie in de praktijk gaat.

Tabel 3.5: Verwijzing naar extramurale ergotherapie

Verwijzing/initiatiefnemer	N	%
Huisarts	386	44,6
Medisch specialist	273	31,5
Aanmelder	251	29,0
Eigen initiatief	57	6,6

Omdat er meerdere verwijzers/initiatiefnemers kunnen worden aangegeven, telt het totaal op tot meer dan 100%.

In de meeste gevallen worden de patiënten door de huisarts naar de ergotherapeut verwezen, gevolgd door specialisten en aanmelders. De groep specialisten en aanmelders is door de ergotherapeut nader gespecificeerd op het registratieformulier. Zoals tabel 3.6 laat zien vond binnen de groep specialisten de meeste verwijzingen plaats door verpleeghuisartsen (33,3%) en revalidatie-artsen (29,3%).

Tabel 3.6: Medisch specialisten die verwijzen naar extramurale ergotherapie (N=273)

Specialist	N	%
Verpleeghuisarts	91	33,3
Revalidatie-arts	80	29,3
Reumatoloog	24	8,8
Psychiater	19	7,0
Neuroloog	17	6,2
Kinderarts	14	5,1
Chirurg	10	3,7
Overig	18	6,6
Totaal	273	100,0

Binnen de groep aanmelders wordt het initiatief voor ergotherapiebehandeling meestal genomen door de verzorging en de (wijk)verpleging. Tabel 3.7 geeft aan welke aanmelders nog meer een rol spelen.

Tabel 3.7: Aanmelders die initiatief nemen voor extramurale ergotherapie (N=251)

Aanmelders	N	%
Verzorging	40	16,0
(Wijk)verpleging	40	16,0
Verzorgingshuis	31	12,5
Fysiotherapie	18	7,2
Ergotherapie	13	5,2
Overig	109	43,2
Totaal	251	100,0

Opgemerkt moet worden dat de groep 'overig' bij de aanmelders zeer divers en daarom zo groot is. In deze groep worden zeer veel disciplines slechts één of een aantal keren genoemd. Voorbeelden van aanmelders die onder de groep 'overig' vallen zijn de volgende: school, arbeidsdeskundig bureau, verzekeringsmaatschappij, gezinsvervangend tehuis, maatschappelijk werk, familie, VTO-team, logopedist, remedial teacher, WVG-adviseur.

Als wordt bekeken hoe de verwijzers en initiatiefnemers verdeeld zijn over de diverse instellingen, ontstaat het volgende beeld (tabel 3.8). In deze tabel is de groep 'eigen initiatief' niet opgenomen, omdat het zo'n gering aantal patiënten betreft.

Tabel 3.8: Verdeling van verwijzers/initiatiefnemers

Type instelling	Huisarts (N=386) %	Specialist (N=273) %	Aanmelder (N=251) %
Verpleeghuis	72,2	50,7	64,1
Algemeen ziekenhuis	2,1	14,6	2,4
Academisch ziekenhuis	0,0	1,9	0,0
PAAZ	0,0	1,5	0,8
Revalidatiecentrum	2,1	7,1	6,5
Psychiatrische instelling	0,0	2,6	1,6
Instelling voor verstandelijk gehandicapten	1,3	0,4	3,3
Vrijgevestigde praktijk	17,9	18,3	15,1
Overig	0,8	0,7	3,3
Totaal	100,0	100,0	100,0

(Missende waarden ten aanzien van instelling/verwijzer N=14)

De huisarts speelt een belangrijke rol bij de verwijzing naar extramurale ergotherapie vanuit verpleeghuizen en in vrijgevestigde praktijken. Door de specialist worden patiënten naar extramurale ergotherapie vanuit verpleeghuizen, algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra en vrijgevestigde praktijken verwezen.

De aanmelders nemen veelal het initiatief voor extramurale ergotherapie in verpleeghuizen, revalidatiecentra en vrijgevestigde praktijken.

3.3 Medische diagnose

De verwijzer heeft de medische/psychiatrische diagnose van de patiënt bij de verwijzing aangegeven. Per patiënt konden meerdere diagnoses worden aangegeven. De diagnoses zijn door de onderzoeker ingedeeld in de hoofdgroepen van de ICD-10-CM (WHO, 1994). Tabel 3.9 geeft een overzicht van de medische diagnoses. Het blijkt dat de meest voorkomende diagnoses zich bevinden in de groep ziekten van botten/bindweefsel en bewegingsstelsel (38,4%), gevolgd door ziekten van hart/vaatstelsel (24,7%) en ziekten van zenuwstelsel (16,3%).

Tabel 3.9: Medische diagnoses (N=867)

Medische diagnose	N	%
Nieuwvormingen (H2)	9	1,2
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (H5)	44	5,5
- waarvan dementie		3,0
Ziekten van zenuwstelsel (H6)	105	13,2
- waarvan Parkinson		5,3
- waarvan multiple sclerose		2,3
Ziekten van ogen (H7)	20	2,5
Ziekten van hart/vaatstelsel (H9)	159	19,9
- waarvan CVA		17,9
Ziekten van ademhaling (H10)	8	1,0
Ziekten van huid/subcutis (H12)	6	0,8
Ziekten van botten/bindweefsel/bewegingsstelsel (H13)	247	31,0
- waarvan artrose		8,5
- waarvan reuma		8,0
Congenitale/chromosoomafwijkingen (H17)	22	2,8
Ongevalsletsel (H19)	59	7,4
- waarvan amputatie/trauma		3,8
Ontwikkelingsstoornissen	74	9,3
- waarvan hyperactief		0,8
- waarvan schrijfproblemen		0,9
Overig*	44	5,4
Totaal	797	100,0

* De groep overig bevat diagnoses uit de hoofdstukken bloed- en bloedvormende organen (H3), endocriene stofwisselingsziekten (H4), ziekten van spijsvertering (11).
(Missende waarden ten aanzien van medische diagnoses = 70)

Gemiddeld wordt er per patiënt 1.2 medische diagnose gesteld. Het maximale gestelde aantal medische diagnoses is drie. Het is opvallend dat er een grote groep is (70 patiënten) bij wie geen medische diagnose is vermeld.

Op basis van de gestelde diagnoses kan een top-5 worden samengesteld. Deze top-5 bevat 80% van alle gestelde diagnoses en bestaat uit de volgende hoofdgroepen.

Tabel 3.10: Top-5 van medische diagnoses

	N	%
1. Ziekten van botten/bindweefsel en bewegingsstelsel	247	31,0
2. Ziekten van hart/vaatstelsel	159	19,9
3. Ziekten van zenuwstelsel	105	13,2
4. Ontwikkelingsstoornissen	74	9,3
5. Ongevalsletsel	59	7,4
Overig	153	19,2
Totaal	797	100,0

Als vervolgens wordt bekeken hoe deze meest voorkomende diagnoses verdeeld zijn over de instellingen die extramurale ergotherapie leveren, ontstaat het volgende beeld (tabel 3.11).

Tabel 3.11: Top-5 van medische diagnoses verdeeld over de instellingen (N=644)

Type instelling	Ziekten van zenuwstelsel	Ziekten van hart/vaatstelsel	Ziekten van bewegingsstelsel	Ongevals-letsel	Ontwikkelingsstoornissen	Totaal	
	%	%	%	%	%	N	%
Verpleeghuis	19,0	31,8	41,0	8,2	0,0	405	100,0
Alg. ziekenhuis	4,3	17,4	60,9	17,4	0,0	46	100,0
Acad. ziekenhuis	40,0	0,0	40,0	20,0	0,0	5	100,0
Revalidatiecentrum	16,1	22,6	32,3	19,4	9,7	31	100,0
Inst. voor verst. gehandicapten	0,0	0,0	75,0	0,0	25,0	8	100,0
Vrijgevestigde praktijk	7,2	8,1	18,9	3,6	62,2	111	100,0
Kruiswerk	22,7	18,2	40,9	18,2	0,0	22	100,0
Overig	50,0	40,0	10,0	0,0	0,0	10	100,0

(Missende waarden ten aanzien van instellingen/medische diagnose N=6)

Het blijkt dat in academische ziekenhuizen patiënten met ziekten van zenuwstelsel relatief vaak voorkomen. In verpleeghuizen en in de categorie 'overig' worden frequent patiënten met ziekten van hart/vaatstelsel gediagnostiseerd. In elke instelling komt de groep patiënten met ziekten van botten/bindweefsel en bewegingsstelsel relatief vaak in aanmerking voor ergotherapie, met uitzondering van de vrijgevestigde praktijk en de categorie 'overig'. Tot slot worden in vrijgevestigde praktijken en in instellingen voor gehandicapten vaak patiënten met ontwikkelingsstoornissen behandeld.

De PAAZ en de psychiatrische instellingen zijn niet in de tabel opgenomen. De oorzaak hiervan is dat de meeste diagnoses in deze instellingen onder hoofdstuk 5 (Psychische stoornissen en gedragsstoornissen) vallen welke niet in de 'top-5' voorkomen.

4 KENMERKEN VAN DE EXTRAMURALE ERGOTHERAPIEBEHANDELING

In dit hoofdstuk komen de karakteristieken van de behandeling die door ergotherapeuten in het kader van extramurale ergotherapie wordt gegeven aan de orde. Het betreft ondermeer de gestelde behandeldoelen, de gebruikte interventies en behandelprogramma's^{*****}, de behandelduur in uren en het aantal contacten. Ook wordt het oordeel van ergotherapeuten over het effect van de behandeling besproken. Hierbij gaat het om het oordeel van de ergotherapeut over het functioneren van de patiënt ten aanzien van de gestelde behandeldoelen en (indien van toepassing) de invloed van de ergotherapiebehandeling op de hoeveelheid hulp die de patiënt aangeeft.

4.1 Behandeldoelen

In het registratieformulier kon worden aangegeven welke behandeldoelen centraal stonden tijdens de behandeling. De behandeldoelen zijn gesteld in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps. De doelen waaruit kon worden gekozen zijn overgenomen uit het onderzoek naar intramurale ergotherapie (Driessen & Dekker, 1994). In totaal konden de ergotherapeuten kiezen uit 17 behandeldoelen en per patiënt de vijf belangrijkste behandeldoelen aangeven. De volgende tabel geeft aan welke behandeldoelen door de ergotherapeuten zijn gekozen.

***** 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 één 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.

Tabel 4.1: Behandeldoelen gekozen door ergotherapeuten

Behandeldoelen	N	%
Stoornissen		
Motorisch	492	56,9
Sensorisch	218	25,2
Cognitief	108	12,5
Intrapersoonlijk	108	12,5
Beperkingen		
Basisvaardigheden	293	33,9
Communicatie	113	13,1
Uithoudingsvermogen	110	12,7
Verplaatsen	433	50,1
Persoonlijke verzorging	341	39,4
Huishouden	165	19,1
Vaardigheid	45	5,2
Tijdsbesteding	97	11,2
Handicap		
Rol zelfverzorger	180	20,8
Mobiliteit	395	45,7
Sociale rol	108	12,5
Beroepsrol	103	11,9
Familie/gezinsrol	71	8,2

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

Gemiddeld worden er per patiënt 3,8 behandeldoelen gekozen. Uit de tabel blijkt dat behandeldoelen op het gebied van motorische stoornissen (56,9%) het meest worden gekozen, gevolgd door behandeldoelen gericht op beperking in verplaatsen (50,1%), handicap in mobiliteit (45,7%) en beperkingen in persoonlijke verzorging (39,4%).

4.2 Interventies

In het registratieformulier kon worden aangegeven welke interventies centraal hebben gestaan tijdens de behandeling. In eerste instantie is gevraagd of de ergotherapeut onderzoek heeft verricht om de probleem/vraagstelling te kunnen formuleren. Bij de meerderheid van de patiënten (88,8%) blijkt dit inderdaad het geval te zijn.

Daarnaast is gevraagd aan te geven wat de twee belangrijkste interventies zijn geweest die men tijdens de behandeling heeft gebruikt. Tabel 4.2 laat de negen interventies zien waaruit ergotherapeuten hun keuze konden maken. Deze interventies zijn grotendeels overgenomen uit het onderzoek naar intramurale ergotherapie, echter, er zijn twee interventies aan toegevoegd (functietraining/sensomotore training en voorlichting/instructie aan derden) en de interventie advies/instructie/aanvraag is gesplitst in hulpmiddelen/voorzieningen en woningaanpassingen.

Tabel 4.2: Interventies gekozen door ergotherapeuten

Interventies	N	%
Activiteiten op het gebied van zelfverzorging (inclusief mobiliteit)	361	41,6
Activiteiten op het gebied van produktiviteit (inclusief huishouden, werken, school)	186	21,5
Activiteiten op het gebied van vrije tijd	62	7,2
Advies/instructie hulpmiddelen/voorzieningen	521	60,1
Advies/instructie woningaanpassingen	123	14,2
Spalken	37	4,3
Functie/sensomotorische training	120	13,8
Voorlichting/instructie derden	149	17,2
Overig	65	7,5

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

Gemiddeld genomen zijn 1,9 interventies per patiënt gekozen. Uit de tabel blijkt dat de interventie advies/instructie hulpmiddelen/voorzieningen (60,1%) bij de meeste patiënten wordt gekozen, gevolgd door de interventies activiteiten op het gebied van zelfverzorging (41,6%), activiteiten op het gebied van produktiviteit (21,5%) en voorlichting/instructie aan derden (17,2%).

Tot slot is gevraagd aan te geven welke uitgangspunten centraal stonden bij de behandeling; 'de behandelprogramma's'*****. Per patiënt konden de twee belangrijkste uitgangspunten worden aangegeven. Tabel 4.3 laat zien welke uitgangspunten zijn gekozen.

Tabel 4.3: Uitgangspunten voor behandeling gekozen door ergotherapeuten

Uitgangspunten	N	%
Onderhoud/behoud	235	27,1
Ontwikkelen	224	25,8
Herstel	220	25,4
Aanpassen	554	63,9
Preventie	149	17,2

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

Gemiddeld genomen is per patiënt 1,6 programma aangegeven. Uit de tabel blijkt dat bij de meeste patiënten het uitgangspunt aanpassen (63,9%) gekozen is, gevolgd door het programma onderhoud/behoud (27,1%). Verder blijkt dat de uitgangspunten ontwikkelen en herstel bij een kwart van de patiënten zijn gekozen.

**** De behandelprogramma's zijn als volgt gedefinieerd:

Onderhoud/behoud: gericht op het onderhouden van bestaande functies, vaardigheden en activiteiten.

Ontwikkelen: gericht op het ontwikkelen van (nieuwe) functies, vaardigheden en activiteiten.

Herstel: gericht op het verbeteren van (bestaande) functies, vaardigheden en activiteiten.

Aanpassen omgeving: gericht op het met behulp van hulpmiddelen, (woning)aanpassingen, optimaliseren van het zelfstandig functioneren.

Preventie: gericht op het voorkómen van het ontstaan van stoornissen en beperkingen middels bijvoorbeeld leefregels.

4.3 Andere kenmerken van de behandeling

In het registratieformulier is gevraagd in hoeverre de behandeling een voortzetting is van een klinische opname. Bij 13% van de patiënten werd aangegeven dat dit het geval was.

Vervolgens is gevraagd hoeveel uur de patiënt behandeld is door de ergotherapeut. Uit de gegevens blijkt dat de behandelduur erg verschilt en varieert van een half uur tot 225 uur. De mediaan bij het aantal uren behandeling bedraagt vijf uur. Als vervolgens wordt gekeken naar de verschillen in behandelduur bij de meest voorkomende diagnosegroepen, dan blijkt er een significant verband te bestaan (Chi-kwadraat = 120,66, df=12, p=0.00).

Tabel 4.4: Samenhang tussen diagnosegroepen en behandelduur (N=644)

Diagnose	Behandelduur				Totaal	
	< 3 uur %	> = 3 uur < 5 %	> = 5 uur < 10 %	> = 10 uur %	N	%
Zkt zenuwstelsel	23,5	20,6	33,3	22,6	102	100,0
Zkt hart/vaatstelsel	24,8	24,2	28,1	22,9	153	100,0
Zkt bewegingsstelsel	25,2	24,8	36,3	13,4	238	100,0
Ongevalsletsel/ amputatie	30,4	25,0	25,0	19,6	56	100,0
Ontwikkelings- stoornissen	4,2	2,8	18,1	75,0	72	100,0
Totaal	22,9	21,4	30,8	25,0	621	100,0

(Missende waarden ten aanzien van medische diagnose/behandelduur N=23)

Het blijkt dat de behandelduur^{*****} van ziekten van het zenuwstelsel, ziekten van hart/vaatstelsel, ziekten van het bewegingsstelsel en van ongevalsletsels relatief vaak minder dan tien uur bedraagt. Ontwikkelingsstoornissen worden veelal langer dan tien uur behandeld.

Ook is door de ergotherapeuten aangegeven hoeveel contacten zij met de patiënten hebben gehad gedurende de behandelperiode. Dit bleek erg sterk te variëren van één tot 121 contacten. De mediaan bij het aantal contacten bedraagt vier keer. Opgemerkt kan worden dat bij 80% van de patiënten de ergotherapeut maximaal tien keer contact heeft.

Vervolgens is gekeken naar de relatie tussen het aantal contacten en de verschillende diagnosegroepen. Het verband tussen het aantal contacten en de diagnosegroepen was significant (Chi-kwadraat = 180,00, df=12, p=0.00).

***** Er zijn aanwijzingen dat het begrip behandelduur door de respondenten verschillend is geïnterpreteerd. Het is mogelijk dat een deel van de respondenten alleen de **direct patiëntgebonden** behandeltime heeft gerapporteerd. De totale behandeltime (inclusief indirect patiëntgebonden behandeltime en reistijd) zal dus meer bedragen dan hier wordt weergegeven.

Tabel 4.5: Samenhang tussen diagnosegroepen en aantal contacten (N=664)

Diagnose	Aantal contacten				Totaal	
	< 2 keer %	> 2 <= 5 keer %	> 5 <= 8 keer %	> 8 keer %	N	%
Zkt zenuwstelsel	21,8	33,7	25,7	18,8	101	100,0
Zkt hart/vaatstelsel	31,4	22,6	19,0	27,5	153	100,0
Zkt bewegingsstelsel	31,9	29,4	26,5	12,2	238	100,0
Ongevalsletsel	37,9	17,2	19,0	25,9	58	100,0
Ontwikkelings- stoornissen	4,3	1,4	4,3	90,0	70	100,0
Totaal	27,6	24,0	21,3	27,1	620	100,0

(Missende waarden ten aanzien van medische diagnose/aantal contacten N=24)

Het aantal contacten bij patiënten met ziekten van hart/vaatstelsel, bewegingsstelsel en ongevalsletsels relatief vaak vijf of minder keer bedraagt. Bij ziekten van zenuwstelsel komen relatief vaak contacten tussen twee en acht keer voor. De groep patiënten met ontwikkelingsstoornissen wordt relatief het meest frequent gezien door de ergotherapeut, namelijk meer dan acht keer.

Vervolgens is gevraagd of de ergotherapeuten per patiënt wilden aangeven hoe de tijdsverdeling van de patiëntgebonden werkzaamheden eruit zag. Er is een onderscheid gemaakt in direct-patiëntgebonden werkzaamheden, indirect-patiëntgebonden werkzaamheden en reistijd ten behoeve van de behandeling van de patiënt.

Ook bij deze gegevens blijken de aangegeven percentages per patiënt te verschillen en daarom wordt ook hier de mediaan gepresenteerd.

Tabel 4.6: Verdeling van patiëntgebonden werkzaamheden (N=867)

Type patiëntgebonden werkzaamheden	mediaan	minimum	maximum	missende waarden
Direct	60%	2%	100%	10
Indirect	25%	1%	99%	30
Reistijd	12%	1%	55%	10

Uit de tabel blijkt dat het totaal van de mediaan niet helemaal op 100% uitkomt. Dit heeft te maken met het wisselende aantal missende waarden bij de drie type werkzaamheden. Grofweg kan worden gesteld dat de verhouding tussen direct- en indirect- (plus reistijd) patiëntgebonden werkzaamheden 60:40 bedraagt.

4.4 Oordeel van de ergotherapeut over het resultaat van de behandeling

In het registratieformulier is de ergotherapeuten gevraagd om zelf een oordeel te geven over het resultaat van de behandeling. Er is een onderscheid gemaakt in veranderingen in het functioneren van de patiënt en, indien van toepassing, in de hoeveelheid hulp.

Veranderingen in het functioneren van de patiënt in relatie tot de gestelde behandel-doelen konden door de ergotherapeuten 'in woorden' worden aangegeven. Om de verandering 'in woorden' aan te geven is gebruikgemaakt van een 6-puntsschaal.

Tabel 4.7: Resultaat van de behandeling 'in woorden' volgens de ergotherapeut (N=867)

Functioneren van patiënt is:	N	%
Volledig hersteld	53	6,4
Veel verbeterd	341	40,9
Enigszins verbeterd	330	39,6
Niet veranderd	85	10,2
Iets verslechterd	10	1,2
Erg verslechterd	14	1,7
Totaal	833	100,0

(Missende waarden ten aanzien van functioneren patiënt N=34)

Uit de tabel blijkt dat ergotherapeuten voor 80% van de behandelde patiënten is aangegeven dat het functioneren enigszins tot veel verbeterd is; bij 41% van de patiënten is het functioneren veel verbeterd en bij 40% is het functioneren enigszins verbeterd. Bij 10% van de patiënten is het functioneren niet veranderd, bij ruim 6% is er sprake van volledig herstel en bij 3% is er sprake van verslechtering.

Vervolgens is gekeken naar de relatie tussen het functioneren van de patiënt aan het einde van de behandeling en de meest voorkomende diagnosegroepen.

Tabel 4.8: Relatie tussen resultaat van behandeling (in woorden) en vijf diagnosegroepen (N=644)

Diagnose	Volledig hersteld	Veel verbeterd	Enigszins verbeterd	Niet veranderd	Iets verslechterd	Erg verslechterd	Totaal	
	%	%	%	%	%	%	N	%
Zkt zenuwstelsel	4,9	31,4	46,1	9,8	2,9	4,9	102	100,0
Zkt hart/vaatstelsel	5,2	35,7	45,5	10,4	0,6	2,6	154	100,0
Zkt bewegingsstelsel	5,9	38,0	43,0	11,8	1,3	0,0	237	100,0
Ongevalsletsel	3,7	63,0	24,1	7,4	1,9	0,0	54	100,0
Ontwikkelingsstoornissen	12,2	68,9	17,6	1,4	0,0	0,0	74	100,0

(Missende waarden ten aanzien van diagnose/resultaat van de behandeling N=23)

Door het grote aantal lege cellen was het niet mogelijk de verschillen tussen de diagnosegroepen en het resultaat van de behandeling te toetsen. Uit de tabel blijkt bij de meeste diagnosegroepen sprake te zijn van enigszins tot veel verbetering in het functioneren van patiënten. Bij patiënten met ongevalsletsels en ontwikkelingsstoornissen is, naar het oordeel van de ergotherapeut, het resultaat van de behandeling iets positiever.

Incidenteel wordt dit aangegeven bij ziekten van het zenuwstelsel, echter, omdat het bij deze groep vaak om een progressieve aandoening gaat, is een verslechtering in het functioneren hoogstwaarschijnlijk inherent aan het ziektebeeld.

kenmerken van de extramurale ergotherapiebehandeling

Ook is het oordeel van de ergotherapeut gevraagd over de invloed van de ergotherapie op de hoeveelheid geboden hulp door wijkverpleging/gezinszorg, door familie/mantelzorg en door verzorgingshuis. Men kon aangeven of de hulp verminderd, gestopt of verlicht was. Bij 253 patiënten (35%) is aangegeven dat deze vraag niet van toepassing is, omdat de patiënt geen hulp van anderen ontvangt.

Bij ongeveer eenderde van de patiënten is aangegeven dat de ergotherapiebehandeling invloed heeft gehad op de hulp van familie/mantelzorg (31,5%), gevolgd door de hulp van het verzorgingshuis (29,5%) en van de wijkverpleging/gezinszorg (12,9%). Opgemerkt dient te worden dat deze vraag niet is ingevuld voor 144 patiënten. Als dan vervolgens wordt gekeken of het gaat om het stoppen, verminderen of verlichten van deze hulp, ontstaat het volgende beeld.

Tabel 4.9: Invloed van ergotherapiebehandeling op hoeveelheid geboden hulp, volgens ergotherapeut (N=867)

	Verminderd	Verlicht	Gestopt	Niet gespecificeerd
	%	%	%	%
Wijkverpleging (N=93)	17,7	38,5	6,3	37,5
Familie (N=228)	15,1	34,0	2,5	48,3
Verzorgingshuis (N=213)	18,5	39,8	1,9	39,8

(Missende waarden N=144)

Uit de tabel blijkt dat het bij alle drie de categorieën veelal gaat om het verlichten van hulp. Ook blijkt dat ergotherapeuten bij veel patiënten niet hebben aangegeven of het om verminderen, verlichten of stoppen gaat.

5 SAMENWERKING EN AFSTEMMING MET ANDERE DISCIPLINES

In dit hoofdstuk wordt beschreven in hoeverre ergotherapeuten overleg voeren met andere disciplines. Ook wordt nagegaan wat de inhoud van dit overleg is en bij welke patiëntengroepen wordt overlegd.

5.1 Overleg met andere disciplines

Uit de gegevens blijkt dat ergotherapeuten bij 86,4% (N=741) van hun patiënten overleg voeren met andere hulpverleners. Tabel 5.1 laat zien hoeveel overleg er door de ergotherapeuten wordt gevoerd bij de verschillende diagnosegroepen.

Tabel 5.1: Hoeveelheid overleg dat door ergotherapeuten wordt gevoerd bij bepaalde diagnosegroepen

Diagnose	N	Overleg %
Ziekten zenuwstelsel	92	88,5
Ziekten hart/vaatstelsel	144	91,7
Ziekten bewegingsstelsel	197	80,4
Ongevalsletsels	45	78,9
Ontwikkelingsstoornissen	68	91,9
Totaal	546	85,7

Bij patiënten met de diagnose ziekten van zenuwstelsel, ziekten van hart/vaatstelsel en met ontwikkelingsstoornissen wordt significant vaker overleg gevoerd (Chi-kwadraat = 15,34, df=4, p=0.00).

Er is gevraagd met welke hulpverleners de ergotherapeut overleg voert. Per patiënt konden meerdere hulpverleners worden aangegeven. Onderstaande tabel geeft hiervan een overzicht.

Tabel 5.2: Hulpverleners met wie de ergotherapeut overleg voert (N=741)

Hulpverleners	N	%
Fysiotherapeut	246	33,2
Huisarts	245	33,1
Specialist	187	25,2
Gezinsverzorging	153	20,6
(Wijk)verpleging	111	14,9
Ergotherapeut	82	11,1
Maatschappelijk werk	44	5,9
Logopedist	42	5,7
Diëtist	3	0,4
Overig	278	37,5

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

Gemiddeld genomen wordt per patiënt, voor wie wordt overlegd, met 1,8 hulpverleners contact opgenomen. Tabel 5.1 laat zien dat de fysiotherapeut (33,2%), de huisarts (33,1%) en de specialist (25,2%) het meest frequent worden benaderd. Het is opvallend dat de groep 'overig' zo groot is. Bij nadere beschouwing blijkt dat met zeer veel verschillende disciplines overleg wordt gevoerd. Disciplines die in de groep overig het meest frequent worden genoemd zijn: verzorgingshuis (12,7%), school (11,2%), WVG-functionaris (6,4%), familie (3,7%) en rolstoel/hulpmiddelenfirma (2,7%).

5.2 Onderwerpen van overleg

In het registratieformulier kan de ergotherapeut voor elke patiënt aangeven wat het onderwerp van overleg is geweest. Tabel 5.3 laat zien over welke onderwerpen overleg is gevoerd.

De gegevens hebben alleen betrekking op het deel van de patiëntengroep van wie de ergotherapeut heeft aangegeven dat met andere disciplines wordt overlegd (N=741).

Tabel 5.3: Onderwerpen van overleg (N=741)

Onderwerp	N	%
Uitwisselen van informatie	606	81,8
Afstemmen behandeling	317	42,8
Samenwerkingsafspraken	240	32,4
Overdragen behandeling	204	27,6
Overig	94	12,7

Omdat meerdere onderwerpen van overleg per patiënt kunnen worden aangegeven is het percentage hoger dan 100%.

Ergotherapeuten geven aan dat bij 80% van de patiënten het uitwisselen van informatie centraal staat tijdens het overleg. Dit wordt gevolgd door overleg over het afstemmen van de behandeling (42,8%).

Vervolgens is gekeken of er een verband is tussen de vijf meest voorkomende diagnosegroepen en de onderwerpen van overleg. Het verschil tussen de diagnosegroepen en de onderwerpen afstemmen en samenwerken is significant (respectievelijk Chi-kwadraat = 10,16, df=4, p=0.04; Chi-kwadraat = 39,99, df=4, p=0,00).

Tabel 5.4: Onderwerpen van overleg, gekozen bij de diagnosegroepen (N=644)

Diagnose	Onderwerpen van overleg					Totaal	
	Uitwisselen %	Afstemmen %	Samenwerken %	Overdragen %	Overig %	N	%
Zkt zenuwstelsel	17,3	15,6	20,3	17,5	16,4	92	100,0
Zkt hart/vaatstelsel	27,1	28,3	25,4	27,3	32,9	144	100,0
Zkt bewegingsstelsel	36,1	32,5	24,9	35,0	32,9	197	100,0
Ongevalsletsel	7,4	6,8	5,6	6,3	8,2	45	100,0
Ontwikkelingsstoornissen	12,1	16,9	23,7	14,0	9,6	68	100,0

(Missende waarden ten aanzien van medische diagnose/onderwerpen van overleg N=98)

samenwerking en afstemming met andere disciplines

Bij patiënten met ziekten van hart/vaatstelsel en bij patiënten met ontwikkelingsstoornissen wordt relatief vaak overleg gevoerd over het afstemmen van de behandeling. Bij patiënten met ziekten van zenuwstelsel en bij patiënten met ontwikkelingsstoornissen worden relatief vaak samenwerkingsafspraken gemaakt.

In de volgende tabel wordt aangegeven met welke disciplines ergotherapeuten overleg voeren bij elk onderwerp.

Tabel 5.5: Disciplines waarmee ergotherapeut overleg voert, uitgesplitst naar onderwerp van overleg

	Uitwisselen informatie (N=565) %	Afstemmen behandeling (N=305) %	Samenwerkingsafspraken (N=231) %	Overdragen behandeling (N=204) %	Overig (N=93) %
Huisarts	25,8	13,0	8,4	16,7	14,9
Specialist	20,4	13,0	4,6	3,4	8,5
(Wijk)verpleging	15,2	7,4	13,4	12,7	6,4
Gezinsverzorging	22,3	12,7	19,9	24,0	16,1
Paramedici	39,1	57,3	42,8	29,9	7,4
Maatschappelijk werk	4,5	5,7	3,8	0,0	4,3
School	5,1	5,4	13,4	2,9	3,2
Mantelzorg	3,6	2,2	5,5	2,9	11,7
Overig	20,7	17,3	16,0	24,0	36,5

Bij deze tabel kan een aantal opmerkingen worden gemaakt. De groep paramedici bestaat uit fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten. Het blijkt dat bij alle onderwerpen van overleg, met uitzondering van overleg over het overdragen van de behandeling, het meest frequent overleg wordt gevoerd met de fysiotherapeut.

Met paramedici (39,1%), met de huisarts (25,8%) en met de gezinszorg (22,3%) wordt door ergotherapeuten het meest frequent informatie uitgewisseld. Deze drie disciplines en de specialist (13%) overleggen ook het meest frequent met de ergotherapeut over het afstemmen van de behandeling.

Paramedici (42,8%), gezinsverzorging (19,9%), (wijk)verpleging en school (beide 13,4%) voeren relatief vaak overleg met de ergotherapeut over samenwerkingsafspraken.

En tot slot wordt met paramedici (29,9%) en gezinsverzorging (24,0%) veel overleg gevoerd over het overdragen van de behandeling. Binnen de groep paramedici wordt even vaak met ergotherapeuten als met fysiotherapeuten overleg gevoerd over het overdragen van behandelingen.

Bij alle onderwerpen van overleg is ook een grote groep overig opgenomen. Deze groep blijkt zeer divers van samenstelling te zijn. Bij alle vijf de onderwerpen komen de volgende disciplines vaak voor: verzorgingshuis, remedial teacher, WVG-functionaris en rolstoel/hulpmiddelenfirma.

6 EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE IN DRIE TYPEN INSTELLINGEN

In dit hoofdstuk worden de drie typen instellingen, van waaruit het grootste aantal patiënten extramuraal behandeld wordt, nader toegelicht. Het betreft verpleeghuizen (N=539), vrijgevestigde praktijken (N=147) en als derde algemene/academische ziekenhuizen en revalidatiecentra (N=107).

Aan de orde komen verschillen en overeenkomsten van de patiëntkarakteristieken, kenmerken van de behandeling en de samenwerking met andere disciplines.

6.1 Algemene patiëntkarakteristieken

Het aantal vrouwen dat wordt behandeld is het grootst in de verpleeghuizen en ziekenhuizen/revalidatiecentra (respectievelijk 67,7% en 67,9%). In de vrijgevestigde praktijken worden meer mannen behandeld (57,2%). Er blijkt een significant verband te bestaan tussen geslacht en type instelling (Chi-kwadraat = 34,02, df=2, p=0.00). De leeftijd van de patiënten die vanuit de verschillende type instellingen worden behandeld verschilt. De meeste patiënten in verpleeghuizen zijn ouder dan 70 jaar (74,1%). In de vrijgevestigde praktijk behoren de meeste patiënten tot de leeftijdsgroep 'jonger dan 16 jaar' (62,0%). Een middenpositie wordt ingenomen door de patiënten die vanuit ziekenhuizen/revalidatiecentra worden behandeld; de meeste zijn tussen de 16 en de 70 jaar (77,2%). Dit verband tussen leeftijd en instelling is getoetst en blijkt significant (Chi-kwadraat 470,16, df=8, p=0.00).

Als wordt gekeken naar hoe de patiënten verzekerd zijn, is er een significant verschil aanwezig (Chi-kwadraat = 182,93, df=4, p=0.00). In verpleeghuizen en ziekenhuizen/revalidatiecentra is de meerderheid van de patiënt ziekenfonds verzekerd (respectievelijk 83,9% en 79,2%), terwijl de meerderheid van de patiënten in de vrijgevestigde praktijken particulier verzekerd is (70,8%).

De verwijzing naar extramurale ergotherapie is eveneens vergeleken. Het blijkt dat er tussen de drie instellingen significante verschillen zijn in verwijzing door huisartsen en specialisten (respectievelijk Chi-kwadraat = 46,08, df=2, p=0.00; Chi-kwadraat = 68,92, df=2, p=0.00). Er was geen significant verschil in een 'verwijzing' via aanmelders en de drie instellingen. Tabel 6.1 laat zien wie naar extramurale ergotherapie verwijst per instelling.

Tabel 6.1: Verwijzing naar extramurale ergotherapie (N=792)

Type instelling	Huisarts %	Specialist %	Aanmelder %
Verpleeghuizen (N=538)	51,7	25,3	29,2
Ziekenhuizen/revalidatiecentra (N=107)	15,9	66,4	20,6
Vrijgevestigde praktijk (N=147)	46,9	33,3	25,2

Omdat er meerdere verwijzers kunnen worden aangegeven telt het totaal op tot meer dan 100%.

De verwijzing naar extramurale ergotherapie in verpleeghuizen en vrijgevestigde praktijken verloopt relatief vaker via de huisarts. In ziekenhuizen/revalidatiecentra en vrijgevestigde praktijken worden relatief vaker verwijzingen ontvangen van specialisten.

Gekeken is of er medische diagnoses zijn die vaker worden geconstateerd in de drie verschillende instellingen. Alleen de top-5 van medische diagnoses is betrokken in de analyse. Er is een significant verband tussen medische diagnoses en het type instelling (Chi-kwadraat= 349,79, df=8, p=0.00). Tabel 6.2 geeft een overzicht van het voorkomen van de medische diagnoses in de drie instellingen.

Tabel 6.2: Medische diagnoses in de drie instellingen (N=608)

Type instelling	Ziekten van zenuwstelsel	Ziekten van hart/vaatstelsel	Ziekten van bewegingsstelsel	Ongevallsletsel	Ontwikkelingsstoornissen	Totaal	
	%	%	%	%	%	N	%
Verpleeghuizen	19,0	31,1	41,0	8,9	0,0	405	100,0
Ziekenhuizen/revalidatiecentra	10,9	16,3	51,1	18,5	3,3	92	100,0
Vrijgevestigde praktijk	7,2	8,1	18,9	3,6	62,2	111	100,0

Van de meeste diagnoses kan worden geconcludeerd dat zij in één van de drie instellingen relatief vaker worden behandeld. Zo wordt er in verpleeghuizen relatief vaak gewerkt met patiënten die ziekten van zenuwstelsel of van hart/vaatstelsel hebben, terwijl in ziekenhuizen/revalidatiecentra het accent naar verhouding wat meer op ongevalsletsels ligt. In de vrijgevestigde praktijk heeft het merendeel van de patiënten een ontwikkelingsstoornis. Een uitzondering vormen de patiënten met ziekten van het bewegingsstelsel, zij worden zowel in verpleeghuizen als in ziekenhuizen/revalidatiecentra relatief vaak behandeld.

6.2 Kenmerken van de ergotherapiebehandeling

In het registratieformulier kon door ergotherapeuten worden aangegeven welke behandeldoelen (maximaal vijf per patiënt) en welke interventies (maximaal twee per patiënt) worden gekozen. In tabel 6.3 wordt aangegeven hoe vaak een bepaald doel in een instelling is gekozen.

Tabel 6.3: Behandeldoelen door ergotherapeuten in de drie instellingen

Behandeldoelen	Verpleeghuizen	Ziekenhuizen/ revalidatiecentra	Eigen praktijk	Totaal	
	(N=539) %	(N=107) %	(N=147) %	N	%
Stoornissen					
Motorisch	56,9	48,6	71,9	463	58,5
Sensorisch	14,7	22,4	69,2	204	25,8
Cognitief	11,2	6,5	20,5	97	12,3
Intrapersoonlijk	8,2	6,5	32,2	98	12,4
Beperkingen					
Basisvaardigheden	26,4	35,5	64,4	274	34,6
Communicatie	5,9	3,1	35,6	98	12,4
Uithoudingsvermogen	12,5	12,1	6,8	90	11,4
Verplaatsen	63,8	33,6	14,4	400	50,6
Persoonlijke verzorging	46,5	31,8	23,3	318	40,2
Huishouden	18,8	31,8	9,6	149	18,8
Vaardigheid	2,2	15,9	6,2	38	4,8
Tijdsbesteding	8,0	14,0	15,8	81	10,2
Handicap					
Rol zelfverzorger	26,0	13,1	9,6	168	21,2
Mobiliteit	56,9	31,8	12,3	358	45,3
Sociale rol	9,7	8,4	18,5	88	11,1
Beroepsrol	6,5	31,8	16,4	93	11,8
Familie/gezinsrol	5,2	15,9	15,8	68	8,6

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

De behandeldoelen die worden gekozen in de drie instellingen verschillen van elkaar. In verpleeghuizen worden de volgende doelen bij meer dan de helft van de patiënten gekozen: motorische stoornissen, beperking in verplaatsen en handicap in mobiliteit. In ziekenhuizen/revalidatiecentra wordt bij meer dan eenderde van de patiënten gekozen voor motorische stoornissen, beperkingen in basisvaardigheden en beperkingen in verplaatsen als behandeldoel. In de vrijgevestigde praktijk wordt bij tweederde van alle patiënten de volgende behandeldoelen gekozen: motorische en sensore stoornissen en beperkingen in basisvaardigheden.

Per patiënt kon door de ergotherapeut worden aangegeven welke twee interventies centraal hebben gestaan tijdens de behandeling. Tabel 6.4 laat zien welke interventies in de drie instellingen zijn gekozen.

Tabel 6.4: Interventies gekozen in de drie instellingen

Interventie	Verpleeghuizen	Ziekenhuizen/ revalidatiecentra	Eigen praktijk
	(N=539) %	(N=107) %	(N=147) %
Activiteiten op het gebied van zelfverzorging*	48,8	29,9	23,8
Activiteiten op het gebied van produktiviteit*	10,4	38,3	48,3
Activiteiten op het gebied van vrije tijd	5,0	6,5	9,5
Advies/instructie hulpmiddelen/voorzieningen*	70,5	48,6	29,3
Advies/instructie woningaanpassingen*	17,4	14,0	4,1
Spalken*	2,8	18,7	2,7
Functie/sensomotorische training*	5,9	14,0	49,7
Voorlichting/instructie*	18,0	7,5	17,0
Overig*	4,5	15,9	15,0

* Zelfverzorging : Chi-kwadraat = 36,65, df=2, p=0.00
 Produktiviteit : Chi-kwadraat = 121,16, df=2, p=0.00
 Hulpmiddelen/voorzieningen : Chi-kwadraat = 88,39, df=2, p=0.00
 Woningaanpassingen : Chi-kwadraat = 16,64, df=2, p=0.00
 Spalken : Chi-kwadraat = 50,18, df=2, p=0.00
 Functie/sensomotorische training: Chi-kwadraat = 172,04, df=2, p=0.00
 Voorlichting/instructie : Chi-kwadraat = 7,26, df=2, p=0.00
 Overig : Chi-kwadraat = 28,13, df=2, p=0.00

Voor de meeste interventies bestaat er een significant verband met het type instelling. Zo blijkt dat activiteiten op het gebied van zelfverzorging, advies/instructie van hulpmiddelen en voorzieningen en van woningaanpassingen en ook voorlichting en instructie relatief vaak worden gekozen door ergotherapeuten in verpleeghuizen. De interventies activiteiten op het gebied van produktiviteit en spalken worden relatief vaak gekozen door ergotherapeuten in ziekenhuizen/revalidatiecentra. Activiteiten op het gebied van produktiviteit, functie/sensomotorische training en voorlichting en instructie worden in de vrijevestigde praktijk relatief vaak aangewend.

Als er wordt gekeken naar de relatie tussen de keuze voor bepaalde uitgangspunten van de behandeling en het type instelling, dan blijkt er een significant verband te bestaan tussen alle vijf de uitgangspunten en het type instelling. Tabel 6.5 laat zien voor welke uitgangspunten in elke instelling wordt gekozen.

Tabel 6.5: Uitgangspunten voor behandeling gekozen in de drie instellingen (N=792)

Type instelling	Onderhoud*	Ontwikkelen*	Herstel*	Aanpassen*	Preventie*	Totaal	
	%	%	%	%	%	N	%
Verpleeghuis	30,6	16,0	16,1	76,3	14,3	538	100,0
Ziekenhuizen/revalidatiecentra	24,3	23,4	38,3	51,4	27,1	107	100,0
Vrijevestigde praktijk	14,3	63,3	43,5	29,3	17,0	147	100,0

* Onderhoud : Chi-kwadraat = 16,09, df=2, p=0.00
 Ontwikkelen: Chi-kwadraat = 135,66, df=2, p=0.00
 Herstel : Chi-kwadraat = 60,66, df=2, p=0.00
 Aanpassen : Chi-kwadraat = 119,79, df=2, p=0.00
 Preventie : Chi-kwadraat = 10,67, df=2, p=0.00

In verpleeghuizen wordt relatief vaak voor de uitgangspunten behoud/onderhoud en aanpassen gekozen, terwijl in de vrijevestigde praktijken het accent ligt op ontwikkelen en herstel. In ziekenhuizen/revalidatiecentra wordt naar verhouding vaak gekozen voor herstel en preventie als uitgangspunt van de behandeling.

De duur van de behandeling is uitgesplitst naar aantal uren van behandeling en naar aantal contacten. Voor beide aspecten bestaan er grote verschillen. De behandelduur varieert van een half uur tot 225 uur. De mediaan bij het aantal uren behandeling bedraagt 5 uur. Het aantal contacten varieert van één tot 121 keer en de mediaan bij het aantal contacten bedraagt vier keer.

Vervolgens is gekeken of er een verband bestaat tussen zowel het aantal uren als het aantal contacten en het type instelling. Voor beide aspecten blijkt een significant verband te bestaan (respectievelijk Chi-kwadraat = 80,19, df=6, p=0.00; Chi-kwadraat = 106,45, df=6, p=0.00).

Onderstaande tabel laat de relatie zien tussen het aantal behandelde uren^{*****} en het type instelling.

Tabel 6.6: Aantal uren behandeling in de verschillende instellingen (N=792)

Instelling	Behandelduur				Totaal	
	< 3 uur	> = 3 uur	> = 5 uur	> = 10 uur	N	%
	%	< 5 uur	< 10 uur	%		
Verpleeghuizen	27,9	27,7	26,8	17,5	519	100,0
Ziekenhuizen/revalidatiecentra	27,9	17,3	28,8	26,0	104	100,0
Vrijgevestigde praktijk	14,4	8,9	25,3	51,4	146	100,0
Totaal	23,5	18,0	26,9	31,6	769	100,0

(Missende waarden ten aanzien van behandelduur N=23)

De behandelingen in verpleeghuizen zijn relatief vaak binnen vijf uur afgerond, terwijl de behandelingen in de vrijevestigde praktijken veelal tien uur of meer in beslag nemen. In ziekenhuizen/revalidatiecentra vinden zowel relatief veel behandelingen plaats die binnen drie uur zijn afgerond als relatief veel behandelingen die tussen de vijf en tien uur in beslag nemen.

Ook is gekeken naar de relatie tussen de keuze voor een behandelprogramma en het aantal uren dat de behandeling duurt. Een significant verband bestaat tussen het aantal uren behandeling en de programma's ontwikkelen en herstel (Chi-kwadraat = 95,37, df=3, p=0.00 en Chi-kwadraat = 22,79, df=3, p=0.00). Het blijkt dat de behandelduur die bij deze programma's behoort veelal meer dan vijf uur bedraagt. Ook is er een significante relatie tussen het programma aanpassen en de behandelduur in uren (Chi-

***** Er zijn aanwijzingen dat het begrip behandelduur door de respondenten verschillend is geïnterpreteerd. Het is mogelijk dat een deel van de respondenten alleen de **direct patiëntgebonden** behandeltime heeft gerapporteerd. De totale behandeltime (inclusief indirect patiëntgebonden behandeltime en reistijd) zal dus meer bedragen dan hier wordt weergegeven.

kwadraat = 34,19, df=3, p=0.00). Hier blijkt juist dat de meeste behandelingen minder dan vijf uur in beslag nemen.

Het aantal contacten per patiënt is uitgesplitst naar type instelling in tabel 6.7.

Tabel 6.7: Aantal patiëntcontacten in de verschillende instellingen (N=792)

Instelling	Aantal contacten				Totaal	
	< = 2 keer	> 2 < = 5 keer	> 5 < = 8 keer	> 8 keer	N	%
	%	%	%	%		
Verpleeghuizen	34,7	26,9	21,1	17,3	521	100,0
Ziekenhuizen/revalidatiecentra	24,5	19,6	29,4	26,5	102	100,0
Vrijgevestigde praktijken	14,6	11,8	15,3	58,3	144	100,0
Totaal	24,6	19,4	21,9	34,1	767	100,0

(Missende waarden ten aanzien van aantal contacten N=25)

Ergotherapeuten werkzaam vanuit verpleeghuizen hebben relatief vaak vijf keer of minder contacten met hun patiënten. In ziekenhuizen/revalidatiecentra heeft de ergotherapeut relatief vaker tussen de zes en acht keer contact met zijn patiënt, terwijl in vrijgevestigde praktijken veelal meer dan acht keer contact is met de patiënten.

Tabel 6.8: Verdeling van patiëntgebonden werkzaamheden in de drie instellingen

Instelling		Patiëntgebonden werkzaamheden		
		direct %	indirect %	reistijd %
Verpleeghuizen	mediaan:	58	30	12
<i>Missende waarden</i>		10	18	10
Ziekenhuizen/revalidatiecentra	mediaan:	75	18	9
<i>Missende waarden</i>		0	12	0
Eigen praktijk	mediaan:	73	23	7
<i>Missende waarden</i>		0	2	0

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er verschillen zijn tussen de instellingen in directe/indirecte patiëntgebonden werkzaamheden en reistijd. In ziekenhuizen en eigen praktijken wordt circa 75% van de patiëntgebonden werkzaamheden besteed aan directe patiëntenzorg en in verpleeghuizen is dit 50%. De indirecte werkzaamheden nemen in verpleeghuizen het meeste tijd in beslag, namelijk 30%. De reistijd neemt circa 10% van de tijd in beslag in verpleeghuizen en in ziekenhuizen/revalidatiecentra. In de vrijgevestigde praktijk bedraagt de mediane waarde van de reistijd 7%.

Het oordeel van de ergotherapeut over het resultaat van de behandeling kan zowel 'in woorden' als in hoeveelheid hulp - indien van toepassing - worden aangegeven. De gegevens laten zien dat men in alle drie de instellingen aangeeft dat meer dan 80% van de patiënten valt binnen de categorie: 'enigszins verbeterd' tot 'volledig hersteld'. Een verslechtering van het functioneren komt - gemiddeld genomen - niet voor.

6.3 Samenwerking en afstemming met andere disciplines

Vanuit verpleeghuizen wordt relatief vaker overleg gevoerd met andere hulpverleners (Chi-kwadraat = 6,30, df=2, p=0.04). Bij 109 patiënten (13,9%) wordt er geen overleg gevoerd met andere hulpverleners. Met welke hulpverleners overleg wordt gevoerd vanuit de instellingen wordt aangegeven in tabel 6.9.

Tabel 6.9: Disciplines waarmee door ergotherapeuten overleg wordt gevoerd

Discipline	Type instelling			Totaal	
	Verpleeghuizen	Ziekenhuizen/ revalidatiecentra	Eigen praktijk	N	%
	(N=473) %	(N=84) %	(N=120) %		
Huisarts	38,4	13,1	27,5	225	33,3
Specialist	19,1	67,9	25,8	178	26,4
Wijkverpleging	16,6	9,5	6,6	97	14,3
Gezinszorg	24,3	9,7	3,3	104	15,4
Ergotherapeut	9,3	10,7	18,3	75	11,1
Fysiotherapeut	35,7	31,0	30,8	231	34,2
Logopedie	3,2	6,0	18,3	42	6,2
Maatschappelijk werk	4,0	15,5	3,3	36	5,3
Overig	35,9	30,8	59,2	250	37,0

Het blijkt dat in alle drie de settings frequent met de fysiotherapeut wordt overlegd. Daarnaast wordt er vanuit verpleeghuizen en vrijevestigde praktijken regelmatig met de huisarts overleg gevoerd en vanuit ziekenhuizen/revalidatiecentra wordt het meest frequent met de medisch specialist overlegd.

De groep 'overig' is voor alle drie de settings groot. Het blijkt dat in ziekenhuizen/revalidatiecentra en in vrijevestigde praktijken regelmatig overleg plaatsvindt met school (respectievelijk 8% en 28%). Vanuit verpleeghuizen en ziekenhuizen/revalidatiecentra wordt regelmatig overleg gevoerd met WVG-functionarissen (beiden 5%). Tot slot overleggen ergotherapeuten die in verpleeghuizen werken geregeld met verzorgingshuizen (10%).

Vervolgens is gekeken naar de onderwerpen van overleg. Ergotherapeuten konden aangeven of het uitwisselen van informatie, afstemmen van behandeling, samenwerkingsafspraken, overdragen van de behandeling of overige onderwerpen betrof. Tabel 6.10 laat zien waarvoor in de verschillende instellingen is gekozen.

Tabel 6.10: Onderwerpen van overleg in de drie instellingen

	Uitwisselen	Afstemmen	Samenwerkings- afspraken*	Overdracht	Overig
	%	%	%	%	%
Verpleeghuis (N=471)	81,1	39,1	27,0	28,9	15,1
Ziekenhuis/revalidatiecentra (N=85)	82,4	48,2	34,5	22,6	9,5
Eigen praktijk (N=120)	80,8	48,3	46,7	26,9	10,9

Omdat meerdere onderwerpen kunnen worden aangegeven telt het totaal niet op tot 100%.

* Samenwerkingsafspraken: Chi-kwadraat = 17,67, df=2, p=0.00.

Het onderwerp dat het meest frequent wordt gekozen in alle drie de instellingen is het uitwisselen van informatie, gevolgd door het afstemmen van de behandelingen. Er blijkt een significant verband te bestaan tussen het onderwerp samenwerkingsafspraken en type instelling. In de vrijevestigde praktijk wordt relatief vaak voor dit onderwerp gekozen.

7 TOEKOMSTPERSPECTIEVEN

Het toekomstperspectief voor de extramurale ergotherapie is enerzijds afhankelijk van de te verwachten vraag en anderzijds van het beschikbare aanbod van extramuraal werkzame ergotherapeuten. Voor een raming van de toekomstige vraag kunnen twee wegen bewandeld worden.

Allereerst kan men aan het veld vragen of er binnen de eigen instelling in de komende jaren een toe- of afnemende vraag naar extramurale ergotherapeutische zorg te verwachten valt. Factoren die daarbij betrokken kunnen worden zijn het huidige aantal vacatures, overwerk, wachtlijsten e.d. Op basis van de eigen situatie maakt men als het ware een prognose voor de komende jaren. Deze gegevens kunnen echter alleen gebruikt worden voor prognose of raming voor de korte termijn.

De tweede mogelijkheid om de toekomstige vraagontwikkeling te bepalen, is uit te gaan van meer objectief vast te stellen en te kwantificeren ontwikkelingen. Daarbij wordt gebruikgemaakt van gegevens op een veel hoger abstractieniveau zoals demografische ontwikkelingen, te verwachten veranderingen in wet- en regelgeving, veranderingen in technische mogelijkheden etc. Op basis van dit soort factoren kunnen met name prognoses worden opgesteld voor de wat langere termijn.

7.1 Geschatte behoefte op korte termijn

Aan alle instellingen die momenteel extramurale zorg verstrekken is gevraagd of binnen de instelling de vraag naar extramurale ergotherapie groter is dan het aanbod dat men kan leveren. In 29% van alle instellingen blijkt de vraag groter te zijn dan het beschikbare aanbod. Om dit op te vangen hanteren de instellingen verschillende oplossingen. Het merendeel (47%) van de instellingen zet de patiënten op een wachtlijst. Bijna eenderde deel vangt het op door overwerkuren in te stellen:

- patiënten op wachtlijst zetten (47%);
- patiënten tijdens overwerk behandelen (28%);
- patiënten door collega's te laten behandelen (14%);
- patiënten naar andere instelling doorverwijzen (11%).

De instellingen die te kennen hebben gegeven dat er een structureel tekort is aan extramurale ergotherapie, geven aan dat er in totaal 28,4 fte extramuraal werkzame ergotherapeuten nodig zijn om dit huidige structurele tekort op te vangen. Rekening houdend met de non-respons kan het totale tekort in Nederland begin 1996 worden geschat op 35.4 fte.

Om een indruk te krijgen of de voorziening extramurale ergotherapie in de komende jaren zal toe- of afnemen, is aan alle instellingen - ook instellingen die momenteel geen extramurale ergotherapie verstrekken - gevraagd of men verwacht dat de verstrekking extramurale ergotherapie tot het jaar 2000 zal toe- of afnemen.

Meer dan de helft (59%) van alle instellingen verwacht een toename van de verstrekking extramurale ergotherapie, 38% verwacht geen verandering en slechts 3% verwacht een afname. De verwachte toename tot het jaar 2000 bedraagt in totaal 120 fte (tabel 7.1). Ten opzichte van 159 fte extramurale ergotherapie begin 1996 betekent dit

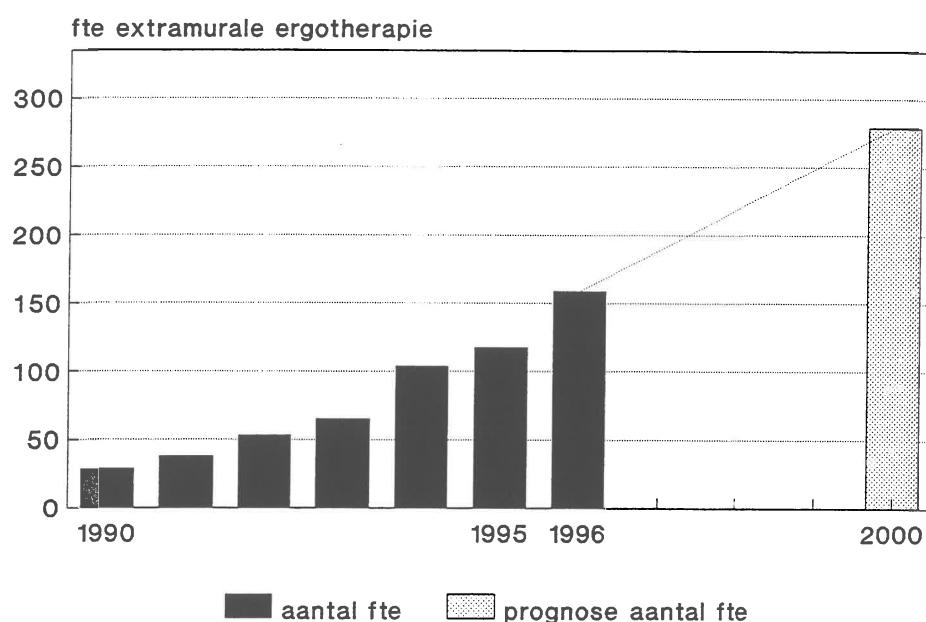
dat in het jaar 2000 een omvang van 279 fte wordt verwacht. Het betreft derhalve een stijging van ruim 75% ten opzichte van het aantal fte begin 1996. Dit is in lijn met de groei die in de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden (zie figuur 7.1).

Tabel 7.1: Huidig aantal fte extramurale ergotherapie (1996) en de te verwachten uitbreiding tot het jaar 2000, naar type instelling

	1996	2000	
	Capaciteit (fte)	Verwachte uitbreiding (fte)	
	abs	abs	factor
Verpleeghuis ¹	89,8	46,7	0.52
Algemeen ziekenhuis somatiek	6,0	5,2	0.87
Academisch ziekenhuis somatiek	8,3	-	-
PAAZ	0,2	-	-
Revalidatiecentrum	10,2	15,4	1.51
Psychiatrische instelling	4,6	8,9	1.93
Instelling verstandelijk gehandicapten	0,2	12,5	62.50
Scholen	0,2	-	-
Vrijgevestigde praktijk	20,0	19,8	0.99
Kruiswerk	10,5	-	-
Overig	9,0	11,6	1.29
Totaal	159,0	120,1	0.75

¹ Waaronder verzorgingshuizen.

Figuur 7.1: Ontwikkeling en prognose extramurale ergotherapie, 1990-2000



Uit de uitsplitsing naar instelling blijkt dat absoluut gezien de grootste groei verwacht wordt in de verpleeghuizen (46.7 fte) en vrijgevestigde praktijk (19.8 fte). Relatief gezien zijn het de instellingen voor verstandelijk gehandicapten en die de hoogste groei verwachten. Opgemerkt dient te worden dat er bij het kruiswerk wel wordt verwacht dat er tot het jaar 2000 uitbreiding zal plaatsvinden, maar dat de omvang van de groei niet nader gespecificeerd is.

Als vervolgens aan de instellingen wordt gevraagd wat de belangrijkste redenen zijn voor de te verwachten groei, dan blijkt dat de opname als enkelvoudige verstrekking verreweg het meest genoemd wordt (tabel 7.2). Daarnaast worden ook de uitbreiding van de instellingen en transmuralisatie en fusies als belangrijkste reden aangevoerd.

Tabel 7.2: Belangrijkste reden voor verwachte uitbreiding extramurale ergotherapie

Reden	Instellingen
	% (N=242)
Opname enkelvoudige verstrekking/financiering	30,6
Uitbreiding instelling/transmuralisatie	18,6
Fusies/samenwerkingsverbanden	10,7
Groeiende vraag ergotherapie thuis	7,8
Nieuwe patiëntencategorieën	6,2
Meer bekendheid	5,8
WVG	2,1
Overig	2,1
Onbekend	16,1
Totaal	100,0

Op korte termijn, dat wil zeggen binnen één jaar, wordt door 28% van de instellingen één of meer vacatures voor een ergotherapeut verwacht met een totale omvang van 94 fte. Hiervan wordt 31% (29 fte) specifiek aangewend ten behoeve van extramurale ergotherapie. Deze verwachte uitbreiding omvat ruim 24% van de toename die tot het jaar 2000 wordt verwacht en voorziet grotendeels in het huidige tekort. Deze groei is daarnaast overeenkomstig de toename van 120 fte binnen vier jaar.

7.2 Geschatte behoefte op lange termijn

De belangrijkste factoren die de vraag naar extramurale ergotherapie op wat langere termijn bepalen zijn:

- demografische ontwikkelingen (bevolkingsgroei en bevolkingsontwikkeling);
- epidemiologische ontwikkelingen;
- sociaal-culturele ontwikkelingen;
- institutionele en technische ontwikkelingen.

Demografische ontwikkelingen

De vraag naar extramurale ergotherapie wordt voor een groot deel bepaald door de omvang van de patiëntgebonden activiteiten. Deze patiëntgebonden activiteiten kunnen worden geoperationaliseerd door het tijdsbeslag dat de directe en indirecte zorg voor patiënten inneemt.

Voor het berekenen van de invloed die de demografische ontwikkelingen op de vraag naar (extramurale) ergotherapeutische zorg hebben, is gebruikgemaakt van de bevolkingsprognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS heeft haar prognoses opgesteld volgens een drietal varianten: laag, midden en hoog (CBS, 1996). Hoewel de CBS-prognoses zijn doorgerekend tot 2025, laat onderstaand overzicht zien wat de invloed is van de bevolkingsgroei tot het jaar 2005.

Basisjaar : 15,5 miljoen inwoners in 1996

Prognosejaar

- lage-variant : 15,9 miljoen inwoners in 2005

- midden-variant: 16,3 miljoen inwoners in 2005

- hoge-variant : 16,8 miljoen inwoners in 2005

Er wordt van uitgegaan dat in eerste instantie door de extramurale ergotherapeut in het jaar 2005 evenveel patiënten in dezelfde tijd worden behandeld als in 1996; ofwel de verwerkingscapaciteit blijft gelijk.

Volgens de bevolkingsprognose van het CBS (midden-variant) zal in de periode 1996-2005 het totaal aantal inwoners met 5,5% toenemen. Indien de verwerkingscapaciteit van extramuraal werkzame ergotherapeuten in 2005 gelijk blijft aan het niveau in 1996, zal het aantal ergotherapeutenplaatsen met eveneens 5,5% moeten toenemen om de produktiegroei als gevolg van de bevolkingsgroei op te vangen (zie tabel 7.3). Als de bevolkingsprognose volgens de hoge-variant wordt gehanteerd, dan zal het aantal extramuraal werkzame ergotherapeuten tot en met het jaar 2005 met 8,5% moeten stijgen.

Naast de bevolkingsgroei moet ook rekening worden gehouden met veranderingen in de bevolkingssamenstelling. Uit de resultaten van hoofdstuk 3 blijkt dat met name ouderen gebruikmaken van extramurale ergotherapie. Als de leeftijdsspecifieke gebruikcijfers voor extramurale ergotherapie gecombineerd worden met de leeftijdsspecifieke bevolkingsprognoses, betekent dat er (volgens de midden-variant) sprake zal zijn van een produktiegroei van 14,6% tot het jaar 2005. De produktiegroei is voor 5,5% het resultaat van de bevolkingsgroei en 9,1% het gevolg van veranderingen in de bevolkingssamenstelling.

Tabel 7.3: Prognose van de toename van extramurale ergotherapie tot het jaar 2005 als gevolg van de bevolkingsgroei en verandering van bevolkingssamenstelling (volgens de midden- en de hoge-variant) ten opzichte van 1996 in procenten

2005					
Midden-variant			Hoge-variant		
Bevolkings-groei	Bevolkings-samenstelling	Totaal	Bevolkings-groei	Bevolkings-samenstelling	Totaal
5,5%	9,1%	14,6%	8,5%	9,7%	18,2%

Op grond van bovengenoemde berekeningen kan geconcludeerd worden dat, op basis van bevolkingsgroei en veranderingen in de bevolkingssamenstelling (leeftijd), het aantal extramuraal werkzame ergotherapeuten met 14,6% (midden-variant) of 18,2% (hoge-variant) moet toenemen om de toekomstige vraag in 2005 op te vangen.

Epidemiologische ontwikkelingen

Om iets te kunnen zeggen over de niet-demografisch bepaalde verschuivingen in het morbiditeitspatroon, zouden er gegevens beschikbaar moeten zijn over toekomstige leeftijdsspecifieke incidentie- en prevalentiecijfers. Deze zouden dan vervolgens weer vertaald moeten worden in een toe- of afname van de ergotherapeutische zorg.

Hoewel sprake is van een grote verscheidenheid aan medische diagnoses van patiënten die extramurale ergotherapie ontvangen, komen Cerebrovasculaire aandoeningen (CVA) veruit het meest voor (17,9%, zie hoofdstuk 3), gevolgd door artrose (8,5%) en reuma (8,0%). Evenals dementie behoren deze aandoeningen tot de top-10 van chronische ziekten in Nederland, zoals door het RIVM omschreven (RIVM, 1994). Het RIVM constateert dat cijfers met betrekking tot de incidentie en prevalentie op bevolkingsniveau nog slechts zeer beperkt voorhanden zijn. Derhalve kunnen voor de toekomst (in kwantitatieve zin) nog geen uitspraken worden gedaan met betrekking tot de ontwikkeling van de vraag naar extramurale ergotherapie.

In het rapport 'Invloed van bevolkingsontwikkelingen op ziektelasten zorgvoorzieningen' (STG, 1991) wordt geconcludeerd dat de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in het komende decennium vooral bepaald wordt door de veranderende bevolkingsomvang en bevolkingssamenstelling en minder door epidemiologische ontwikkelingen. Ook wordt geconcludeerd dat ten gevolge van de verbeterde gezondheidszorg de vroegtijdige sterfte verder zal afnemen, terwijl de prevalentie van de meest chronische en degeneratieve ziekten, vooral voor de hogere leeftijdscategorieën, zal toenemen. Het vóórkomen van de meeste chronische degeneratieve aandoeningen zal derhalve in de toekomst wat hoger uitvallen dan alleen op basis van de veranderende bevolkingssamenstelling te verwachten valt. In welke mate deze toename, naast (autonome) demografische ontwikkelingen, zich zal voordoen wordt door de STG niet aangegeven.

Bovengenoemde veronderstellingen zijn slechts een greep uit een scala van mogelijke epidemiologische ontwikkelingen. Het is echter bijzonder moeilijk om de niet-demografisch bepaalde verschuivingen in het morbiditeitspatroon cijfermatig te vertalen in veranderingen van de werkbelasting van extramuraal werkzame ergotherapeuten.

Institutionele ontwikkelingen

Een belangrijke ontwikkeling is toekenning van de enkelvoudige verstrekking ergotherapie per 1 juli 1996 en de officiële verstrekking vanaf 1998. Dit zal in de komende jaren ongetwijfeld tot een groei van de extramurale ergotherapie leiden, maar onduidelijk is nog in welke mate. Een tweede ontwikkeling is de overheveling van revalidatie en hulpmiddelen uit de AWBZ naar het tweede compartiment. Ook hiervoor geldt dat nog onbekend is welke consequenties dit in de toekomst zal hebben voor aanspraken op extramurale ergotherapie.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Een ontwikkeling die voor de gehele gezondheidszorg de aandacht verdient is de absolute en relatieve toename van de etnische minderheden in ons land. Door de snel toenemende groep oudere migranten zou de hulpvraag met betrekking tot ergotherapeutische zorg van deze groep kunnen toenemen. Er bestaan geen gegevens omtrent de mate waarin migranten een beroep doen op de diensten van de ergotherapeut.

Een tweede ontwikkeling die genoemd moet worden is de toenemende individualisering. Dit betekent dat steeds minder mensen kunnen terugvallen op mantelzorg en derhalve zijn aangewezen op professionele hulpverlening. Dit afgezet tegen de wens van de overheid om patiënten zolang mogelijk zelfstandig te laten functioneren betekent dat de vraag naar extramurale ergotherapeutische zorgverlening zal toenemen.

Een derde ontwikkeling waarop gewezen moet worden is de toenemende mondigheid van patiënten, maar vooral ook van mensen in de directe omgeving van de patiënt

(familie e.d.). Dit betekent dat ergotherapeuten in de toekomst steeds meer tijd zullen moeten uittrekken om voorlichting en informatie te verstrekken.

Technische ontwikkelingen

Ergotherapeuten hebben een belangrijke taak met betrekking tot het gebruik van hulpmiddelen. Op dit gebied zullen er in de komende jaren belangrijke technologische ontwikkelingen plaatsvinden. Vooral op het gebied van de extramurale ergotherapie zal 'technology assessment' belangrijk worden. Door geavanceerde technieken zullen wellicht meer patiënten in hun eigen omgeving kunnen blijven functioneren. Verwacht kan worden dat door deze technologische ontwikkelingen de vraag naar ergotherapeutische zorg zal toenemen. Er zijn echter geen gegevens beschikbaar die uitsluitend geven omtrent de toename van deze vraag.

7.3 Conclusie

Op basis van prognoses van de instellingen kan de conclusie getrokken worden dat op *korte* termijn, dat wil zeggen tot het jaar 2000, de extramurale ergotherapie met ruim 75% zal toenemen. Dat zal betekenen dat in het jaar 2000 naar schatting 279 fte extramurale ergotherapie wordt verstrekt. Volgens deze raming zal in het jaar 2000 sprake zijn van een gemiddelde dichtheid van circa 57.000 inwoners per fte extramurale ergotherapie. Begin 1996 bedroeg dit aantal nog ruim 97.000 inwoners. Nadrukkelijk moet worden vermeld dat deze prognose is gebaseerd op verwachtingen vanuit de subjectieve inschatting van vertegenwoordigers van de instellingen die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Wordt echter gekeken naar de ontwikkeling van het aanbod extramurale ergotherapie vanaf 1990, dan blijkt de verwachte groei van extramurale ergotherapie in het verlengde hiervan te liggen.

Op de *lange* termijn (tot 2005) is de verwachting dat deze groei zal doorzetten. Niet alleen demografische ontwikkelingen (vergrijzing) zullen hiertoe bijdragen, maar bijvoorbeeld ook epidemiologische ontwikkelingen, de zogenaamde niet-demografisch bepaalde verschuivingen in het morbiditeitspatroon. Hoewel de belangrijkste ziektebeelden en medische diagnoses van patiënten die extramurale ergotherapie ontvangen bekend zijn, valt er in kwantitatieve zin nog weinig te zeggen over de toekomstige (extra) vraagontwikkeling. Er kunnen derhalve geen uitspraken worden gedaan over de invloed van epidemiologische ontwikkelingen op de vraag naar extramurale ergotherapie. Dit geldt eveneens voor de sociaal-culturele, technische en institutionele ontwikkelingen.

8 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In dit hoofdstuk zal een samenvatting worden gegeven van de belangrijkste resultaten van het onderzoek 'Inventarisatie extramurale ergotherapie'. Aansluitend zal een aantal conclusies worden geformuleerd.

In het onderhavige project zijn gegevens verzameld met behulp van een enquêteformulier. Dit formulier is naar alle instellingen gestuurd waarvan bij de NVE bekend was dat er een afdeling ergotherapie was. In totaal zijn er 704 instellingen/praktijken aangeschreven. De netto respons bedraagt 84%.

De gegevens uit het onderhavige project zullen in dit hoofdstuk worden vergeleken met twee andere studies, namelijk de evaluatie van ergotherapie bij de Stichting Amsterdams Kruiswerk in 1993 het 'SAK-project' (Driessen et al., 1994) en met de resultaten uit een onderzoek naar intramurale ergotherapie (Driessen en Dekker, 1994). Door een vergelijking te maken met deze twee projecten kan worden nagegaan in hoeverre er overeenkomsten zijn tussen de twee extramurale projecten en er verschillen tussen de intramurale en de extramurale situatie bestaan.

Dit onderzoek beoogt de volgende vijf vraagstellingen te beantwoorden.

Vraagstelling 1

Wat is de omvang van extramurale ergotherapie qua fte's, vanuit welke instelling vinden activiteiten plaats en via welke geldstromen wordt dit betaald?

De omvang van extramurale ergotherapie heeft de laatste jaren een sterke groei vertoond. In 1996 wordt in totaal 159 fte extramuraal gewerkt. De grootste aanbieders van extramurale ergotherapie zijn de verpleeghuizen en vrijgevestigde praktijken.

Het aantal fte's extramurale ergotherapie is in zes jaar tijd met een factor van ruim vijf toegenomen. Dit heeft in 1996 geresulteerd in een dichtheid van 1 fte extramurale ergotherapie per 97.343 inwoners. Er blijkt een verschil te zijn in aanbod van extramurale ergotherapie in verschillende provincies. De provincies Groningen en Noord-Holland hebben het grootste aanbod van extramurale ergotherapie ten opzichte van het aantal inwoners, terwijl in Zeeland en Gelderland het aanbod van extramurale ergotherapie beneden het landelijk gemiddelde ligt.

De financiering van extramurale ergotherapie vindt voor het grootste deel plaats uit substitutiegelden. Deze gelden worden binnen de verpleeghuizen vrijgemaakt en zijn speciaal bedoeld om mensen met een verpleeghuisindicatie zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten functioneren. Vanuit deze achtergrond is het dan ook niet verwonderlijk dat juist verpleeghuizen de grootste aanbieder is van extramurale ergotherapie. De andere grote aanbieder van extramurale ergotherapie 'de vrijgevestigde praktijk' wordt met name gefinancierd door particuliere verzekeraars of door de patiënt zelf.

Vraagstelling 2

Wat zijn de kenmerken van de patiënten die in de extramurale ergotherapie behandeld worden in termen van sociaal-demografische karakteristieken, medische diagnose en wie verwijst de patiënten naar de ergotherapie?

Op de eerste plaats moet worden opgemerkt dat de extramurale behandelingen die door de ergotherapeuten worden gegeven voor het grootste gedeelte (87%) **nieuwe** patiënten betreft. Bij slechts 13% is er sprake van continuering van een klinische opname.

Er kan geconcludeerd worden dat de patiënten die extramuraal behandeld worden oud zijn. Het merendeel van de patiënten is ouder dan 70 jaar. Deze gegevens komen overeen met de resultaten uit het 'SAK-project', waar driekwart van de patiënten ouder was dan 65 jaar. In de intramurale sector was de gemiddelde leeftijd van de patiënten 61 jaar. Het blijkt dus dat de patiënten in de intramurale setting gemiddeld genomen jonger zijn dan de patiënten in de twee extramurale projecten.

In het onderhavige onderzoek zijn grote verschillen tussen instellingen gevonden wat betreft de leeftijd van de patiënten. Zoals te verwachten was, werden er vanuit verpleeghuizen de oudste patiënten (> 70 jaar) behandeld, de ziekenhuizen en revalidatiecentra richten zich op de middenmoot (16-70 jaar), terwijl in de eigen praktijk voornamelijk kinderen en jongeren worden behandeld (tot en met 15 jaar).

In het onderhavige onderzoek werd gevonden dat het merendeel van de patiëntenpopulatie uit vrouwen bestaat. Dit is ook gevonden in het SAK-project en in het onderzoek naar intramurale ergotherapie. Echter, een nadere analyse van de drie grootste aanbieders van extramurale ergotherapie laat zien dat in de vrijgevestigde praktijken relatief meer mannen worden behandeld.

De verwijzing naar extramurale ergotherapie wordt het meest frequent door de huisarts gegeven, gevolgd door medisch specialist (met name verpleeghuisarts en revalidatiearts) en aanmelders (met name verzorging en wijkverpleging). In het 'SAK-project' worden de huisarts en de aanmelders (wijkverpleging) als belangrijkste verwijzer genoemd, terwijl in het onderzoek naar intramurale ergotherapie patiënten bijna uitsluitend door een medisch specialist (revalidatie-arts, verpleeghuisarts) worden verwezen. Het scala van verwijzers dat wordt genoemd in het kader van de inventarisatie extramurale ergotherapie is breder dan in de andere twee onderzoeken. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat de extramurale ergotherapie vanuit zowel intra- als extramurale instellingen wordt aangeboden.

Als er wordt gekeken naar de drie grootste aanbieders van extramurale ergotherapie, dan blijkt de huisarts een belangrijke rol te spelen in de verwijzing bij verpleeghuizen en eigen praktijken, terwijl de medisch specialist de belangrijkste verwijzer is in ziekenhuizen/revalidatiecentra. De rol van de aanmelders is relatief het grootste in verpleeghuizen.

Ziekten van botten/bindweefsel en bewegingsstelsel worden het meest frequent gediagnostiseerd in het onderhavige project. Dit wordt gevolgd door ziekten van hart/ vaatstelsel en ziekten van zenuwstelsel. Deze gegevens komen overeen met de gegevens die zijn verzameld in het 'SAK-project'. In dit project komen ziekten van bewegingsstelsel (46,5%) ook het meest frequent voor, gevolgd door ziekten van zenuwstelsel (24,2%) en ziekten van hart- en bloedvaten (21,4%). In de intramurale setting komen ziekten van hart- en bloedvaten het meeste voor (32%), gevolgd door ziekten van bewegingsstelsel (21%) en ongevalsletsels (17%). Het blijkt dus dat de beide extramurale projecten overeenkomen en duidelijk afwijken van de intramurale setting.

Als de drie grootste aanbieders van extramurale ergotherapie worden vergeleken qua medische diagnoses van patiënten, dan ontstaat de volgende typering: verpleeghuizen

behandelen met name patiënten met ziekten van hart/ vaatstelsel, zenuwstelsel en bewegingsstelsel; ziekenhuizen en revalidatiecentra behandelen voornamelijk ongevalsletsels en ziekten van bewegingsstelsel; terwijl in de vrijgevestigde praktijk met name ontwikkelingsstoornissen worden behandeld.

Vraagstelling 3

Wat zijn de kenmerken van de behandelingen die door ergotherapeuten worden gegeven, hoe lang duren de behandelingen en wat is het oordeel van de ergotherapeut over het effect van de behandeling?

De behandeldoelen die het meest frequent zijn gekozen in het onderhavige onderzoek zijn motorische stoornissen, beperkingen in verplaatsen en in persoonlijke verzorging en handicap in mobiliteit. Een vergelijking van deze gegevens met de resultaten van het 'SAK-project' is problematisch, omdat het registratieformulier qua categorieën niet geheel overeenkomt en omdat in het SAK-project alleen de diagnose in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps worden weergegeven en niet de behandeldoelen. Uit de vergelijking met het intramurale project blijkt dat ook daar voor een groot deel van de patiënten motorische stoornissen als behandelgoal zijn gekozen (48,3%), gevolgd door beperkingen in persoonlijke verzorging (48,4%) en in verplaatsen (41,2%) en beperkingen in huishouden (35,2%). De doelen die in de intra- en extramurale ergotherapie werden gekozen komen dus in grote lijnen overeen. In de extramurale ergotherapie wordt handicap in mobiliteit vaker als behandelgoal gekozen.

Een uitsplitsing van behandeldoelen naar de drie grootste aanbieders van extramurale ergotherapie laat nog een aantal accentverschillen zien. Zo blijkt dat ergotherapeuten in vrijgevestigde praktijken met name motorische en sensore stoornissen en beperkingen in basisvaardigheden en communicatie kiezen als behandelgoal. Een behandelgoal dat in ziekenhuizen/revalidatiecentra relatief vaak wordt gekozen is beperkingen in basisvaardigheden.

De interventies die door ergotherapeuten in de extramurale ergotherapie het meest frequent worden gekozen zijn de volgende: advies/instructie over hulpmiddelen en voorzieningen en activiteiten op het gebied van zelfverzorging. Ook in de intramurale sector zijn dit de twee meest gekozen interventies, zij het dat de volgorde precies andersom is. Er zijn dus geen grote verschillen in interventiekeuze tussen extra- en intramurale ergotherapie.

Als wordt gekeken naar de interventiekeuze in de drie grootste extramurale instellingen dan ontstaat een iets ander beeld. Het accent in vrijgevestigde praktijken ligt op functie/sensomotorische training, activiteiten op het gebied van produktiviteit en op voorlichting/instructie. In ziekenhuizen/revalidatiecentra wordt relatief vaak voor activiteiten op het gebied van produktiviteit en spalken gekozen.

Het uitgangspunt van behandeling dat het meest frequent wordt gekozen is het programma 'aanpassen'. In de intramurale ergotherapie stond ook het programma aanpassen centraal. Binnen de drie instellingen zijn er verschillen in keuze van de programma's. Zo blijkt dat in verpleeghuizen de programma's onderhoud en aanpassen frequent worden gekozen, in ziekenhuizen/revalidatiecentra de programma's herstel en aanpassen en in de vrijgevestigde praktijk wordt voornamelijk voor de programma's ontwikkelen en herstel gekozen.

De mediaan van het aantal uren behandeling bedraagt vijf uur. Dit verschilt van de behandelduur in de intramurale sector die gemiddeld 11 uur bedraagt, maar het komt ongeveer overeen met de behandelduur uit het 'SAK-project' die vier uur bedraagt. Qua behandelduur is er dus een groot verschil tussen de intra- en extramurale sector.

De mediaan bij het aantal contacten bedraagt in het onderhavige onderzoek vier keer. Dit komt overeen met de resultaten van het 'SAK-project', waar het gemiddelde aantal contacten ook 4,2 bedroeg.

Als wordt gekeken naar de drie instellingen qua behandelduur en qua aantal contacten, dan is dit breder dan in de andere twee onderzoeken. In de verpleeghuizen neemt ruim de helft van de behandelingen minder dan vijf uur in beslag, terwijl in de vrijgevestigde praktijk ruim de helft van de behandelingen tien uur of meer bedraagt. De behandelduur in ziekenhuizen/revalidatiecentra concentreert zich op twee punten, zowel behandelingen van korter dan drie uur als behandelingen van vijf uur of meer komen vaak voor. Nogmaals moet worden opgemerkt dat het begrip behandelduur verschillend is geïnterpreteerd door de respondenten en daardoor waarschijnlijk alleen betrekking heeft op de directe patiëntcontacten.

Inherent hieraan vertonen de contacten ongeveer hetzelfde beeld. In verpleeghuizen ligt het accent op vijf keer of minder en in vrijgevestigde praktijken wordt de meerderheid van de patiënten meer dan acht keer gezien. Het aantal contacten in ziekenhuizen/revalidatiecentra concentreert zich enerzijds op twee keer of minder en anderzijds op meer dan vijf contacten.

Het oordeel van de ergotherapeut over het resultaat van de behandeling kan positief worden genoemd. Voor de grootste groep patiënten (80%) wordt aangegeven dat hun functioneren aan het einde van de behandeling enigszins tot veel is verbeterd.

Vraagstelling 4

Hoe heeft de vraag naar en het aanbod van extramurale ergotherapie zich in de afgelopen jaren ontwikkeld; wat zijn de verwachtingen ten aanzien van de toekomstige vraagontwikkeling en hoe groot moet het aanbod zijn om aan deze vraag te kunnen voldoen?

De vraag naar extramurale ergotherapie vertoont vanaf 1990 een stijgende lijn en blijkt tot 1996 met een factor van ruim vijf te zijn toegenomen. Als de gegevens, die zijn verstrekt door de respondenten ten aanzien van de toekomstige groei van extramurale ergotherapie worden geanalyseerd, dan blijkt men voor de komende jaren (tot het jaar 2000) eenzelfde stijging te verwachten. Dit houdt in dat de extramurale ergotherapie tot het jaar 2000 zal toenemen met 120 fte ten opzichte van het jaar 1996. Uitgaande van de 159 fte extramurale ergotherapie die aan het begin van 1996 wordt geleverd, houdt dit dat in het jaar 2000 in totaal 279 fte extramurale ergotherapie wordt verwacht.

Absoluut gezien wordt de grootste groei verwacht in verpleeghuizen en in de vrijgevestigde praktijk. Als belangrijkste reden voor deze groei wordt de opname van extramurale ergotherapie als verstrekking in het kader van de Ziekenfondswet genoemd.

De groei van extramurale ergotherapie op de lange termijn lijkt wat moeilijker te voorspellen. Dit wordt met name veroorzaakt door het ontbreken van kwantitatieve gegevens over de toekomstige vraagontwikkeling. Daardoor kunnen er geen uitspraken worden gedaan over de invloed van epidemiologische, sociaal-culturele, institutionele en technische ontwikkelingen op de toename van extramurale ergotherapie. Wel kan worden geconcludeerd dat de demografische ontwikkelingen (vergrijzing) zullen bij-

dragen aan een groei van extramurale ergotherapie (prognose volgens midden-variant = 14,6% groei; volgens hoge-variant = 18,2% groei). Ook de zogenaamde niet-demografische bepaalde verschuivingen in het morbiditeitspatroon zullen hun bijdrage leveren aan de groei van extramurale ergotherapie.

Vraagstelling 5

In welke mate vindt samenwerking en afstemming plaats tussen de ergotherapeuten en de andere (thuiszorg)disciplines.

De resultaten van de extramurale inventarisatie laten zien dat bij verreweg de meeste patiënten (86%) overleg wordt gevoerd met andere hulpverleners. Bij eenderde van de patiënten vindt overleg plaats met fysiotherapeut en bij eenderde met de huisarts. Bij ongeveer een kwart van de patiënten wordt met de specialist overleg gevoerd.

In het 'SAK-project' is geïnventariseerd of er andere disciplines bij de behandeling betrokken waren, hier is dus niet specifiek naar overleg gevraagd. Deze disciplines waren de volgende: wijkverpleging, huisarts en fysiotherapeut. Dit wijkt dus qua accenten enigszins af van het onderhavige project. Met name de rol van de wijkverpleging is in het 'SAK-project' groter dan in het onderhavige project. Uit de gegevens van het intramurale project blijkt dat de meeste respondenten aangeven samen te werken met fysiotherapie, maatschappelijk werk en verpleging.

Ook is in het onderhavige project geïnventariseerd over welke onderwerpen overleg werd gevoerd. Het meest intensief werd er informatie uitgewisseld tussen ergotherapeut en huisarts, fysiotherapeut en gezinszorg. Daarnaast wordt tijdens overleg ook veel gesproken over het afstemmen van de behandeling tussen ergotherapeuten en paramedici (lees: fysiotherapeuten).

Een uitsplitsing naar de drie grootste aanbieders van extramurale ergotherapie laat zien dat er met name een verschil bestaat op het gebied van het maken van samenwerkingsafspraken. Hier wordt in de vrijgevestigde praktijk relatief veel aandacht aan besteed.

CONCLUSIES

De belangrijkste conclusies die uit het bovenstaande kunnen worden getrokken zijn:

- I. Extramurale ergotherapie is de laatste jaren qua omvang sterk gegroeid. Ergotherapeuten verwachten dat deze groei in de toekomst nog verder door zal zetten. Deze verwachting is met name gebaseerd op het beschikbaar komen van financiering van extramurale ergotherapie.
- II. Extramurale ergotherapie wordt vanuit een groot aantal typen instellingen aangeboden. Verreweg het grootste aanbod van extramurale ergotherapie is echter te vinden in verpleeghuizen. Extramurale ergotherapie wordt hier vooral vanuit de substitutiegelden gefinancierd. Vrijgevestigde praktijken zijn qua omvang de tweede aanbieders van extramurale ergotherapie. Financiering vindt hier plaats door de particuliere zorgverzekeraars en de patiënten zelf. Wat betreft de door ergotherapeuten verwachte groei, zijn er eveneens grote verschillen tussen instellingen. De grootste groei wordt - opnieuw - in verpleeghuizen

verwacht. Verder wordt met name groei verwacht in vrijgevestigde praktijken, revalidatiecentra, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en in het kruiswerk.

- III. Extramurale ergotherapie wordt vooral gegeven aan patiënten die (nog) niet opgenomen zijn. Slechts voor een klein deel van de patiënten is de extramurale ergotherapie een vervolg op een klinische opname.

Patiënten worden voor extramurale ergotherapie verwezen door huisartsen en medisch specialisten (met name verpleeghuisartsen en revalidatie-artsen). Een deel van de patiënten wordt door een niet-medicus aangemeld of komt op eigen initiatief.

In de extramurale ergotherapie worden vooral oudere patiënten behandeld: het merendeel van de patiënten is ouder dan 70 jaar. De uitzondering hierop zijn de vrijgevestigde praktijken: hier worden relatief meer kinderen jonger dan 16 jaar behandeld.

De aandoeningen van patiënten in de extramurale ergotherapie betreffen met name ziekten van botten/bindweefsel en bewegingsstelsel, ziekten van hart/vaatstelsel, ziekten van het zenuwstelsel en ongevalsletsels. Uitzondering hierop vormen de vrijgevestigde praktijken, waar het accent ligt op ontwikkelingsstoornissen. Zowel de leeftijd als de aandoeningen van patiënten in de extramurale ergotherapie verschillen duidelijk van patiënten in de intramurale ergotherapie.

- IV. De behandeling in de extramurale ergotherapie komt - wat betreft behandeldoelen en aard van interventies - in grote lijnen overeen met de intramurale ergotherapie. De extramurale en de intramurale ergotherapie verschillen echter in sterke mate wat betreft de behandelduur: in de extramurale ergotherapie omvat de behandeling minder uren dan in de intramurale ergotherapie. De vrijgevestigde praktijken verschillen echter in dit opzicht: de behandelduur ligt hier in het algemeen hoger.
- V. Ergotherapeuten beoordelen het resultaat van de behandeling in de extramurale setting over het algemeen als positief. Dit is een aanwijzing dat extramurale ergotherapie een effectieve vorm van zorg is; uiteraard dient hier echter benadrukt te worden dat het hier alleen gaat om het oordeel van de ergotherapeut zelf over het resultaat van de behandeling.
- VI. In de extramurale setting overleggen ergotherapeuten met veel andere disciplines. Het gaat hierbij met name om huisartsen, medisch specialisten, fysiotherapeuten, gezinsverzorging en (wijk)verpleging; daarnaast wordt - zij het minder frequent - met een groot aantal andere disciplines contact onderhouden.
- VII. In verschillende typen instellingen wordt de extramurale ergotherapie tot op zekere hoogte gekenmerkt door een eigen profiel. Dit eigen profiel betreft de aard van patiënten, hun problematiek en de toegepaste behandeling.

Tot slot dient hier opgemerkt te worden dat deze inventarisatie betrekking heeft op extramurale ergotherapie anno 1996. Het beschikbaar komen van financiering zal vermoedelijk van invloed zijn op de omvang, aard en wijze van aanbieden van extramurale ergotherapie. De bovenstaande conclusies betreffen daarom nadrukkelijk de situatie in 1996 en kunnen niet gegeneraliseerd worden voor de komende jaren. Om de effecten van het beschikbaar komen in financiering te kunnen evalueren is het nodig extramurale ergotherapie op termijn opnieuw in beeld te brengen.

LITERATUUR

- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Uitkomsten Bevolkings- en huishoudensprognose. 1996, Voorburg/Heerlen.
- DRIESSEN M.J., DEKKER J. Ergotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg. 1994, NIVEL, Utrecht.
- DRIESSEN M.J., DEKKER J. Evaluatie van Ergotherapie bij de Stichting Amsterdams Kruiswerk in 1993. 1994, NIVEL, Utrecht.
- KIRKWOORD B.R. Essentials of Medical Statistics. 1998, Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- REED K., SANDERSON N. 1992. Concepts of occupational therapy, third edition, Williams and Wilkins, Baltimore.
- RIJKSINSTITUUT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Gezondheidstoestand van de Nederlandse Bevolking van 1950-2010. 1994, SDU, Den Haag.
- STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. De invloed van de bevolkingsontwikkeling op ziektelast en zorgvoorzieningen. 1991, STG, Rijswijk.

BIJLAGE I

VRAGENLIJST
EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE

--	--	--

Toelichting bij vragenlijst extramurale ergotherapie.

vraag 1. U dient deze vraag alleen in te vullen voor de werkplek waaraan de vragenlijst is gericht.

vraag 3 onder **extramurale ergotherapie** wordt dié vorm van ergotherapie verstaan waarbij ergotherapeuten buiten de instelling, bij patiënten thuis of in een eigen praktijk, patiënten behandelen.

onder **WVG** werkzaamheden worden die werkzaamheden verstaan die in het kader van de WVG vanuit de instelling/eigen praktijk worden uitgevoerd.

Vanaf vraag 5 dient u de werkzaamheden t.b.v. de WVG **buiten** beschouwing te laten.

vraag 7. Substitutiegelden zijn die gelden die door een verpleeghuis ter beschikking worden gesteld om mensen die thuis wonen maar wel een verpleeghuisindicatie hebben te kunnen behandelen.

Consultatiegelden zijn die gelden die aangewend kunnen worden voor het verstrekken van adviezen aan andere disciplines ten behoeve van de behandeling van de patiënt (in principe een eenmalige actie).

Patiëntgegevens:

Deze gegevens dient u in te vullen voor de laatste vijf patienten die u extramuraal behandeld heeft en waarvan u de behandeling heeft afgesloten. Het gaat dus NIET om huisbezoeken !

Hartelijk dank voor het invullen.

Bij vragen kunt u op dinsdag, woensdag of donderdag contact opnemen met Marie-José Driessen op het NIVEL.

Telefoonnummer 030 - 2 31 99 46.

ALGEMENE VRAGEN

1. In wat voor type instelling bent u werkzaam?

- Verpleeghuis
 - Algemeen ziekenhuis (somatiek)
 - Academisch ziekenhuis (somatiek)
 - Psychiatrische afdeling van algemeen/academisch ziekenhuis
 - Revalidatiecentrum (inclusief kinderrevalidatie)
 - Psychiatrische instelling
 - Instelling voor verstandelijk gehandicapten
 - Scholen (bijzonder onderwijs)
 - Vrijgevestigde praktijk
 - Kruiswerk
 - Overig
-

2. Hoeveel ergotherapeuten zijn er binnen uw instelling/praktijk werkzaam en hoeveel full-time equivalenten ergotherapie zijn dit (één fte of formatieplaats is 100% aanstelling, een aanstelling van 40% betekent 0.4 fte)?

Totaal aantal werkzame ergotherapeuten:

Totaal aantal fte per week :

3. Worden er vanuit uw instelling/praktijk extramuraal ergotherapie of WVG-werkzaamheden verricht?

- nee ----> ga door met vraag 10
- ja ----> ga door met vraag 4

4. Hoeveel ergotherapeuten verrichten er werkzaamheden ten behoeve van extramuraal ergotherapie en de WVG en hoeveel fte ergotherapie betreft dit?

Extramuraal

Totaal aantal ergotherapeuten:

Totaal aantal fte per week :

Waarvan fte per week elders gedetacheerd

WVG

Totaal aantal ergotherapeuten:

Totaal aantal fte :

5. In welk jaar is uw instelling/praktijk gestart met extramuraal ergotherapie?

Startjaar: 19 . .

6. Om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de extramurale ergotherapie vragen wij u het gemiddeld aantal fte per week die beschikbaar is voor extramurale ergotherapie en het gemiddeld aantal patiënten over de afgelopen jaren weer te geven:

Gemiddeld aantal fte	Aantal patiënten
1990:	1990:
1991:	1991:
1992:	1992:
1993:	1993:
1994:	1994:
1995:	1995:

7. Hoe wordt de extramurale ergotherapie thans gefinancierd?

-% via substitutiegelden
-% via consultatiegelden
-% via AWBZ-gelden
-% via ziekenhuisbudget
-% via ziekenfonds
-% via particuliere verzekeraars
-% via patiënt zelf
-% via overig specificeer

Totaal 100%

8. Stel, in uw instelling is de vraag naar extramurale ergotherapie groter dan het aanbod dat u kunt leveren. Als deze situatie zich voordoet: hoe lost u dit dan op?

- N.v.t., deze situatie doet zich niet voor
- Om deze situatie op te lossen worden de volgende acties ondernomen:
 -% van de patiënten door collega's laten behandelen
 -% van de patiënten tijdens overwerk behandelen
 -% van de patiënten op een wachtlijst te zetten
 -% patiënten doorverwijzen naar andere instelling

100%

9. Indien er structureel een grotere vraag naar extramurale ergotherapie in relatie tot het aanbod van extramurale ergotherapie is, kunt u aangeven hoeveel fte u tekort komt om deze problemen te voorkomen?

..... fte

10. Verwacht u dat de verstrekking extramurale ergotherapie tot het jaar 2000 zal toenemen of afnemen en met hoeveel fte?

- toename tot fte per week in 2000
- blijft hetzelfde
- afnemen tot fte per week in 2000

11. Wat is de belangrijkste reden dat uw instelling meer of minder fte ergotherapie zal gaan verstrekken?

.....
.....

12. Zijn er binnen uw afdeling/praktijk in **1996** één of meer vacatures voor een ergotherapeut aanwezig of te verwachten, zo ja hoeveel full-time equivalenten (fte) betreft dit?

- Nee
- Ja, voor fte ergotherapeuten, waarvan circa fte specifiek ten behoeve van extramurale ergotherapie

13. Zijn er volgens u op dit moment patiëntengroepen die langer opgenomen moeten blijven in uw instelling omdat extramurale ergotherapie niet mogelijk is (bijvoorbeeld door het ontbreken van financiering)?

- N.v.t.
- Nee
- Ja, namelijk: specificeer patiëntengroepen (diagnosecategorieën)

.....
.....

Indien er vanuit uw instelling/praktijk **wel** extramurale ergotherapie wordt verricht, verzoeken wij u ook de volgende pagina's in te vullen.

Indien er vanuit uw instelling/praktijk **geen** extramurale ergotherapie wordt verricht, verzoeken wij u deze lijst in bijgevoegde portvrije envelop te retourneren.

PATIËNTGEGEVENS: PATIËNT 1

Geboortedatum: - 19 ..

Geslacht Man Verzekering: Ziekenfonds: verzekering betaalt wel/geen extramurale ET
 Vrouw Particulier : verzekering betaalt wel/geen extramurale ET
 Geen

VERWIJSGEGEVENS

Verwijzer

- Huisarts
 - Medisch Specialist : (specialisme)
 - Aanmelder (geen arts):
 - Eigen initiatief
-

Medische/psychiatrische diagnose zoals door verwijzer omschreven

.....
.....

BEHANDELDOELEN

Op welke hieronder genoemde stoornis(sen), beperking(en), handicaps heeft u uw behandeldoelen gericht gedurende de behandeling (maximaal vijf doelen aangeven)?

Behandeldoel is gericht op:

Stoornis

- Motorisch (gestoorde structuur/functie, coördinatie)
- Sensorisch (sensibiliteit, proprioceptie, pijn)
- Cognitief (geheugen, neuropsychologisch)
- Intrapersoonlijk (gedrag, waarneming, aandacht, realiteitsbesef)

Beperking

- Basisvaardigheden (motorische, cognitieve, psychologische, interactionele vaardigheden)
- Communicatie (spreken, lezen, schrijven)
- Uithoudingsvermogen (fysiek/psychisch)
- Verplaatsen/voortbewegen (transfers, lopen binnen/buiten)
- Persoonlijke verzorging (toiletbezoek, persoonlijke hygiëne, kleden, eten/drinken)
- Huishouden (licht/zwaar huishoudelijk werk, verzorgen maaltijden, verzorgen huisgenoten)
- Vaardigheidsbeperking (hanteren fysieke omgeving, budgetteren)
- Tijdsbesteding (hobby's)

Handicaps

- Rol van zelfverzorger (het uiterlijk en de wijze van presenteren van het individu, zorg dragen voor eigen bezittingen, leefgewoonten in verband met gezondheid)
 - Mobiliteit (vermogen van een individu om zich zowel binnens- als buitenshuis te kunnen of durven te verplaatsen)
 - Sociale rol (frequentie en kwaliteit van de contacten met vrienden en goede kennissen, het ondernemen van activiteiten in de vrije tijd)
 - Beroepsrol (het functioneren in het dagelijks werk, bijv. het aanpassen aan de dagelijkse routine, gevraagde inzet, omgang met collega's. Hiermee wordt ook huishoudelijk werk bedoeld)
 - Gezins/familierol (het onderhouden van een emotionele band met gezins/familieleden, taken op zich nemen die belangrijk zijn voor het functioneren van het gezin/groep, bijdragen aan de sfeer in het gezin of anderen met wie men samenwoont/leeft)
-

ERGOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIES

Heeft u onderzoek verricht om de probleem/vraagstelling te kunnen formuleren?

- Ja
 Nee
-

Behandelgegevens

Wat zijn de belangrijkste interventies die u heeft gebruikt tijdens behandeling (max. 2)?

- Activiteiten gericht op zelfverzorging (o.a. persoonlijke verzorging, voortbewegen & vervoer, communicatie)
 Activiteiten gericht op produktiviteit en spel (o.a. huishouden, werk, spel, school)
 Activiteiten gericht op vrije tijd (o.a. tijdsbesteding, hobby's)
 Advies/instructie/aanvraag van hulpmiddelen en voorzieningen
 Advies/instructie/aanvraag van woningaanpassingen
 Vervaardigen van spalken
 Functietraining/senso-motorische training
 Voorlichting/instructie aan derden
 Overig, specificeer
-

Welke uitgangspunten stonden centraal bij deze behandeling (max. 2)?

- Onderhoud/behoud (onderhouden van bestaande functies, vaardigheden en activiteiten)
 Ontwikkelen (ontwikkelen van (nieuwe) functies, vaardigheden en activiteiten)
 Herstel (het verbeteren van (bestaande) functies, vaardigheden en activiteiten)
 Aanpassen omgeving (m.b.v. hulpmiddelen, woningaanpassingen het zelfstandig functioneren optimaliseren)
 Preventie (voorkómen van het ontstaan van stoornissen en beperkingen middels bijvoorbeeld leefregels)
-

Was deze behandeling een voortzetting van een klinische opname?

- Ja
 Nee
-

Hoeveel uur heeft u deze patiënt in totaal behandeld? uur

Hoe vaak heeft u contact gehad met deze patiënt: keer

Wat was de begindatum van de behandeling : - - 19 ..

Wat was de einddatum van de behandeling : - - 19 ..

Hoe zijn bij deze patiënt de patiëntgebonden werkzaamheden verdeeld?

Patiëntgebonden werkzaamheden	Direct%
	Indirect%
	Reistijd%
		<hr/>
		100%

Als u zelf een oordeel mag geven over het behaalde eindresultaat van de behandeling welke uitspraak verwoordt dan het beste het resultaat van de behandeling t.a.v. het functioneren van de patiënt en indien van toepassing op de hoeveelheid hulp?

Aan het begin van de behandeling heeft u een aantal behandoelen gekozen. Kunt u aangeven of het functioneren van de patiënt veranderd is in relatie tot de gestelde doelen?

Het functioneren van deze patiënt is:

- Volledig hersteld, zelfstandig
- Veel verbeterd
- Enigszins verbeterd
- Niet veranderd
- Iets verslechterd
- Erg verslechterd

Door ergotherapie is:

- Hulp van wijkverpleging/gezinszorg verminderd/gestopt/verlicht
- Hulp van familie/mantelzorg verminderd/gestopt/verlicht
- Hulp van verzorgingshuis verminderd/gestopt/verlicht
- Niet van toepassing, patiënt ontvangt geen hulp van anderen

Heeft u over de behandeling van deze patiënt overleg gevoerd met andere hulpverleners?

- Nee
- Ja, specificeer, u kunt meerdere kruisjes zetten (indien van toepassing, aangeven of het een intra- en/of extramuraal contact betreft)
 - Huisarts
 - Wijkverpleging
 - Specialist
 - Gezinszorg
 - Ergotherapeut: intra/extramuraal
 - Fysiotherapeut: intra/extramuraal
 - Logopedist: intra/extramuraal
 - Diëtist: intra/extramuraal
 - Maatschappelijk werk intra/extramuraal
 - Overig specificeer

Over welke onderwerpen heeft u overleg gevoerd met andere disciplines t.b.v. de ergotherapiebehandeling van deze patiënt?

- Uitwisselen informatie :
(specificeer disciplines)
- Afstemmen behandeling :
(specificeer disciplines)
- Samenwerkingsafspraken:
(specificeer disciplines)
- Overdragen behandeling :
(specificeer disciplines)
- Overig :
(specificeer disciplines)

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Evaluatie van ergotherapie bij de Stichting Amsterdams Kruiswerk

Auteurs: M.J. Driessen, J. Dekker, H. Abrahamse
NIVEL, 1994, 52 pag., fl. 20,00

In opdracht van de Stichting Amsterdams Kruiswerk is onderzoek verricht naar ergotherapie in de thuiszorg. Het doel van het onderzoek was een kwantitatieve beschrijving van de ergotherapie in de thuiszorg en daarnaast het oordeel van de patiënten over de ernst van hun problemen.

Het onderzoek geeft een beschrijving van de volgende aspecten:

- Kenmerken van patiënten (leeftijd, geslacht, medische diagnose, ergotherapeutische diagnose in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps, oordeel van patiënt over de ernst van zijn probleem)
- Kenmerken van de behandeling (aantal contacten en duur van behandeling)
- Veranderingen in beperkingen, handicaps en het oordeel van de patiënt aan het einde van de behandeling.

Brancherapport Paramedische Zorg

Auteurs: P.M.Rijken, C.M. van Heugten, J.Dekker
Utrecht: NIVEL 1995, 258 pag., fl. 43,00

Dit rapport bevat een overzicht van de momenteel beschikbare informatie over de paramedische zorg. Dit overzicht omvat de tien paramedische beroepsgroepen, te weten: Diëtisten, Ergotherapeuten, Fysiotherapeuten, Logopedisten, Mondhygiënisten, Oefentherapeuten - Cesar, Oefentherapeuten - Mensendieck, Orthoptisten, Podotherapeuten en Radiologisch Laboranten.

Het rapport bestaat globaal gezien uit twee delen. Het eerste deel bevat een samenvatting en integratie van de informatie over de gehele paramedische zorg. Het tweede deel bevat een overzicht van de paramedische zorg, waarbij elke beroepsgroep in een afzonderlijk hoofdstuk aan de orde komt. Per paramedische beroepsgroep komen de volgende onderwerpen aan de orde: korte omschrijving van het beroep, regulering en financiering, aanbod van zorg, vraag naar zorg, kwaliteit en doelmatigheid en ontwikkelingen en knelpunten.

Functie en plaats van ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg

Auteurs: M.J.Driessen, J.Dekker
NIVEL, 1994, 138 pag., fl. 39,50

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.

