

Ergotherapie voor thuiswonende ouderen

*Een onderzoek naar de mogelijkheden van ergotherapie in de
gemeente Bergen lb.*

Onderzoeksrapport

Opdrachtgever: P. Vennekens
Eerstelijns ergotherapiepraktijk Domi te
Tienray

Junior onderzoekers:

J. Bergsma	492382
C. Br�x	498488
W. Dusink	486029
M. Kramer	493363

Senior onderzoeker: B. Van Bodegom

Praktijkgericht onderzoek
Hogeschool Arnhem & Nijmegen - Opleiding Ergotherapie
2014-2015 Nijmegen



Ergotherapiepraktijk
Domi

Hogeschool



van Arnhem en Nijmegen

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport dat is geschreven voor de eerstelijns ergotherapiepraktijk Domi te Tienray. Met dit rapport studeren wij, junior onderzoekers, af aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen te Nijmegen als ergotherapeuten. In dit onderzoek zijn de problemen onder ouderen in de gemeente Bergen Limburg (lb) in kaart gebracht. Het doel hierbij is dat Domi in de toekomst meer cliënten heeft. Dit onderwerp is door iedereen gekozen omdat het onderzoeksteam ondernemen een leuk en uitdagend onderwerp vindt. Elke junior onderzoeker heeft ervaring met de doelgroep ouderen en/of wil in de toekomst met ouderen werken. Het is ons opgevallen dat in de gemeente Bergen lb de mensen vriendelijk zijn en graag mee willen werken aan het onderzoek. Wij hopen dat de aanbevelingen in dit rapport bruikbaar zullen zijn voor het vergroten van het cliëntenbestand van Domi.

Het schrijven van dit rapport heeft ons tot vele nieuwe inzichten gebracht. In het begin was de opdracht erg open en kregen wij de ruimte om te doen wat we graag wilden doen. Uiteindelijk is er een onderzoek tot stand gekomen waar wij allen van geleerd hebben. Door deze ervaring zijn wij nu beginnende professionals in het schrijven van een onderzoeksrapport. Deze periode was voor ieder van ons een leerzaam proces waarin ieder zijn kwaliteiten heeft benut en zijn/haar kennis heeft toegepast.

Voor het tot stand komen van dit onderzoeksrapport willen wij graag de senior onderzoeker, Bea van Bodegom, bedanken. Zij heeft ons gedurende het gehele proces geholpen en liet ons tot nieuwe inzichten komen. Daarnaast willen wij alle respondenten bedanken voor hun inzet en tijd. Onze dank gaat ook uit naar de opdrachtgever die ten alle tijden open stond voor vragen en het geven van feedback.

Jellianne Bergsma
Christina Brûx
Ward Dusink
Maud Kramer

Nijmegen, 2015

Samenvatting

De opdrachtgever signaleert bij de start van haar nieuwe eerstelijns ergotherapiepraktijk Domi dat het beroep ergotherapie onbekend is in de omgeving van Tienray. Mogelijk hierdoor heeft Domi te weinig cliënten. De opdrachtgever wil graag een fulltime baan als ergotherapeut. Ze heeft het onderzoeksteam gevraagd onderzoek te doen naar de mogelijkheden om haar cliëntenbestand uit te breiden. De probleemverheldering is vormgegeven door deskresearch te doen naar ondernemen in de zorg. De gevonden literatuur is weergegeven in een theoretisch kader. Door de huidige situatie van Domi in de probleemanalyse te vergelijken met de literatuur, werd duidelijk waar kansen en bedreigingen voor Domi liggen. Er kwam naar voren dat Domi onvoldoende inzicht heeft in de kansen in de omgeving van Tienray. De opdrachtgever heeft de junior onderzoekers gevraagd het onderzoek te richten op de gemeente Bergen lb. Met behulp van onderzoek naar de omgeving van Tienray is geconstateerd dat er in de gemeente Bergen lb de meeste kans bestaat op cliëntenwerving van ouderen voor Domi.

Na de probleemanalyse en de probleemdefiniëring is de onderzoeksvraag geformuleerd: *Wat kan de eerstelijns ergotherapiepraktijk Domi met de problemen die volgens zorgprofessionals spelen onder de doelgroep ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met drie in de gemeente Bergen lb om deze cliënten te werven?* Om antwoord te krijgen op deze vraag zijn deelvragen opgesteld. De eerste drie deelvragen gaan over de problemen onder ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met drie in de gemeente Bergen lb volgens verschillende zorgprofessionals. De vierde deelvraag gaat over het samenbrengen van de genoemde problemen in een top vijf. Deelvraag vijf vraagt om vertalen van de problemen naar ergotherapeutische dienstverlening en bij de laatste deelvraag is in de literatuur gezocht naar informatie over het werven van cliënten.

Voor de dataverzameling van dit onderzoek zijn zes respondenten vanuit verschillende beroepsgroepen uit de gemeente Bergen lb geïnterviewd. De resultaten en conclusies zijn omgezet in aanbevelingen voor Domi. De belangrijkste conclusie uit het onderzoek is dat er vele kansen zijn om het cliëntenbestand van Domi uit te breiden, met als aanbeveling in te spelen op de problemen die naar voren zijn gekomen uit fieldresearch. Van daar uit zal de opdrachtgever promotie moeten voeren om haar expertise op de problemen kenbaar te maken onder de doelgroep. Dit kan zij doen door te adverteren in wijkkranten, ook sufferdjes genoemd. Daarnaast kan de opdrachtgever de huisartsen en andere zorgprofessionals op de hoogte stellen van haar kennis en expertise door middel van face to face promotie te voeren. Als laatste kan de opdrachtgever een multidisciplinaire samenwerking starten met de fysiotherapeuten en thuiszorg.

Naast de aanbevelingen voor ergotherapiepraktijk Domi is een aanbeveling voor vervolgonderzoek gedaan.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	6
2	Opbouw	6
3	Van aanleiding naar het probleem	6
3.1	<i>Huidige situatie</i>	6
3.2	<i>Theoretisch kader Deel 1: Ondernemen in de zorg</i>	7
3.2.1	Veranderingen in de zorg	7
3.2.2	Ondernemen in de zorg (algemeen)	9
3.2.3	Ondernemen in ergotherapie (specifiek)	10
3.3	<i>Aanleiding</i>	10
3.4	<i>Theoretisch kader Deel 2: Ondernemen in Ergotherapie in de gemeente Bergen lb</i>	11
3.4.1	Concurrentie omgeving Domi	11
3.4.2	Bevolking gemeente Bergen lb	11
3.5	<i>Probleemanalyse</i>	11
4	Onderzoeks-omschrijving	12
4.1	<i>Probleemdefiniëring</i>	12
4.2	<i>Onderzoeksdoel</i>	12
4.3	<i>Onderzoeksvraag en deelvragen</i>	12
4.4	<i>Begrippen</i>	13
5	Betrokkenen	13
5.1	<i>Doelgroep</i>	13
5.2	<i>Respondenten</i>	14
6	Materiaal en methode	14
7	Relevantie voor de praktijk	15
7.1	<i>Relevantie praktijk Domi</i>	15
7.2	<i>Relevantie beroepspraktijk</i>	15
7.3	<i>Maatschappelijke relevantie</i>	16
8	Resultaten van het onderzoek	16
8.1	<i>Thema: Problemen bij ouderen</i>	17
8.1.1	Deelvraag 1	17
8.1.2	Deelvraag 2	18
8.1.3	Deelvraag 3	18
8.1.4	Deelvraag 4	18
8.1.5	Deelvraag 5	20
8.2	<i>Thema: Profilerings</i>	25
8.2.1	Deelvraag 6	25
8.3	<i>Thema: Gevolgen verandering in de zorg</i>	27
9	Discussie	28
10	Conclusie	29
11	Aanbeveling voor vervolgonderzoek	33
12	Begrippenlijst	34
13	Literatuurlijst	35
14	Bijlagen	41
14.1	<i>Bijlage één: SWOT-analyse Ergotherapiepraktijk Domi</i>	41
14.2	<i>Bijlage twee: Problemen onder ouderen met een voormalig ZZP één tot en met drie in de gemeente Bergen lb</i>	42

14.3	<i>Bijlage drie: Ziektebeelden / aandoeningen onder ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met drie in de gemeente Bergen lb</i>	43
14.4	<i>Bijlage vier: Tabel ergotherapeutische diensten met problemen Deelvraag</i>	44

1 Inleiding

Dit onderzoeksrapport geeft inzicht in de kansen die de opdrachtgever kan benutten om een fulltime baan te creëren. Dit rapport bevat aanbevelingen om meer cliënten te werven. Het onderzoeksrapport staat in relatie met de theoretische onderbouwing maar kan afzonderlijk gelezen worden. Het onderzoeksrapport bevat informatie over bevindingen, resultaten en aanbevelingen die gedurende het onderzoek tot stand zijn gekomen. In het volgende hoofdstuk wordt de opbouw van dit onderzoeksrapport toegelicht.

2 Opbouw

Het rapport geeft inzicht in hoe de opdrachtgever haar cliëntenbestand kan uitbreiden. Met behulp van een theoretisch kader is de huidige situatie verdiept waarna de aanleiding van het onderzoek is weergegeven (hoofdstuk 3). Het theoretisch kader bakent de onderzoeksvraag verder af en heeft richting gegeven aan dit onderzoek. Het theoretisch kader is gevormd in de loop van de uitwerking van de probleemdefiniëring. Vanuit de SWOT-analyse komt een aantal suggesties voor dit onderzoek naar voren. In overleg met de opdrachtgever is één van deze suggesties gekozen. Daaraan zijn de onderzoeksvraag en deelvragen gekoppeld en is het doel opgesteld (hoofdstuk 4). Hoofdstuk 6 *Materiaal en methode* bevat uitleg over het verzamelen van informatie om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Hierna wordt de relevantie (hoofdstuk 7) van dit onderzoek voor Domi, de beroepspraktijk en voor de maatschappij vermeld. In de resultaten (hoofdstuk 8) worden de deelvragen beantwoord en de resultaten inzichtelijk weergegeven door middel van diagrammen. Hoofdstuk 9 *Discussie* worden de zwakke kanten van dit onderzoek bediscussieerd. In de conclusie (hoofdstuk 10) wordt de onderzoeksvraag beantwoord, waarna aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek (hoofdstuk 11).

3 Van aanleiding naar het probleem

In dit hoofdstuk wordt de huidige situatie aan de hand van het theoretische kader Deel 1 uitgediept. Het onderwerp van dit theoretisch kader is *Ondernemen in de zorg*. Na het eerste deel van het theoretisch kader wordt de aanleiding voor de onderzoeksvraag beschreven, waarna het theoretische kader zich verder vormt rondom deze onderzoeksvraag (Deel 2). Het onderwerp van Deel 2 is *Ondernemen in ergotherapie in de gemeente Bergen lb*.

3.1 Huidige situatie

In februari 2014 is de opdrachtgever van dit onderzoek in Tienray, gemeente Horst aan de Maas, een nieuwe eerstelijns ergotherapiepraktijk gestart. De praktijk heet 'Domi'. De oprichtster en opdrachtgever van dit onderzoek is in augustus 2013 afgestudeerd aan de HAN Arnhem en Nijmegen met de Bachelor of Health Ergotherapie. In dit onderzoek wordt de ergotherapeut, tevens opdrachtgever en oprichtster van Domi, opdrachtgever genoemd. De opdrachtgever woont in Tienray en heeft daarom daar haar praktijk gevestigd. Zij is een zelfstandig ondernemer zonder personeel.

De opdrachtgever is lid van de Commissie Regionaal Ergotherapeutisch Netwerk Limburg (REN) (Ergotherapiepraktijk Domi, 2014) en aangesloten bij Ergotherapie Nederland (P. Vennekens, Persoonlijke mededeling, 11 september 2014). Vanuit de REN heeft zij contacten met ergotherapeuten in de omgeving. De ergotherapiepraktijk Domi richt zich vooral op de doelgroep ouderen met diverse neurologische problematiek zoals epilepsie, beroerte of dementie (Nederlandse Vereniging Neurologie, z.d.). Voor deze doelgroep is gekozen omdat de opdrachtgever de minor Neurorevalidatie gevolgd heeft. Hiernaast heeft ze een aantal jaren werkervaring als verpleegkundige met de doelgroep ouderen. Bij de doelgroep ouderen ligt haar expertise. Wat Domi uniek maakt ten opzichte van andere praktijken is dat de opdrachtgever zo mogelijk altijd bereid is naar de cliënt toe te gaan. De opdrachtgever behandelt de meeste cliënten in de thuissituatie. Zoals de opdrachtgever het zelf zegt: *“De cliënten kunnen lekker thuis blijven.”* Daarnaast neemt ze binnen twee dagen contact op met de cliënt zodat de therapie snel kan beginnen. Dit zijn haar Unique Selling Points (USP).

3.2 Theoretisch kader Deel 1: Ondernemen in de zorg

Het onderwerp van het theoretisch kader is *Ondernemen in de zorg*. Dit onderwerp omvat: *Veranderingen in de zorg*, *Ondernemen in zorg (algemeen)* en *Ondernemen in Ergotherapie (specifiek)*.

3.2.1 Veranderingen in de zorg

Demografische gegevens van Nederland

In Nederland is de groene demografische druk, de verhouding tussen de jeugd en het werkende deel van de bevolking, 38,2%. De grijze demografische druk, de verhouding tussen ouderen (65+) en mensen tussen 20 en 65 jaar oud, is 29%. De laatste 50 jaar is de grijze druk van 16,8% naar 29% gestegen, terwijl de groene druk is gedaald van 67,9% naar 38,2% (CBS statline, 2014).

Statistisch gezien geldt voor de Nederlandse bevolking dat naar mate mensen ouder worden de beperkingen toenemen in horen, zien, bewegen en verstaanbaarheid. Vooral op gebied van bewegen komen veel beperkingen voor. Daarnaast nemen vanaf het 55e levensjaar de beperkingen in Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) toe (CBS Statline, 2014). Vanuit een toekomst-raming van Nivel (2014) komt naar voren dat er van 2011 tot 2016 een stijging van 1% zal ontstaan aan (deel)contacten bij de huisarts voor aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Dit betekent dat er meer kans is op doorverwijzingen naar bijvoorbeeld een ergotherapeut of fysiotherapeut.

Wetgeving rondom de zorg

Sinds 2006 heeft Nederland een zorgverzekeringsstelsel dat voor iedereen toegankelijk is. Mede door explosieve stijging van de ziektekosten zijn er momenteel veranderingen in dit zorgstelsel. Sinds twee jaar is de gezondheidszorg de grootste kostenpost voor het Rijk met bijna 75 miljard euro. Dit is 30% van de rijksoverheidsuitgaven. Wanneer de stijging zal doorzetten kan de rijksbegroting in de toekomst de helft van de overheidsuitgaven kwijt zijn aan de gezondheidszorg (Atlas van de zorg & Hulp, 2012). Om deze stijging te verminderen is er een aantal bezuinigen in gang gezet die (mogelijk) worden doorgevoerd.

Het huidige zorgverzekeringsstelsel bestaat uit twee wetten, de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De Zorgverzekeringswet bestaat uit een basisverzekering, die voor iedereen verplicht is, een eigen risico en eventuele zorgtoeslag (Basisverzekering.nl, z.d.). De AWBZ gaat over de verantwoordelijkheid en de bekostiging van langdurige zorg (Rijksoverheid, z.d.).

De belangrijkste verandering in de zorg is de hervorming van de AWBZ. Deze hervorming zal worden opgevangen door: invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz), kanteling van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO), invoering van de Kern-AWBZ en Jeugdwet en veranderingen in de zorgverzekeringswet (Vektis, z.d.). Deze wetten worden hieronder toegelicht.

De **Wet langdurige zorg** regelt de zorg rondom mensen die de gehele dag intensieve zorg en toezicht nodig hebben (Rijksoverheid, 2014). De **kanteling in de Wmo** heeft als doel de gemeenten te stimuleren om de compensatieplicht op een nieuwe wijze vorm te geven. De compensatieplicht houdt in dat wanneer zorgvragers problemen ervaren in de zelfredzaamheid of maatschappelijke participatie, de gemeente deze problemen zo veel mogelijk compenseert of oplost. De nieuwe wijze van vormgeven betekent concreet dat de gemeenten in eerste instantie niet een beoordelend, maar een vraag-verhelderend gesprek voeren met de zorgvragers. Daarnaast moeten ze afstappen van de standaard voorzieningenlijst en creatief zoeken naar oplossingen. De gemeente hoort de eigen regie van de zorgvrager te stimuleren door te werken naar zelfmanagement van de zorgvrager (Driessen & Schendzielorz, 2013).

Daarnaast gaat de extramurale zorg vanuit de AWBZ naar de Wmo. De voorheen lichtere indicaties voor zorg, zoals de begeleiding en dagbesteding, en beschermd wonen voor

mensen met een psychische stoornis, zijn vanaf dat moment onderdeel van de Wmo. Mensen krijgen dan geen indicatie voor de Zorg-Zwaarte-Pakketten verpleging verzorging één tot en met drie (ZZP vv één t/m drie) maar krijgen een indicatie voor extramurale zorg (Rijksoverheid, 2014). Zorg-Zwaarte-Pakketten zijn indicaties voor de mate van zorg die een persoon vanuit de AWBZ mag ontvangen (PerSaldo, 2014) en wordt zorgzwaarte genoemd (Pijnappels & Vries, 2009). Voor ouderen betekent deze veranderde indicatie dat ze langer zelfstandig thuis blijven wonen. Ze zullen nu zorg krijgen vanuit de thuiszorg of buurtzorg en daarnaast zorg vanuit eerstelijns praktijken zoals ergotherapie, fysiotherapie et cetera.

De intramurale zorg voor de meest kwetsbare mensen vanuit de AWBZ blijft bestaan in de **kern-AWBZ** (Rijksoverheid, 2013; Vektis, z.d.). De AWBZ-zorg voor jongeren zal onder de **Jeugdwet** terecht komen. De gemeenten zijn dan verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdhulp, uitvoering kinderschermingsmaatregelen en de uitvoering van de jeugdreclassering (Atlas van de zorg & Hulp, 2012). De zorg van mensen onder de achttien met ernstige verstandelijke, lichamelijke of meervoudige beperkingen valt vanaf 2015 onder de Wlz. Dit zijn kinderen die 24 uur per dag zorg nodig hebben en hulpbehoevend blijven (Rijksoverheid, 2014).

De verpleging en verzorging worden onderdeel van de **zorgverzekeringswet**. Mensen die een langere tijd opgenomen zijn in een psychiatrische ziekenhuis, zijn de eerste drie jaar verzekerd vanuit hun eigen verzekering (Atlas van de zorg & Hulp, 2012). Daarna valt de zorg van deze doelgroep onder de Wlz. Daarnaast krijgt de wijkverpleging een grotere rol. Zij zorgen ervoor dat de medische en sociale domeinen nader tot elkaar komen. De wijkverpleging coördineert de zorg rondom de cliënten en bekijkt samen met de cliënt wat er nodig is om langer zelfstandig thuis te wonen. Het kabinet trekt 200 miljoen euro uit voor meer wijkverpleegkundigen (Atlas van de zorg & Hulp, 2012).

De Eerste kamer heeft per 2 december 2014 de Wlz aangenomen (Eerste kamer, 2014). De Jeugdwet is sinds 18 februari 2014 goedgekeurd door de Eerste kamer (Eerste kamer, 2014; Atlas in de zorg & Hulp, 2012). Dat betekent dat per 1 januari 2015 de hervorming rondom de AWBZ is ingevoerd.

Organisatie van de zorglijnen

In Nederland is de zorg onderverdeeld in de nulde-, eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Zorg die wordt aangeboden zonder een hulpvraag heet preventieve zorg en valt onder de nuldelijnszorg. Bij de eerstelijnszorg wordt de zorg rechtstreeks geregeld en is toegankelijk voor iedereen. Hiermee wordt bedoeld dat er geen verwijzing nodig is om een afspraak te maken bij de huisarts, de ergotherapeut, de fysiotherapeut, de psycholoog, mondzorg of verloskundige zorg (Nationaal Kompas volksgezondheid, 2014).

Wanneer zorg vanuit de eerstelijns ontoereikend is, verwijzen de zorgverleners door naar de tweedelijnszorg. Onder tweedelijnszorg valt de ziekenhuiszorg, specialisaties in ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg. Wanneer hoog specialistische zorg nodig is wordt er doorverwezen naar de derdelijnszorg. Hieronder valt bijvoorbeeld topklinische zorg (Nationaal Kompas volksgezondheid, 2014).

Alle zorgaanbieders registreren zich in het BIG-register zodat zij cliënten/patiënten mogen behandelen en wettelijk deze titel mogen voeren (Rijksoverheid, 2014). Het BIG-register is openbaar (Zorginstituut Nederland, z.d.).

Economische situatie

Veranderingen in het zorgklimaat zijn noodzakelijk door de bezuinigingen, personeelstekorten en de vergrijzing (Atlas van zorg & Hulp, 2012). Zorgverzekeraars vergoeden niet alle behandelingen. Men kan zich aanvullend verzekeren voor dekking van behandelingen die niet in de basisverzekering vergoed worden. Voor bevolkingsgroepen die minder te besteden hebben kan een aanvullende verzekering te duur zijn.

Vanuit een onderzoek van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) (Boorsma, 2013) komt naar voren dat cliënten steeds vaker zorg mijden. Vooral de verhoging van het eigen risico

bij zorgverzekeraars maakt dat de noodzakelijke zorg niet wordt aangevraagd of wordt gebruikt. 94 procent van de huisartsen geeft aan cliënten op spreekuur te krijgen die aangeven dat ze aanbevolen behandelingen niet kunnen betalen (Boorsma, 2013).

3.2.2 Ondernemen in de zorg (algemeen)

Om de start van de eerstelijns ergotherapiepraktijk Domi te kunnen analyseren wordt in dit deel van het theoretisch kader uiteengezet welke stappen doorlopen moeten worden bij de start van een nieuwe onderneming. Het stappenplan is uiteengezet met behulp van literatuur en ervaringsdeskundigen. Vanuit literatuur (Douma, 2006; Verhagen, 2012; Douma, 2010; Lienden, 2010; Rijksoverheid, 2014; Overvoorde, 2013) wordt geconcludeerd dat vier stappen ondernomen moeten worden in het opstellen van een ondernemingsplan. De geïnterviewde ervaringsdeskundigen Dusink en Heutink onderstrepen dat het maken van een ondernemingsplan een effectief middel is voor het succesvol maken van een praktijk (H. Dusink & I. Heutink, Persoonlijke mededeling, 30 september 2014). Hieronder worden de vier stappen voor het opstellen van een ondernemingsplan toegelicht.

1. Er moet een **sterkte en zwakte analyse** gemaakt worden over de onderneming/ondernemer in de vorm van een SWOT of POP. Hiermee wordt inzichtelijk gemaakt waar de ondernemer rekening mee moet houden en wat expertises zijn. De overheid geeft aan dat het inschatten van eigen mogelijkheden verplicht is (Rijksoverheid, z.d.).
2. Om gericht aan de public relations (PR) te werken moet een **doelstelling** voor de onderneming/ondernemer geformuleerd worden.
3. Er wordt aangeraden een **omgevingsanalyse** en **analyse van sterkte en zwakte punten van de onderneming** te maken. Met de analyse van de sterke en zwakte kanten worden het marktaandeel, het kostenniveau en het concurrentievermogen in kaart gebracht. Een marktanalyse is een analyse van de omgeving waar de doelgroep zich bevindt. Deze analyse wordt gemaakt om de huidige markt en/of de potentiële markt in kaart te brengen (Multiscope, 2014).
4. Voor een onderneming moeten **strategieën** worden opgesteld. Als eerste moet een rechtsvorm voor de onderneming gekozen worden. De overheid stelt inschrijving bij de kamer van Koophandel verplicht (Rijksoverheid, z.d.). Financiële verwachtingen moeten in een plan weergegeven worden. Daarnaast staat de wet- en regelgeving centraal, zoals beroepscode en protocollen (Douma, 2010). De overheid benadrukt een marktstrategie om het product of de dienst van de onderneming op de markt te kunnen waarborgen.

Bij het opstarten van een onderneming moet ook rekening gehouden worden met de klant en zijn wensen, in dit geval de cliënt. Cliëntenwerving is een essentiële factor bij het opzetten van een onderneming. Aan de hand van het vier C's-model van Lauterborn (1990) is beschreven hoe cliëntenwerving zo effectief mogelijk vormgegeven kan worden. De 4C's zijn een afgeleide van de 4P marketingmix van McCarthy (1964).

1. **Consumer** (klant): De onderneming zal verkopen wat een klant wil kopen. Een startende onderneming moet onderzoek doen naar de behoeften van de klanten.
2. **Cost** (kosten): Hierbij gaat het om de gehele investering die de klant moet doen om bij het product of dienst te komen en deze aan te schaffen.
3. **Communication** (communicatie): Hieronder valt de profilering van een onderneming. Profilering kan door virale advertenties (gebruik van social media), public relations (PR) en alle andere vormen van communicatie tussen de klant en verkoper. De twee geïnterviewde ervaringsdeskundigen wijzen erop dat het belangrijk is gerichte promotie te voeren en dit te blijven herhalen (H. Dusink & I. Heutink, Persoonlijke mededeling, 30 september 2014). Door middel van promotie kan een onderneming bekend worden onder de doelgroep. Mevrouw Dusink zegt: "*Je moet eerst zaaien om te kunnen oogsten*". Daarnaast gaven de ervaringsdeskundigen aan dat netwerken niet eenmalig is, maar zich regelmatig moet blijven herhalen.

4. **Convenience** (gemak): Convenience omvat het gemak voor de client of klant om het product (of dienst) aan te schaffen, te vinden en informatie te verkrijgen.

3.2.3 Ondernemen in ergotherapie (specifiek)

Ondanks de economische crisis blijft het gebruik van de paramedische zorg stijgen (Bakker, Polder & Sluis, 2005). De komende jaren groeit het aantal zorgvragers als gevolg van de vergrijzing (Atlas van zorg & Hulp, 2012). Dat wil zeggen dat er steeds meer ouderen zijn die zorg nodig hebben waardoor de zorg in totaal steeds meer geld gaat kosten. De staatssecretaris van volksgezondheid Martin van Rijn schrijft dat Ergotherapie buiten alle bezuinigen blijft (Rijn, 2013).

Vanuit de basisverzekering wordt ergotherapie tien uren vergoed. Wanneer cliënten meer dan tien sessies ergotherapie nodig hebben moeten zij dit zelf betalen, moeten zij aanvullend verzekerd zijn of moet er gekeken worden naar de optie om via de mantelzorger nog eens tien sessies vergoed te krijgen (Ergotherapie Nederland, 2014). Dit betekent dat de ergotherapeut zo effectief mogelijk moet behandelen als het gaat om cliënten.

De inrichtingseisen die gesteld worden aan het opstarten van een eigen ergotherapiepraktijk zijn beschreven door Ergotherapie Nederland (Ergotherapie Nederland, 2010). In de inrichtingseisen staat dat er voldaan moet worden aan zestien eisen die te maken hebben met de inrichting, veiligheid, hygiëne en privacy van de praktijk (Ergotherapie Nederland, 2010).

In een onderzoek van Steultjens et al. (2004) komt naar voren dat ergotherapie positieve uitkomsten genereert voor thuiswonende ouderen. Het tonen van de meerwaarde van ergotherapie is bij het opstarten van een ergotherapiepraktijk van belang. Verschillende onderzoeken tonen aan dat deze meerwaarde zit in het bevorderen van de participatie van mensen en het mogelijk maken van het handelen in het dagelijks leven door middel van zelfmanagement (Essen, 2014; Graff, 2006; Hees, 2013; Packer, 2011; Satink & Cup, 2013; Sturkenboom, 2014).

Daarnaast is het belangrijk contracten af te sluiten met verschillende zorgverzekeraars zodat de declaratie niet geregeld hoeft te worden door de cliënt. *“Wanneer cliënten zelf moeten declareren kan het zijn dat ze de sessies niet geheel vergoed krijgen”* (P. Vennekens, Persoonlijke mededeling, 15 december 2014). Zorgverzekeraars kopen een mate van zorg in en stellen samen met de vrijgevestigde ondernemer een tarief voor sessies vast (Zorgverzekeraars Nederland, 2014). Dit maakt dat er per zorgverzekeraar verschillende tarieven kunnen worden afgesproken met ergotherapiepraktijken.

3.3 Aanleiding

De opdrachtgever werkt twintig uren in de week en heeft momenteel zeventien cliënten in behandeling (P. Vennekens, Persoonlijke mededeling, 25 september 2014). Zij krijgt deze cliënten vanuit verwijzingen van Gemeente Horst aan de Maas, revalidatie Leverancier Kersten, Leverancier Ligtvoet, gezondheidscentrum Meerlo en de Nieuwe Hog Zorg. De meeste cliënten wonen in de gemeente Horst aan de Maas. Na het opstarten van Domi zijn er in totaal 22 cliënten behandeld. Door het ontbreken van de noodzaak heeft de opdrachtgever het ondernemingsplan niet op papier gezet en kan deze niet meegenomen worden in dit onderzoek. De opdrachtgever heeft de ambitie om als fulltime ergotherapeut werkzaam te zijn en wil daarom haar cliëntenbestand uitbreiden. Het probleem is dat zij te weinig cliënten heeft om fulltime te kunnen werken in haar praktijk. Vanuit persoonlijke ervaring heeft zij vernomen dat weinig mensen in de omgeving van Tienray weten wat ergotherapie voor mensen kan betekenen. Haar verwachting is dat bij het opheffen van deze onbekendheid het cliëntenbestand toeneemt. Aan het onderzoeksteam heeft zij gevraagd de onbekendheid van ergotherapie en haar praktijk op te lossen. Hierbij heeft de opdrachtgever aangegeven dat zij het onderzoek wil richten op de gemeente Bergen lb.

3.4 Theoretisch kader Deel 2: Ondernemen in Ergotherapie in de gemeente Bergen lb

Het theoretisch kader deel 2 bestaat uit: *Concurrentie omgeving Domi* en *Bevolking gemeente Bergen lb*. Hierin wordt specifiek ingegaan op de gemeente Bergen lb.

3.4.1 Concurrentie omgeving Domi

In de randgemeenten van Gemeente Horst aan de Maas zijn veertien vergelijkbare eerstelijns praktijken te vinden. Echter in gemeente Bergen lb zijn geen eerstelijns ergotherapiepraktijken (Kiesbeter.nl, 2014; Zorgkaart, 2014; Patiëntenfederatie NPCF, 2014; Gemeente Bergen lb, z.d.) en zal geen directe concurrentie aanwezig zijn. De concurrentie in de gemeente Bergen lb bestaat uit praktijken die vanuit andere gemeenten hier behandelen. In dit onderzoek lijkt gemeente Bergen lb een strategische keuze.

3.4.2 Bevolking gemeente Bergen lb

De gemeente Bergen lb omvat de dorpen; Afferden, Aijen, Bergen, Nieuw Bergen, Siebengewald, Well en Wellerlooi (Plaatsengids.nl, z.d.). In januari 2014 wonen in de gemeente Bergen lb 13.173 mensen (CBS statline, 2014). De grijze druk, verhouding tussen 20-65 jarigen en 65+, is in Noord-Limburg hoger dan gemiddeld in Nederland (CBS Statline, 2014). Dit betekent dat er in gemeente Bergen lb naar verhouding meer ouderen zijn. In de gemeente Bergen lb is 14,9 procent van de bevolking mantelzorger. Hiervan is 4 procent gemiddeld belast en 10,9 procent zwaar belast. Gemiddeld werken zij 9,7 uur per week als mantelzorger (CBS Statline, 2013).

3.5 Probleemanalyse

Vanuit het theoretisch kader kan het probleem worden geanalyseerd. Hieronder wordt de probleemanalyse weergegeven waarna een SWOT-analyse is uitgevoerd. Vanuit de SWOT-analyse zijn drie suggesties voor dit onderzoek geformuleerd. De keuze voor de te onderzoeken suggestie is in overleg met de opdrachtgever gemaakt.

Zorgverzekeraars CZ en Menzis schrijven: *“Als ZZP'er in de zorg bent u zelfstandig ondernemer. Dat betekent dat u zelf verantwoordelijk bent voor het werven van cliënten. U dient dus zelf contacten te onderhouden met onder andere transferpunten in ziekenhuizen, huisartsen en buurthuizen. Ook moet u zelf zorgen voor overige promotionele activiteiten voor het werven van cliënten”* (Zorgkantoor & CZ, 2014; Zorgkantoor & Menzis, 2014). Dit betekent dus dat de ergotherapeut zelf verantwoordelijk is voor het werven van haar cliënten. Om tot een groter cliëntenbestand te komen is het essentieel dat de startende ondernemer een ondernemersplan op papier zet (Douma, 2006; Verhagen, 2012; Douma, 2010; Lienden & Poel, 2010; Rijksoverheid, 2014; Overvoorde, 2013). In dit ondernemersplan worden op basis van een marktonderzoek keuzes gemaakt hoe de specifieke kennis en ervaring van de ondernemer gekoppeld kan worden aan vragen van de klant. Voor de opdrachtgever betekent dit dat specifieke kennis en ervaring van uit de ergotherapeutische dienstverlening gekoppeld kan worden aan vragen over het zelfstandig handelen en participatie van burgers uit een bepaalde regio waar de praktijk zich wil/gaat vestigen. Ervaringsdeskundigen bevestigen dat het maken van een ondernemingsplan hen effectief geholpen heeft bij de start van hun praktijk (H. Dusink & I. Heutink, Persoonlijke mededeling, 30 september 2014).

De opdrachtgever heeft aan haar basisverplichtingen voldaan. De praktijk staat ingeschreven bij de Kamer van Koophandel, heeft een praktijkruimte welke voldoet aan de gestelde eisen (Ergotherapie Nederland, 2010), is ingeschreven in het BIG-register en heeft contracten met alle zorgverzekeraars (P. Vennekens, Persoonlijke opmerking, 15 december 2014). Bij de start zijn contacten gelegd met (mogelijke) verwijzers van cliënten voor de ergotherapiepraktijk. Een uitgebreid marktonderzoek met de daarbij behorende concurrentie analyse, een financiële analyse en het verkennen van de verschillende product-markt combinaties is niet op papier gezet en kan dus niet meegenomen worden in dit onderzoek (P. Vennekens, Persoonlijke opmerking, 13 oktober 2014). Door het ontbreken van de

analyses heeft de opdrachtgever onvoldoende inzicht met welke kansen en bedreigingen zij rekening moet houden in relatie tot haar specifieke kennis en ervaring met het werken met oudere mensen.

Voor het analyseren van het probleem is gebruik gemaakt van een SWOT-analyse. Dit model helpt de opdrachtgever inzicht te krijgen in kansen en bedreigingen en ook om keuzes te maken om de praktijk succesvoller te maken. De overheid geeft aan dat het inschatten van eigen mogelijkheden verplicht is (Rijksoverheid, z.d.). Zichtbaar is geworden dat er kansen liggen op gebied van de nieuwe doelgroep ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met drie door AWBZ verschuiving en vergrijzing. Daarnaast zijn er kansen in de gemeente Bergen lb. In de gemeente Bergen lb is een lage concurrentie en een hoge mate van vergrijzing van de bevolking. Bedreigingen liggen op het gebied van ontbreken van het ondernemingsplan en ontbreken van inzicht in de kansen op cliëntenwerving en lage concurrentie in gemeente Bergen lb.

In de SWOT-analyse van Domi (bijlage één) wordt zichtbaar vanuit het theoretisch kader en oriënterende gesprekken met de opdrachtgever waar mogelijke strategische opties liggen om het cliëntenbestand te vergroten. Voor afbakening van het onderzoek is in overleg met de opdrachtgever gekozen voor één van de drie strategieën gekozen: *Hoe kan de ergotherapiepraktijk Domi inspelen op de problemen van de nieuwe doelgroep ZZP vv één tot en met drie?*

4 Onderzoeks-omschrijving

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat het probleem concreet inhoudt, wat het onderzoeksdoel is en welke onderzoeksvraag beantwoord zal worden in dit onderzoek. Vanuit de onderzoeksvraag zijn deelvragen geformuleerd om sturing te geven aan het onderzoek. Begrippen uit de onderzoeksvraag en deelvragen worden daarna geoperationaliseerd.

4.1 Probleemdefiniëring

Ergotherapiepraktijk Domi heeft vele kansen om haar cliëntenbestand te vergroten. De opdrachtgever heeft ervaring met ouderen en is gevestigd in een functionele omgeving dicht bij de gemeente Bergen lb. Daarnaast heeft zij haar financiën op orde. Tot nu toe heeft de opdrachtgever de kansen voor het vergroten van het cliëntenbestand onvoldoende benut. Inventariseren wat de problemen zijn onder de nieuwe doelgroep met een voormalig ZZP vv één tot en met drie is een zeer grote kans voor Domi op cliëntenwerving. Aangezien de AWBZ verschuiving al een tijd bezig is, komen steeds meer thuiswonende ouderen met de extramurale zorg van verzorgenden, buurtzorg, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten in aanraking. Deze zorgprofessionals hebben al inzicht in de problemen van de nieuwe doelgroep. Daarom wordt in dit onderzoek de aandacht op deze zorgprofessionals gericht.

4.2 Onderzoeksdoel

Het onderzoeksdoel is:

Binnen zestien weken inzicht krijgen in de problemen van de ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met drie in gemeente Bergen lb om gerichte acties te ontwikkelen om deze cliëntengroep te werven voor de eerstelijns ergotherapiepraktijk Domi te Tienray.

4.3 Onderzoeksvraag en deelvragen

Onderzoeksvraag

Wat kan de eerstelijns ergotherapiepraktijk Domi met de problemen die volgens zorgprofessionals spelen onder de doelgroep ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met drie in de gemeente Bergen lb om deze cliënten te werven?

Deelvragen

1. Welke problemen zien fysiotherapeuten onder de doelgroep met een voormalig ZZP vv één tot en met drie?
2. Welke problemen ziet de ergotherapeut onder de doelgroep met een voormalig ZZP vv één tot en met drie?
3. Welke problemen zien verzorgenden onder de doelgroep met een voormalig ZZP vv één tot en met drie?
4. Welke specifieke problemen onder de doelgroep met een voormalig ZZP vv één tot en met drie staan in de top vijf?
5. Hoe zijn de problemen te vertalen naar ergotherapeutische dienstverlening?
6. Wat zegt de literatuur over het werven van cliëntengroepen?

4.4 Begrippen

In het onderzoeksrapport worden de begrippen ouderen, eerstelijns, ZZP vv één tot en met drie, problemen en dienstverlening vaker gebruikt. Deze termen kunnen verschillend opgevat worden. Om eenduidigheid in dit onderzoek te creëren zijn de begrippen met behulp van operationaliseren van betekenis voorzien. Zie tabel één.

Tabel één

Term	Omschrijving volgens Onderzoeksteam
Ouderen	Ouderen zijn mensen van 65 jaar of ouder (Onderzoeksteam, Persoonlijke mededeling, 1 oktober 2014)
Eerstelijns	<i>“Eerstelijns is de zorg waar de zorgvrager zonder verwijzing terecht kan komen. Eerstelijnsprofessionals zijn o.a.: huisartsen, tandartsen, verloskundigen, mondzorgkundigen, eerstelijns fysiotherapeuten, eerstelijns ergotherapeuten en eerstelijns psychologen.”</i> (Onderzoeksteam, Persoonlijke mededeling, 1 oktober 2014)
Zorg-Zwaarte-Pakketten Verzorging verpleging één tot en met drie	<i>ZZP is een aanduiding voor de mate van zorg. De groep die ZZP één tot en met drie kreeg toegewezen blijft nu langer thuis wonen en krijgt een indicatie voor extramurale zorg die wordt vormgegeven door de eerstelijnszorg.</i> (Onderzoeksteam, Persoonlijke mededeling, 1 oktober 2014)
Problemen	<i>“Problemen zijn in context van dit onderzoek, moeilijkheden waar mensen mee te maken hebben in het dagelijkse leven”</i> (Onderzoeksteam, Persoonlijke mededeling, 4 oktober 2014).
Dienstverlening	<i>“Het betaald verrichten van arbeid die uitgevoerd wordt ten behoeve van anderen”</i> (Onderzoeksteam, Persoonlijke mededeling, 13 januari 2014)

5 Betrokkenen

In dit hoofdstuk worden de verschillende betrokkenen in dit onderzoek beschreven. Hierbij gaat het om de doelgroep waar onderzoek naar gedaan wordt en de respondenten die helpen informatie over deze doelgroep te verkrijgen.

5.1 Doelgroep

Zoals eerder benoemd wordt onderzoek gedaan naar de nieuwe doelgroep ouderen die voorheen de indicatie ZZP vv één tot en met drie kregen maar nu de indicatie extramurale zorg krijgen. Deze doelgroep blijft langer thuis wonen. Omdat de expertise van de

opdrachtgever ouderen is (P. Vennekens, Persoonlijke mededeling, 3 oktober 2014) en omdat dit een nieuwe doelgroep is in de eerstelijns, is voor deze doelgroep gekozen. Deze doelgroep wordt in de gemeente Bergen lb benaderd omdat hier kansen liggen voor Domi.

5.2 Respondenten

Omdat de verschuivingen van de AWBZ nog in volle gang zijn, is het lastig deze doelgroep te benaderen omdat niet precies duidelijk is wie bij de nieuwe doelgroep ouderen behoort. Zorgprofessionals zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten en verzorgenden (buurtzorg en wijkverpleging) die deze extramurale zorg vormgeven, hebben inzicht in deze groeiende doelgroep. Daarnaast wordt er met het interviewen van één zorgprofessional informatie over meerdere cliënten verkregen. Daarom richt dit onderzoek zich op deze zorgprofessionals die met de doelgroep werken. Zij zijn de respondenten in het onderzoek. Doordat iedere zorgprofessional andere problemen ziet onder de doelgroep is voor elke discipline een deelvraag onder de onderzoeksvraag opgesteld. Daarnaast maakt deze vorm van uitwerking de resultaten in het verslag overzichtelijk.

Om te bepalen wie mee mag doen aan het onderzoek zijn inclusiecriteria voor respondenten opgesteld (Verhoeven, 2014). Zie tabel twee.

Tabel twee

Inclusie criteria
Werkend met bevolking van 65+
Werkend met ouderen die voorheen een lichtere indicatie intramurale zorg kregen (ZZP één tot en met drie) en nu thuis blijven wonen
Werkend in de gemeente Bergen lb
Werkend als zorgprofessional (fysiotherapeut, ergotherapeut en verzorgenden zoals buurtzorg of wijkverpleging) betrokken bij de doelgroep

6 Materiaal en methode

Dit onderzoek is een kwalitatief beschrijvend onderzoek. Binnen kwalitatieve onderzoeken bestaan verschillende soorten. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van het type kwalitatieve onderzoeksmethode in het kader van marktonderzoek. Dit type onderzoek houdt in dat factoren onderzocht worden die vraag en aanbod op de markt bepalen (Donk & Lanen, 2011). Voor dit onderzoek is deze methode passend omdat met de onderzoeksvraag de vraag op de ergotherapie markt inzichtelijk gemaakt wordt voor ergotherapiepraktijk Domi. De gegevens die verwerkt zijn in dit rapport zijn verkregen door desk- en fieldresearch. Het theoretisch kader van het onderwerp is voorafgaand aan de formulering van het onderzoeksdoel en de -vraag vormgegeven en is tot stand gekomen met behulp van deskresearch. Er is literatuur geraadpleegd die ingaat op ondernemen in de zorg. Hier is gezocht naar stappen die ondernomen moeten worden bij het starten van een onderneming en wat ergotherapie zou kunnen bieden binnen de gemeente Bergen lb. Hiervoor zijn betrouwbare boeken en internetbronnen geraadpleegd. De verkregen informatie is meegenomen naar de fieldresearch.

Naast deskresearch vond fieldresearch plaats. Aan de hand van fieldresearch zijn de problemen onder ouderen in gemeente Bergen lb geïnventariseerd. De fieldresearch werd vormgegeven door het afnemen van semigestructureerd interviews. Deze interviews werden afgenomen bij zorgprofessionals die werkzaam zijn met de doelgroep ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met drie. Voorafgaand aan het respondenten werven zijn inclusiecriteria opgesteld. Dit is te lezen in paragraaf 5.2. Respondenten mogen deelnemen als zij werkzaam zijn als zorgprofessionals binnen de gemeente Bergen lb en met de doelgroep ouderen 65+ werken.

De semi-gestructureerde interviews werden met behulp van een vooraf opgestelde leidraad afgenomen. De gegevens uit de interviews zijn uitvoerig geanalyseerd. Hierbij zijn de boeken *Basisboek Kwalitatief onderzoek* en *Analyseren in kwalitatief onderzoek* als uitgangspunt

genomen voor de data-analyse (Baarda, Goede & Teunissen, 2009; Boeijen, 2005). De hierin beschreven stappen zoals transcriberen, ordenen, reduceren, open coderen en van fragmenten naar thema's zijn voor de analyse van de gegevens gebruikt.

De uitkomsten van de analyse zijn verwerkt in het hoofdstuk 8 *Resultaten van het onderzoek*. In dit hoofdstuk worden de deelvragen beantwoord. Deelvraag vijf vraagt naar het vertalen van de gevonden problemen in ergotherapeutische dienstverlening. Hierbij is gebruikt gemaakt van literatuur die niet via databases is gezocht omdat de junior onderzoekers al kennis hadden over de bepaalde ergotherapeutische richtlijnen. Naast de richtlijnen is gebruikt gemaakt van bekende vakliteratuur zoals het EDOMAH-programma (Graff, Melick, Thijssen, Verstraten & Zajec, 2010), Beroepsprofiel Ergotherapie (Hartingsveldt, Logister-Proost & Kinébanian, 2010) en Adviseren als ergotherapeut (Heijman, Lemette, Veld & Kuiper, 2011). Deze kennis en literatuur is opgedaan door het volgen van het onderwijs van de opleiding Ergotherapie. Bij deelvraag zes is ingegaan op de literatuur over cliëntwerving.

De aanbevelingen in hoofdstuk 10 *Conclusie* zijn geordend aan de hand van de vier C's (Lauterborn, 1990). Hier worden kort de resultaten vanuit de deelvragen herhaald en in verband gebracht met ergotherapiepraktijk Domi. Tabel vier laat hier een uitgebreid overzicht van deze verbanden zien.

7 Relevantie voor de praktijk

In dit hoofdstuk wordt de relevantie van dit onderzoek beschreven. Hierin is de volgende verdeling aangebracht om alle zijden van de relevantie te kunnen belichten: *relevantie voor de praktijk Domi*, *relevantie voor de beroepspraktijk* en *maatschappelijke relevantie*.

7.1 Relevantie praktijk Domi

Uit het theoretisch kader blijkt dat public relations (PR) en een ondernemingsplan belangrijk zijn om een zorgpraktijk winstgevend te maken (Douma, 2010; Lienden, 2005; Verhagen, 2012; Overvoorde, 2013). Vanuit literatuuronderzoek is naar voren gekomen dat de doelgroep, ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met, nog niet eerder is onderzocht. Door het beantwoorden van de onderzoeksvraag wordt duidelijk wat de verschillende problemen onder de doelgroep zijn. Met deze kennis worden de problemen aan de ergotherapie gekoppeld. Er worden aanbevelingen gedaan over hoe de opdrachtgever deze problemen kan inzetten om cliënten te werven.

Het doel van elke onderneming is winst maken (Lienden, 2005; Verhagen, 2012; Overvoorde, 2013). Elke zorgverzekeraar heeft de vrijheid om met vrijgevestigde praktijken eigen afspraken te maken (Zorgverzekeraars Nederland, 2014). Doordat er afspraken gemaakt worden over het tarief voor een sessie wordt door het aantal cliënten te vergroten of diensten te ontwikkelen, de winst vergroot. Domi heeft contracten met alle zorgverzekeraars dus door het aantal cliënten te vergroten zal zij meer winst gaan genereren.

7.2 Relevantie beroepspraktijk

Na afronden van dit onderzoek is te verwachten dat meer eerstelijns ergotherapiepraktijken gebruik kunnen maken van de uitkomsten van dit onderzoek omdat de situaties vergelijkbaar kunnen zijn met die van de opdrachtgever. Voor iedere startende praktijk geldt dat er cliënten geworven moeten worden (Zorgkantoor & CZ, 2014; Zorgkantoor & Menzis, 2014; Lauterborn, 1990). De eisen die gesteld worden aan het opstarten van een praktijk zijn in dit onderzoek onderzocht en beschreven. Deze eisen zijn bruikbaar voor startende ondernemers in het algemeen en dus ook voor ergotherapeuten. Daarnaast zijn de nieuwste ontwikkelingen van de zorg beschreven, dit is voor iedere zorgprofessional belangrijk. De zorg verandert voortdurend, het is van belang dat elke zorgprofessional op de hoogte blijft van de nieuwste ontwikkelingen (Hartingsveldt, 2010; Granse, 2012). Ten slotte kan elke praktijk die werkt in een vergelijkbare gemeente als Bergen lb en meer cliënten aan wil trekken zich richten op ouderen. Dit kan door promotie te doen over de expertises op de problemen die in die gemeente spelen.

Doordat de doelgroep ontstaan is vanuit kantelingen in nationale wetgeving zijn uitkomsten redelijk betrouwbaar voor de rest van Nederland.

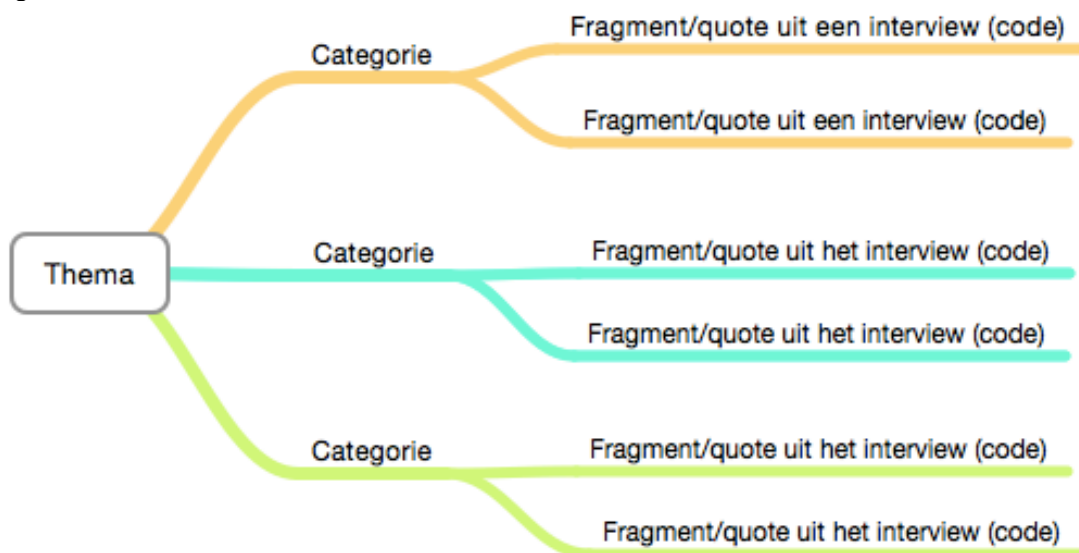
7.3 Maatschappelijke relevantie

De meerwaarde van ergotherapie bij bevordering van participatie en zelfmanagement is voor meerdere aandoeningen vanuit de literatuur bekend (Essen, 2014; Graff, 2006; Hees, 2013; Packer, 2011; Satink, 2013; Sturkenboom, 2014). Participatie en zelfmanagement zijn tevens de twee speerpunten vanuit de patiëntorganisaties (Baardman, Booys, Heldoorn & Meulmeester, 2009) en eveneens vanuit de beleidsmakers (Rijn, 2013). In een review van Steultjens et al. (2004) worden verschillende artikelen vergeleken met als conclusie dat ergotherapie behandelingen positieve uitkomsten genereert voor thuiswonende ouderen. Hiermee kan gesteld worden dat het vermeerderen van ergotherapie behandelingen van maatschappelijk belang is in verband met de vergrijzing in Nederland.

8 Resultaten van het onderzoek

In dit hoofdstuk worden de deelvragen onder de onderzoeksvraag beantwoord. Dit wordt gedaan met behulp van de resultaten vanuit de geanalyseerde interviews. Om resultaten vanuit de interviews te ordenen zijn thema's, categorieën en codes opgesteld. In figuur één is inzichtelijk gemaakt hoe deze onderdelen zich ten opzichte van elkaar verhouden. Codes zijn fragmenten of quotes uit de interviews die een naam (code) hebben gekregen.

Figuur één



Er zijn drie thema's gevormd: *Problemen bij ouderen*, *Profilering* en *Gevolgen veranderingen in de zorg*. Deze thema's vormen tevens de paragrafen in dit hoofdstuk. Onder het thema *Problemen bij ouderen* wordt antwoord gegeven op de deelvragen één t/m vijf. Het thema *Profilering* geeft antwoord op deelvraag zes. In het thema *Gevolgen veranderingen in de zorg* komt informatie naar voren die wel belangrijk is maar niet direct antwoord geeft op de gestelde vragen, de zogenoemde bijvangst. De categorieën worden per thema toegelicht.

De zes geïnterviewde respondenten komen vanuit verschillende disciplines zoals fysiotherapie, ergotherapie, verzorgende en wijkverpleegkundige. Zij werken in de gemeente Bergen lb met thuiswonende ouderen. Tabel drie maakt de demografische gegevens van de respondenten inzichtelijk.

Tabel drie

Respondent	Geslacht	Discipline	Werkervaring met ouderen in de gemeente Bergen lb
1	man	Fysiotherapie	30 jaar
2	man	Fysiotherapie	10 jaar
3	vrouw	Fysiotherapie	8 jaar
4	vrouw	Verzorgende	11 jaar
5	vrouw	Wijkverpleegkundige	5 jaar
6	vrouw	Ergotherapeut	1 jaar

8.1 Thema: Problemen bij ouderen

Het eerste thema richt zich op de problemen onder ouderen met een voormalige ZZP vv één tot en met drie, die binnen de interviews naar voren zijn gekomen. De samengevatte categorieën die onder het thema vallen, zijn: *'gesignaleerde problemen bij ouderen'*, *'de ziektebeelden/aandoeningen bij ouderen'* en *'de thuissituatie/omgeving van de cliënt'*.

De antwoorden op deelvragen één tot en met drie zijn inzichtelijk gemaakt met staafdiagrammen die de top vijf van meest benoemde problemen weergeeft.

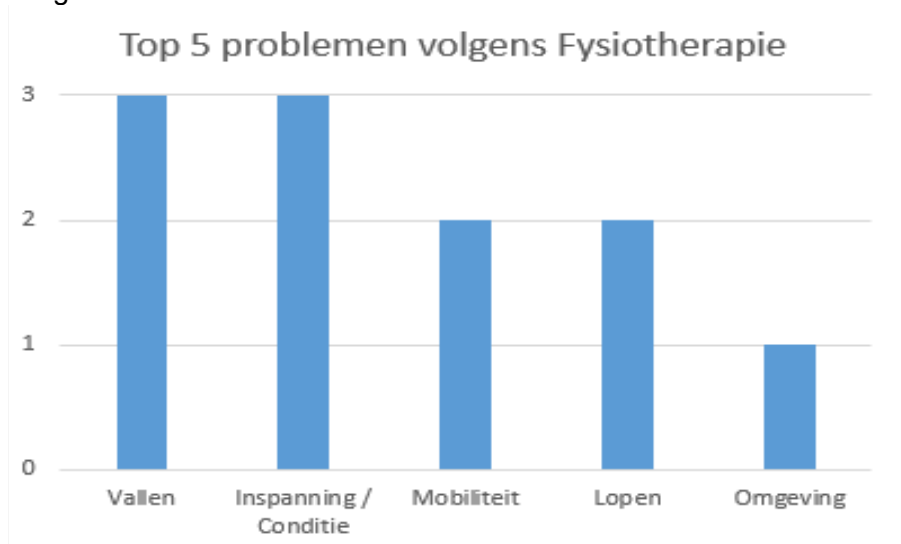
Tot slot worden in deelvraag vier alle problemen vanuit de disciplines bij elkaar gebracht en tot een gezamenlijke staafdiagram gevormd. De top vijf van problemen worden aangevuld met quotes uit de interviews.

8.1.1 Deelvraag 1

Welke problemen zien fysiotherapeuten onder de doelgroep met een voormalig ZZP vv één tot en met drie?

In diagram één is de top vijf voor de discipline fysiotherapie weergegeven. De drie fysiotherapeuten geven aan dat vallen en inspanning/conditie problemen zijn bij ouderen in de gemeente Bergen lb. Daarnaast worden mobiliteit en lopen door twee van de drie fysiotherapeuten als probleem benoemd. Eén fysiotherapeut geeft aan dat de omgeving een belangrijke rol speelt bij de problemen van ouderen.

Diagram één



8.1.2 Deelvraag 2

Welke problemen ziet de ergotherapeut onder de doelgroep met een voormalig ZZP vv één tot en met drie?

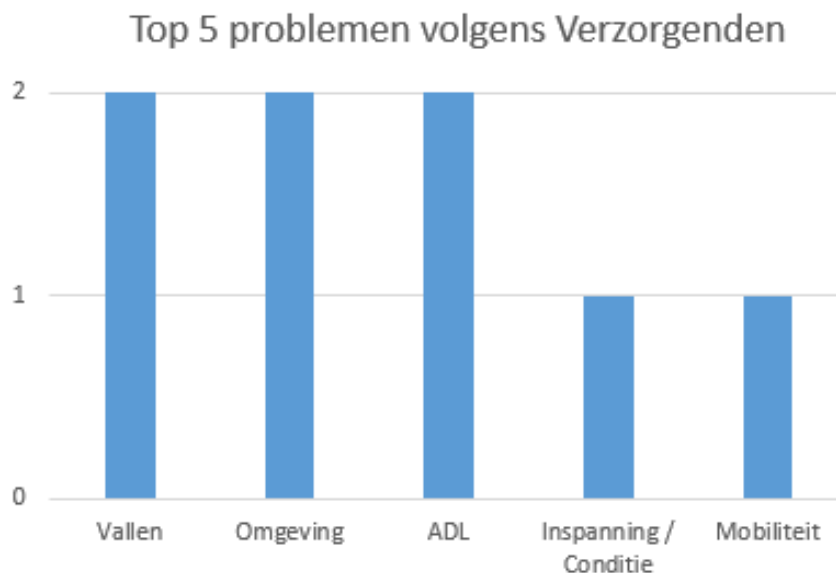
Voor de discipline ergotherapie is geen diagram gemaakt omdat er één ergotherapeut is geïnterviewd. De respondent gaf aan dat er vaak een meervoud aan ziektebeelden speelt waarbij mobiliteit en inspanning/conditie altijd als problemen worden ervaren. Daarnaast ziet de ergotherapeut dat de verschillende ziektebeelden vaak invloed hebben op de uitvoering van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en dat de omgeving daarbij een grote rol speelt. De ergotherapeut geeft aan dat overbelasting van de partner een probleem is.

8.1.3 Deelvraag 3

Welke problemen zien verpleging onder de doelgroep met een voormalig ZZP vv één tot en met drie?

In diagram twee wordt de top vijf voor de thuiszorg en wijkverpleegkundigen (verzorgenden) weergegeven. Beide respondenten geven aan dat vallen, omgeving en problemen bij ADL problemen zijn die vaak voorkomen onder ouderen. Daarnaast wordt door één respondent inspanning/conditie en mobiliteit genoemd.

Diagram twee

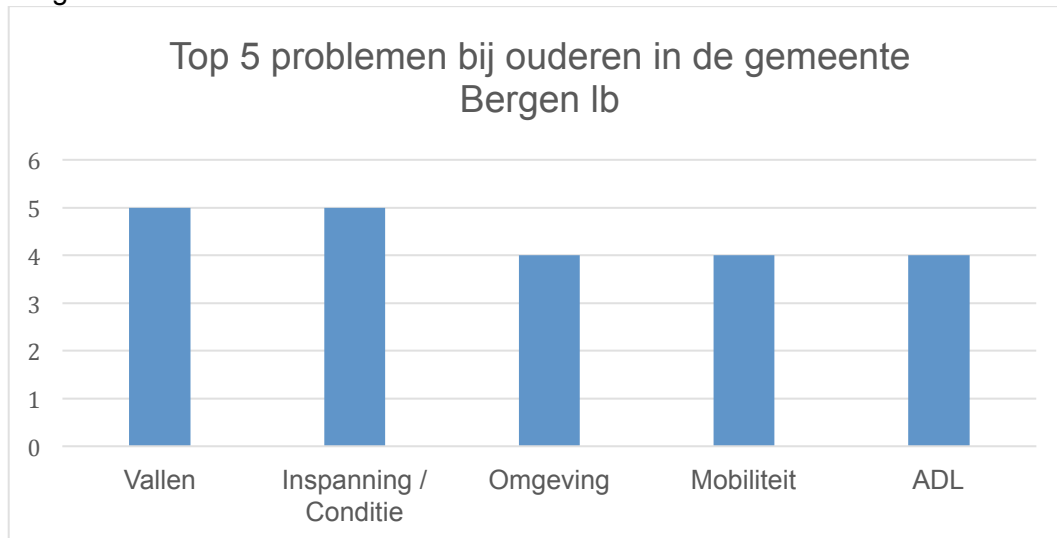


8.1.4 Deelvraag 4

Welke specifieke problemen onder de doelgroep met een voormalig ZZP vv één tot en met drie staan in de top vijf?

In de onderstaande diagram zijn de resultaten vanuit de verschillende disciplines samengevoegd in een top vijf. Hieruit kwam een gedeelde eerste plaats en een gedeelde tweede plaats naar voren. Deze worden hieronder besproken. Een volledig overzicht van alle genoemde problemen is te vinden in de bijlage twee.

Diagram drie



Gedeelde eerste plaats

In diagram drie is te lezen dat **vallen** één van de twee grootste problemen is bij de ouderen in de gemeente Bergen lb. Dit probleem is door vijf van de zes respondenten genoemd. De respondenten laten weten dat *“vallen een probleem is, bij ouderen zeker”*. Dit werd door respondent twee nog concreter omschreven: *“Iemand die een keer valt, valt in de praktijk vaker”*.

Het probleem dat door evenveel respondenten genoemd werd is de **inspanning en de conditie**. De respondenten vertellen dat er onder ouderen behoorlijke inspanningsproblemen bestaan. Vanuit ervaring vertellen ze dat *“mensen door een sterke en betere conditie, thuis weer meer kunnen doen en (activiteiten) beter volhouden”*. Respondent zes antwoordde dat *“Vermoeidheid en benauwdheid in combinatie met daaropvolgende angst”* de ouderen belemmert in hun handelen.

Gedeelde tweede plaats

Op de gedeelde tweede plaats zijn drie problemen vermeld die door vier van de zes respondenten genoemd werden. Deze zijn omgeving, mobiliteit en ADL.

Bij het probleem omgeving wordt door de respondenten vooral de fysieke omgeving bedoeld. Zij benoemen dat de woning van de cliënten vaak als probleem wordt gezien. De respondenten gaven aan dat de *“woning ook een gevaar is”* en dat zij soms terecht komen in een *“rommelig huis daar kunnen ze nog niet met een rollator lopen”*. Bij respondent zes kwam naar voren dat binnen de gemeente Bergen lb opvalt dat er veel oude boerderijen staan. *“Boerderijen achteraf, die eigenlijk helemaal niet geschikt zijn voor oudere mensen om te wonen want die zijn heel tochtig vaak en heel veel drempeltjes en heel veel, ja zeker die oude huizen, hebben heel veel van die hoge instappen”*

Respondent zes benadrukt ook de sociale omgeving. Hierbij gaat het vooral om de overbelasting van de partner: *“Ik stel voor vaak om de partner te ontlasten”*.

Het tweede probleem onder de gedeelde tweede plaats is **mobilititeit**. De respondenten benoemen dat mobiliteit een probleem is maar vaak samen gaat met andere problemen. Zo worden conditie, pijn, reuma, COPD, loopproblemen en ADL genoemd als mogelijke co-morbiditeit. Multi-morbiditeit betekent *“het optreden van meer dan één chronische ziekte in één individu”* (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). Respondent zes vertelt *“(…) mobiliteitsproblemen hebben vaak te maken met reuma, artrose.”* Respondent drie gaat meer in op de pijn en omschrijft het als volgt: *“Vaak zie je dus als iemand een betere kwaliteit van leven heeft, beter vooruit kan, zie je ook dat de pijnbeleving minder wordt.”* Ook respondent vijf beschrijft co-morbiditeit en legt de link naar ADL: *“Mensen met, ja, fysieke*

problemen, loopproblemen en mobiliteitsproblemen waardoor ze de ADL niet meer kunnen doen.”

Ten slotte wordt aangegeven dat er onder ouderen met een voormalig ZZP één tot en met drie het probleem **ADL** aanwezig is. Er wordt benadrukt door respondent twee dat *“de omgeving vaak bepalend is voor de ADL”*. Problemen die kunnen ontstaan op het gebied van **ADL** worden door respondent zes omschreven *“dat ze niet meer zelfstandig kunnen eten, dat ze niet meer zelfstandig de zelf verzorging kunnen doen en dat ze bijvoorbeeld binnen gaan lopen met een rollator”*. Vijf van de zes respondenten geven aan deze problemen vaak tegen te komen in de praktijk. De omgeving is belangrijk voor de ouderen en vooral zij willen volgens respondent zes graag *“zelfstandig blijven en niet afhankelijk zijn van thuiszorg.”*

Naast de problemen die ouderen ervaren, is gekeken naar welke ziektebeelden vóórkomen bij ouderen in de gemeente Bergen lb. Deze zijn weergegeven in bijlage drie. Hieruit kwam naar voren dat vooral chronische aandoeningen spelen binnen de doelgroep ouderen. Hier wordt verder niet op ingegaan omdat dit niet te maken heeft met het onderzoek.

8.1.5 Deelvraag 5

Hoe zijn de problemen te vertalen naar ergotherapeutische dienstverlening?

Vanuit deelvraag vier zijn problemen naar voren gekomen die spelen bij de doelgroep ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met drie. Vanuit literatuur zoals ergotherapeutische richtlijnen en vakliteratuur is de ergotherapeutische dienstverlening uiteen gezet (Ergotherapie Nederland, z.d.). Er is beschreven welke behandelingen een ergotherapeut kan doen en wat de uitkomsten van de behandelingen zijn voor de cliënten. Niet voor elk probleem is een aparte richtlijn ontwikkeld. Over een aantal ziektebeelden die benoemd werden door respondenten zijn wel richtlijnen geschreven (zie deelvraag vier en bijlage drie). In delen van deze richtlijnen staat informatie beschreven over wat ergotherapie met dit probleem kan. Naast de richtlijnen is vakliteratuur gebruikt ter aanvulling van de informatie voor koppeling met ergotherapie.

Tijdens het beantwoorden van deelvraag vijf wordt niet ingegaan op de observatiemethoden die uit de richtlijn naar voren komen omdat deze niet relevant zijn voor de cliënt als het gaat om de benoemde problemen. De uitleg bevat wel interventies voor behandeling om in de conclusie de koppeling tussen probleem, cliënt en PR te kunnen maken voor ergotherapiepraktijk Domi. Hieronder wordt per verkregen probleem in de volgorde van de top vijf de ergotherapeutische dienstverlening weergegeven met daarbij welke richtlijnen en/of vakliteratuur ondersteuning bieden. Hierbij zijn slagzinnen geformuleerd. Een slagzin is een zin welke duidelijk maakt wat ergotherapie heeft te bieden voor de cliënt. Deze slagzinnen zijn per probleem in de tekst onderstreept. De slagzinnen zijn in taal zonder vakjargon opgesteld omdat deze zinnen gebruikt kunnen worden voor promotie naar de cliënten toe.

In bijlage vier is de informatie onder deze deelvraag samengevat in een tabel.

Vallen

Om een koppeling te maken tussen vallen onder ouderen en ergotherapie zijn de Ergotherapierichtlijn valpreventie (Theune & Steultjens, 2005) en de richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson (Sturkenboom, Thijssen, Gons-van Elsacker, Jansen, Maasdam & Schulten, 2008) gebruikt.

In ergotherapierichtlijn valpreventie wordt vermeld: *“Uit internationale literatuur blijkt dat ongeveer 35% tot 40% van de thuiswonende ouderen minstens eenmaal per jaar valt. Dit aantal neemt toe met de leeftijd”* (Theune & Steultjens, 2005). De richtlijn richt zich op mensen van 65 jaar of ouder die zowel zelfstandig wonend als wonend in het verzorgingstehuis. De ouderen moeten zelfstandig kunnen handelen in eigen woonruimte

eventueel met hulp voor bepaalde activiteiten of delen van activiteiten. De doelgroep in dit onderzoek sluit hierop aan.

In paragraaf 1.1.3 van deze richtlijn wordt de koppeling gelegd tussen ergotherapie en het valrisico onder ouderen: *“(…) Het doel van de ergotherapiebehandeling is het creëren van, voor de cliënt, een optimale afstemming tussen de mogelijkheden van het individu en de eisen die de activiteit en de omgeving waarin gehandeld wordt, stellen. (...) Vanuit een cliëntgerichte werkwijze wordt het behandelproces vormgegeven. Dit is vooral herkenbaar in de aandacht die er bestaat voor het duidelijk krijgen van de betekenis van valrisico voor het handelen van de cliënt en in het duidelijk krijgen van de wensen en behoeften van de cliënt met betrekking tot het behouden van de rollen.”* (Theune & Steultjens, 2005).

De richtlijn valpreventie is opgesteld voor individuele aanpak omdat dit bewezen effectief is (Theune & Steultjens, 2005). De richtlijn beschrijft dat deze toepasbaar is wanneer er een vraag is ontstaan naar aanleiding of preventie van een val. Het doel is de gevolgen van een val te beperken. Hulpvragen rondom vallen kunnen op verschillende manieren ontstaan. Bij ergotherapie zal er tijdens een ergotherapeutische intake blijken dat een cliënt een verhoogde val-kans heeft waardoor interventie wellicht noodzakelijk is. Ook kan er door een arts verwezen worden naar een ergotherapeut die valpreventie aanbiedt wanneer er bij een cliënt valincidenten zijn geweest of er een verhoogd valrisico is (Theune & Steultjens, 2005). De risicofactoren voor vallen worden in de richtlijn benoemd en zijn: mobiliteit en evenwicht, duizeligheid, visus, incontinentie, gedrag en cognitie, medicatiegebruik en huis- en omgevingsveiligheid. Voor het screenen van deze risicofactoren is een screeningslijst opgesteld (Theune & Steultjens, 2005). De ergotherapiebehandeling richt zich bij valpreventie op de relatie tussen alle risicofactoren en het veilig handelen hierin. Door een praktische insteek is de ergotherapeut in staat de veiligheid van functioneren te beoordelen. Dit doet de ergotherapeut door te bepalen welke risicofactoren beïnvloed dienen te worden om de kans op vallen te verlagen en observaties uit te voeren. In het trainings-, begeleidings- of adviestraject richt de ergotherapeut zich op het veranderen van handelen door aanpassing van activiteiten, omgeving en bewustwording van risicovolle uitvoer van dagelijkse activiteiten (Theune & Steultjens, 2005).

Bij de risicofactor mobiliteit en evenwicht wordt aangegeven dat de fysiotherapeut hiermee aan de slag gaat. *“Er bestaat enige overlap met de fysiotherapie en ergotherapie wanneer het bijvoorbeeld gaat om het adviseren van transfers, schoeisel. Op dit gebied wordt dan ook nauwe samenwerking gevraagd met de betrokken fysiotherapeut”* (Theune & Steultjens, 2005).

Wanneer de risicofactor duizeligheid aan bod komt wordt er geadviseerd eerst de arts te laten meedenken. Wanneer de duizeligheid chronisch is kan een ergotherapeut advies geven in hulpmiddelen bij het lopen en daarnaast het veiliger maken van een thuissituatie. Ergotherapeuten kunnen bij de risicofactor visus advies geven op het gebied van zelfredzaamheid, verlichting, communicatie, mobiliteit en ergonomie. De ergotherapeuten helpen oplossingen te zoeken voor problemen die iemand door zijn visuele beperking in het dagelijkse leven ondervindt.

Op het gebied van incontinentie kan een ergotherapeut adviezen geven over hulpmiddelen bij de incontinentie, zoals incontinentiebroekjes, incontinentiematjes etc. (Bosman, z.d.).

Bij de risicofactor gedrag en cognitie kan de ergotherapeut adviezen geven over hulpmiddelen, zoals heupbeschermers, valdetectoren, het verwijderen van drempels en alarmsystemen. *“Hierbij is de ergotherapeut niet alleen bezig met de valpreventie, maar ook met het zoveel mogelijk beperken van de gevolgen van een val”* (Theune & Steultjens, 2005). De richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson (Sturkenboom, et al., 2008) geeft aan: *“Valangst kan inactiviteit in de hand werken, maar ook vermoeidheid is geassocieerd met verminderde participatie in vrijetijdsactiviteiten”*. Ergotherapeuten besteden ook aandacht aan valangst bij verschillende cliënten.

Als het gaat om de risicofactor medicatiegebruik heeft de ergotherapeut een signalerende functie (Theune & Steultjens, 2005).

Op gebied van huis- en omgevingsveiligheid speelt de ergotherapie een grote rol. *“Een ergotherapeut beoordeelt de woonsituatie van de cliënt in relatie tot de huidige beperkingen en handicaps”* (Theune & Steultjens, 2005) en geeft adviezen waar nodig.

Aan de hand van deze informatie is een slagzin gemaakt om te benoemen wat de ergotherapie te bieden heeft: Ergotherapie vermindert het aantal valincidenten. Na ergotherapie is de kans op ernstig letsel bij valincidenten verkleint.

Inspanning/conditie

Voor inspanning en conditie is geen specifieke ergotherapierichtlijn ontwikkeld. Er wordt in deze koppeling gebruik gemaakt van de ergotherapierichtlijn vermoeidheid bij MS, CVA of Parkinson (Evenshuis & Eyssen, 2012), de richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson (Sturkenboom, et al., 2008) en de richtlijn Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis (Riel, 2009). Wanneer er problemen zijn rondom inspanning of conditie wordt meestal doorverwezen naar de fysiotherapeut (Theune & Steultjens, 2005). Problemen rondom inspanning en conditie gaan vaak gepaard met vermoeidheid. Om in te gaan op de vermoeidheid wordt de richtlijn vermoeidheid bij MS, CVA of Parkinson (Evenshuis & Eyssen, 2012) gebruikt. Wanneer er bij de fysiotherapeut geen resultaat meer wordt behaald, kan er bij de ergotherapeut ingezet worden op acceptatie van conditieniveau en het dagelijks leven hierop aanpassen. Om de hoeveelheid energie van een cliënt op een dag te verdelen kan de ergotherapeut gebruik maken van de Activiteitenweger (Evenshuis & Eyssen, 2012). Hiermee wordt de belasting en belastbaarheid van de cliënt in kaart gebracht waarna een toegepast schema wordt gemaakt voor activiteiten op een dag die de cliënt zou vol moeten houden (Evenshuis & Eyssen, 2012).

Daarnaast kan de Energy Conservation Course (ECC) worden toegepast. Dit is een reeks van zes groepssessies die ingaan op belangrijke onderwerpen rondom energie (Evenshuis & Eyssen, 2012). Wanneer de cliënt Parkinson heeft, bevat de inspanning een andere insteek: *“Het tempo van handelen is langzamer en door de motorische en cognitieve problemen kost het uitvoeren van activiteiten meer moeite en energie. Daarnaast kunnen mentale en fysieke vermoeidheid en een verminderd uithoudingsvermogen het moeilijk maken activiteiten vol te houden”* (Sturkenboom, et. al, 2008).

De richtlijn Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis (Riel, et al., 2009) vermeldt: *“De ergotherapeutische behandeling richt zich op het verbeteren en behouden van het zelfstandig uitvoeren van de dagelijkse activiteiten en de participatie op gebied van wonen, werken en vrije tijd.”* De ergotherapeut kan met behulp van leefstijladviezen, bestaande uit gewichtsbeschermden en energiebesparende maatregelen, de cliënt leren zijn leven zo in te richten dat er weer een evenwicht ontstaat tussen belasting en belastbaarheid zodat hij/zij beter kan functioneren (Riel, 2009).

Voor het bereiken van evenwicht tussen belasting en belastbaarheid zal bepaald gedrag veranderend moeten worden. De ergotherapeut kan hierop inspelen met de zogenaamde gedragsverandering. *“De ergotherapeut dient het veranderingsproces te stimuleren, te ondersteunen, in beweging te brengen en/of op andere wijze mogelijk te maken”* (Evenshuis & Eyssen, 2012). Ergotherapeuten laten cliënten veranderen door in te zetten op de sterke kanten van de cliënt. De gewoonten van een cliënten moeten doorbroken worden. Dit kan de ergotherapeut doen aan de hand van een aantal mogelijke strategieën: gewoonten veranderen bij een ingrijpende verandering van iemands leven, bewust worden van gedrag, feedback geven en/of belonen voor gewenst gedrag. Onder de gedragsverandering kan gebruik gemaakt worden van Health Counseling, Motivational Interviewing of Neuro Linguistisch Programmeren (Evenshuis & Eyssen, 2012).

Als er angst gepaard gaat met het inspannen bij het doen van activiteiten kan er Graded Activity (GA) toegepast worden. GA is een gedragsmatig en fysiek trainingsprogramma gebaseerd op operante en cognitieve leerprocessen. Activiteiten worden stap voor stap opgebouwd zodat er bij de cliënt energieopbouw plaatsvindt (Evenshuis & Eyssen, 2012).

De slagzin die voor inspanning/conditie is beschreven is: Na ergotherapie kan de cliënt zijn dag zelf indelen zonder oververmoeid te worden.

Omgeving

Bij het probleem omgeving worden de Standaard voor het afleggen van een huisbezoek door ergotherapeuten (Rooken & Ven, 2001), het Overzicht hulpmiddelen en voorzieningen (Ergotherapie Nederland, 2013), het boek Adviseren als ergotherapeut (Heijnsman, Lemette, Veld & Kuiper, 2011), het boek Beroepsprofiel Ergotherapeut (Hartingsveldt, Logister-Proost & Kinébanian, 2010) en het EDOMAH-programma (Graff, Melick, Thijssen, Verstraten & Zajec, 2010) gebruikt.

Wanneer er een probleem in de directe omgeving van ouderen wordt geconstateerd kan de ergotherapeut ingeschakeld worden voor een huisbezoek. Bij het probleem vallen kwam de omgeving al aan bod: *“Zij (ergotherapeut) beoordeelt de woonsituatie van de cliënt in relatie tot de huidige beperkingen en handicaps”* (Theune & Steultjens, 2005) en geeft adviezen waar nodig. Bij huisbezoeken die een ergotherapeut aflegt gaat het om een analyse van de directe omgeving (Heijnsman, et al., 2011). De standaard voor het afleggen van een huisbezoek door ergotherapeuten is *“toepasbaar als er een vraag over de huidige woonsituaties ontstaan”* (Rooken & Ven, 2001). De standaard omschrijft een huisbezoek als: *“Het bekijken van de huidige woonsituatie van de cliënt, in relatie tot zijn huidige beperkingen en handicaps. met als doel de huidige woonsituatie te beoordelen op geschiktheid voor de cliënt. op basis van deze beoordeling brengt de ergotherapeut een advies uit aan de cliënt of aan een adviesvragende instantie over zijn woonsituatie en de te volgen stappen om deze woonsituatie optimaal te maken “* (Rooken & Ven, 2001).

Naar aanleiding van een huisbezoek kan de ergotherapeut adviezen uitbrengen op gebied van woningaanpassing. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over een traplift, douchestoel en automatische deuropeners (Ergotherapie Nederland, 2013). De ergotherapeut kan de omgeving voor een cliënt leefbaarder maken zodat de betekenisvolle activiteiten gewaarborgd kunnen blijven (Hartingsveldt, et al., 2010).

Naast de fysieke omgeving is de sociale omgeving van de cliënt van belang (Graff et. al, 2010). Tijdens een huisbezoek kan de ergotherapeut ook kijken naar de mensen om de cliënt heen, genaamd de context van de cliënt. Voor een analyse van de sociale omgeving kan de ergotherapeut het EDOMAH-programma gebruiken (Graff, et al., 2010). Het EDOMAH-programma gaat onder anderen in op de partner en/of de mantelzorger. Het blijkt dat mantelzorgers vaak ook in aanmerking komen voor ergotherapie (Graff, et. al, 2010). In de richtlijn Ergotherapie bij de ziekte Parkinson wordt vermeld: *“Het wordt aanbevolen om een parkinson-client en zijn mantelzorger(s) te adviseren over aanpassingen in de fysieke omgeving als deze aanpassingen de veiligheid, effectiviteit en efficiënte van het uitvoeren van activiteiten bevorderen. Hierbij wordt aanbevolen het adviseren van hulpmiddelen en voorzieningen gepaard te laten gaan met instructie en training in het gebruik”* (Sturkenboom, et. al, 2008).

Aan de hand van deze informatie is de volgende slagzin geformuleerd: Met behulp van sociale omgeving blijft de cliënt zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen. Hierbij zorgt de ergotherapeut voor een veilige leefomgeving.

Mobiliteit

Mobiliteit valt onder de primaire zelfverzorging (Steultjens, et al., 2013). Rondom de koppeling van ergotherapie aan het probleem mobiliteit wordt de volgende literatuur gebruikt: Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson (Sturkenboom, et al., 2008), Ergotherapierichtlijn CVA (Steultjens, Cup, Zajec & Hees, 2013), Richtlijn valpreventie (Theune & Steultjens, 2005) en het Overzicht hulpmiddelen en voorzieningen (Ergotherapie Nederland, 2013). Doordat er voor mobiliteit geen eigen richtlijn is ontwikkeld worden onderdelen uit de bovengenoemde richtlijnen gebruikt omdat de koppeling te maken tussen ergotherapie en mobiliteit.

Zoals eerder vermeld is bij vallen één van de risicofactor mobiliteit en evenwicht. De richtlijn vermeldt: *“Er bestaat enige overlap met de fysiotherapie en ergotherapie wanneer het bijvoorbeeld gaat om het adviseren van transfers, schoeisel. Op dit gebied wordt dan ook nauwe samenwerking gevraagd met de betrokken fysiotherapeut”* (Theune & Steultjens, 2005).

Ergotherapie is bij de ziekte van Parkinson geïndiceerd als er hulpvragen zijn op gebied van onder andere mobiliteit. Studies die de risicofactoren voor vallen bij de ziekte van parkinson in kaart brengen, geven aan dat vooral problemen stabiliteit, transfers, lopen en orthostatische hypotensie zijn (Sturkenboom, et al., 2008). Het afwijkende gangpatroon (verminderde paslengte, pashoogte en snelheid) wordt versterkt tijdens dubbeltaken. Bij cliënten met parkinson kan ‘bevriezen’ optreden. Dit gebeurt; wanneer er dubbeltaken gedaan worden, bij het starten van lopen, bij het passeren van nauwe ruimtes of tijdens draaibewegingen (Sturkenboom, et al., 2008). De ergotherapeut kan dan ingaan op zogenaamde cues. Cues zijn prikkels uit de omgeving of prikkels die de cliënt zelf opwekt. Een ergotherapeut kan bij bevrozing strepen aanbrengen op de vloer die de cliënt inwendig moet tellen. Op deze manier wordt de bevrozing voorkomen omdat de cliënt zich niet bezig kan houden met dubbeltaken (Sturkenboom, et al., 2008).

Er is vaak sprake van moeite bij transfers. Cliënten zetten de transfer vaak met te weinig snelheid in of komen niet tot een goede houding. De ergotherapeut kan bij dit soort problemen adviezen geven over de houding tijdens de transfers of hulpmiddelen inzetten (Sturkenboom, et al., 2008). Bij hulpmiddelen is te denken aan glijlakens, flexibele draaischrijven etc. (Ergotherapie Nederland, 2013).

Cliënten die een CVA gehad hebben kunnen mobiliteitsproblemen ervaren (Steultjens, et al., 2013). De Ergotherapie richtlijn CVA behandelt de mobiliteit binnenshuis en buitenshuis. Interventies die gebruikt kunnen worden binnenshuis zijn looptraining tijdens het handelen, trainen van transfers, trainen van sta- en zithouding en trainen in het omgaan met hulpmiddelen en voorzieningen die de mobiliteit ondersteunen (Steultjens, et al., 2013). Bij hulpmiddelen en voorzieningen is te denken aan automatische deuropeners, rollators, toiletbeugels etc. (Ergotherapie Nederland, 2013).

Mobiliteit buitenshuis kan behandeld worden met behulp van verstrekken van informatie over vervoersmogelijkheden buitenshuis, aanpassingen, loophulpmiddelen, voorzieningen en begeleiding bij wandelingen of ritten met de bus of taxi (Steultjens, et al., 2013).

Interventies voor cliënten met mobiliteitsproblemen die gericht zijn op vergroten van fysieke activiteiten, dragen bij aan een hogere mate van participatie (Steultjens, 2013).

Voor het probleem mobiliteit is volgende slagzin geformuleerd: Eventueel samen met de fysiotherapeut kan de ergotherapeut zorgen voor het veilig verplaatsen binnen- en buitenshuis. Afhankelijk van het ziektebeeld worden loophulpmiddelen zoals bijvoorbeeld een rollator ingezet.

Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)

Voor de koppeling van ergotherapie aan ADL-activiteiten zijn de volgende bronnen gebruikt: Beroepsprofiel Ergotherapeut (Hartingsveldt, et al., 2010), Richtlijn CVA (Steultjens, et al., 2013) en richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson (Sturkenboom, et al., 2008). Deze zijn gebruikt omdat er duidelijke interventies naar voren komen of de activiteiten duidelijk worden uitgelegd.

“Het handelen is de betekenisvolle, doelgerichte uitvoering van dagelijkse activiteiten die gerelateerd zijn aan het persoonlijk leven en het contextgebonden zijn” (Hartingsveldt, et al., 2010). Dagelijkse activiteiten worden in de zorg ook wel ADL genoemd. Wat ergotherapie kan betekenen in de ADL- activiteiten volgens de ergotherapie richtlijn CVA is *“Het naar tevredenheid kunnen uitvoeren van dagelijkse activiteiten is een belangrijke uitkomst van de ergotherapiebehandeling. Het draagt bij aan het bereiken van optimaal ervaren participatie*

en welbevinden” (Steultjens, et al., 2013). Interventies die vanuit deze Ergotherapie richtlijn CVA naar voren komen besteden specifiek aandacht aan verbeteren van het uitvoeren van activiteiten voor cliënten met voornamelijk motorische klachten en daarnaast voor cliënten met cognitieve klachten. Bij cliënten met motorische klachten kan de CCSCI (Client centered self care intervention) gebruikt worden. Met deze richtlijn is gericht op het terugkrijgen van autonomie bij CVA cliënten, voor de uitvoer van zelfzorgactiviteiten. Bij een cliënt met cognitieve problemen is de CO-OP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance) te gebruiken. *“De CO-OP is een doelgerichte cliëntgerichte benadering waarbij taakspecifieke training en het gebruik van cognitieve strategieën gericht op het oplossen van handelingsproblemen worden toegepast”* (Steultjens, et al., 2013).

De richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson vermeldt: *“Het doel van ergotherapie bij de ziekte van Parkinson is het behouden of optimaliseren van het betekenisvol handelen van de cliënt binnen zijn leefsituatie”* (Sturkenboom, et. al, 2008). Interventies tijdens ergotherapiebehandelingen zijn gericht op het veranderen van aspecten van de persoon, activiteit en omgeving. Interventies zijn vaak ook gericht op de mantelzorger omdat de welbevinden en vaardigheden vaak voorwaardenscheppend zijn voor het handelen van de cliënt. *“Het oefenen van motorische vaardigheden van de arm en hand wordt bij een parkinsoncliënt geadviseerd binnen voor de persoon betekenisvolle activiteiten en alleen als de persoon motorische en cognitief voldoende leerbaar en belastbaar is.”* (Sturkenboom, et. al, 2008). Daarnaast zijn experts van mening dat met gerichte aandacht uitvoeren van handelingen ook zinvol is voor de uitvoering van de ADL-activiteiten (Sturkenboom, et. al, 2008).

De slagzin voor het probleem welke ontstaan bij ADL is: De ergotherapeut zorgt voor het zelfstandig en veilig uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals wassen en aankleden etc.

8.2 Thema: Profileren

Door de respondenten zijn tijdens de interviews een aantal mogelijkheden genoemd om cliënten te werven. Deze mogelijkheden zijn bij het thema *profileren* ondergebracht. Categorieën die hierbij horen zijn: ‘Verwijzers’, ‘mogelijke PR’ en ‘onbekendheid van ergotherapie in de gemeente Bergen lb’. Deze drie aspecten werden regelmatig genoemd en vallen op in de geanalyseerde interviews. Vier van de zes respondenten hebben het over de huisarts als sleutelfiguur: *“Altijd in overleg met de huisarts wordt een verwijzing gedaan naar een andere discipline.”*

Daarnaast heeft de helft van de respondenten het succes van de samenwerkingen tussen ergotherapie, fysiotherapie en verzorgenden in Buurtzorg+ benadrukt. Daarnaast verteld respondent vier dat zij graag een zelfde samenwerking zou willen hebben met een ergotherapeut en een fysiotherapeut. Het succes van Buurtzorg+ is te danken aan *“Je snuit te laten zien”* en promotie hiervan in de “sufferdjes”. Daarnaast hebben zij gebruik gemaakt van foldertjes en zijn gaan praten bij de huisarts voor promotie: *“We zijn gaan praten met de huisartsen (...) maar je moet natuurlijk ook een foldertje hebben om te laten zien wat je doet”*. Naast promotie maken bij de huisartsen is het mogelijk om een praatje te maken bij de KBO (Katholieke Bond Ouderen) of bij de huiskamer in Afferden. Respondenten één en drie geven aan dat veel ouderen gebruik maken van het KBO en de huiskamer. Respondent vijf merkt op dat: *“Gewoon je werk goed doen (...) dan gaan ze dit doorvertellen. Dat is de beste reclame die je kan hebben”*.

8.2.1 Deelvraag 6

Wat zegt de literatuur over het werven van cliëntengroepen?

Bij het beantwoorden van deelvraag zes wordt gebruik gemaakt van de literatuur. Daarnaast worden de tips vanuit de interviews meegenomen. Door samenbrengen van literatuur en de tips vanuit de interviews worden volgende onderwerpen besproken: *Belang van promotie,*

promotie tools voor kennismaking, profileren bij verwijzers, samenwerkingen, mond tot mond promotie en promotie is een oneindig proces.

Belang van promotie

Het profileringsproces is volgens prijswinnende auteur Karen Jacobs cruciaal binnen de ergotherapie. Zij schrijft dat het in deze tijd van groot belang is om de verschillende tools van promotie toe te passen. Daarnaast meldt Jacobs dat om een goede ergotherapeut te zijn het even zo belangrijk is deze promotie tools te gebruiken als wetenschappelijke literatuur en best practice bij te houden (Jacobs, 2012).

Promotie tools voor kennismaking

Een promotietool kan zijn de **wijkkranten**. Een artikel in de wijkkrant zorgt voor een eerste kennismaking voor mogelijk een deel van de doelgroep. Jacobs zegt dat een artikel in de wijkkrant verwant is aan promotie. Het is een gratis manier van promotie maar er is weinig controle over de inhoud (Jacobs, 1987). Een andere tool om aan de eerste kennismaking te werken is **flyers** en **folders** uitdelen. Vanuit Ergotherapie Nederland wordt ondersteuning geboden bij het profileren. Er bestaat een algemene ergotherapie folder die te bestellen is op de site van Ergotherapie Nederland. Deze folder is voor promotie doeleinden gemaakt (Ergotherapie Nederland, 2015). Ook de World federation of occupational therapy heeft promotiemateriaal. Dit is gratis te downloaden op hun site (World Federation Occupational Therapy, 2015).

Profileren bij verwijzers

De bovengenoemde flyers en folders zijn te gebruiken bij **verwijzers** om de praktijk te profileren. Naast specialisten in het ziekenhuis is de huisarts de enige die verwijzingen mag doen naar andere disciplines. Hiermee wordt de **huisarts** een sleutelfiguur binnen de eerstelijnszorg (Artsennet, 2014). Vanuit de literatuur benadrukt Jacobs het nut van een goede verstandhouding met de huisartsen. Ze schrijft dat het van belang is om kennis te maken met alle **zorgprofessionals** omdat het succes van de promotie afhangt van een sleutelfiguur die vertrouwd wordt door de gemeenschap en die dezelfde boodschap overbrengt (Jacobs, 2012). Deze rol kan de zorgprofessional invullen volgens haar. Voor het opbouwen en onderhouden van relaties wordt door Jacobs in een ander artikel een aantal voorbeelden gegeven: deelnemen aan congressen en in de raad van bestuur van een gezondheidsorganisatie plaats nemen. Daarnaast benoemt ze dat je als ergotherapeut ook gewoon naar een arts toe kan gaan om te vragen of hij cliënten wil doorverwijzen (Jacobs, 1987). Deze vormen waarbij de ergotherapeut zelf mondeling haar promotie voert wordt **'face to face'-promotie** genoemd. Uit de literatuur blijkt dat 'face to face'-promotie de duurste vorm van promotie is. Met de duurste vorm wordt bedoeld dat het tijdrovend is en hierdoor een grote investering is. Het is echter de meest gebruikte vorm van promotie door ergotherapeuten (Jacobs, 1987).

Samenwerkingen

Na het profileren bij verwijzers zoals huisartsen wordt in de literatuur beschreven dat een **samenwerking** niet alleen belangrijk is maar binnenkort wellicht verplicht (Hartingsveldt, et al., 2011).

Hartingsveldt beschrijft dat in het Beroepsprofiel Ergotherapie het competentiegebied samenwerken naar voren komt: *"Het generieke competentiegebied samenwerken is gericht op samenwerking met de cliënt en de interprofessionele samenwerking met anderen, om zo bij te dragen aan continuïteit en kwaliteit van zorg waarbij de cliënt centraal staat, met als doel te komen tot gezamenlijke besluitvorming."*

Hartingsveldt verwacht hierbij dat ziektekostenverzekeraars en veranderende wet- en regelgeving ergotherapeuten (en andere disciplines) oproepen en dwingen tot efficiëntere en interprofessionele samenwerking, ingebed in organisatievormen, zoals een zorgpad of een zorgketen (Hartingsveldt, et al., 2011).

Mond tot mond promotie

Wanneer een cliënt tevreden is over de behandeling wordt dit doorverteld aan vrienden en familie. Deze vorm van promotie heet **mond tot mond promotie**. Deze vorm is de meest effectieve vorm van promotie (Jacobs, 2012). Karen Romme verteld waarom zij denkt dat mond tot mond reclame de meest effectieve vorm van promotie is: *“Mensen willen geen zaken doen met jouw bedrijf maar met jou om jouw kennis, kunde en persoonlijkheid. Daar hebben ze zelf goede ervaringen mee of daar hebben ze goede dingen over gehoord.”* (Romme, 2014). Het gaat om de kwaliteit van de ergotherapeut en de behandeling. Daarom is het als praktijkhouder belangrijk om een professionele houding te laten zien. Deze **attitude** wekt vertrouwen op en heeft een positief effect op mond tot mond promotie (Granse, et al., 2012). In de literatuur word een tip gegeven over mond tot mond promotie: *“Zorg dat je twee visitekaartjes per persoon uitdeelt, één om te bewaren en één om door te geven”*. Op deze manier heeft degene die de mond tot mond promotie te horen krijgt meteen de relevante contact gegevens. Twee andere tips zijn: *Vraag aan je cliënten om succesverhalen door te vertellen en bericht het succesverhaal in samenspraak met de cliënt in de lokale media* (Jacobs, 2012).

Promotie is een oneindig proces

Verder beschrijft Jacobs dat de promotie van ergotherapie niet alleen een **oneindig proces** is maar in alle activiteiten van het dagelijks leven ingepast kan worden. Zo benadrukt zij dat tijdens een behandeling de waarde van ergotherapie uitgelegd kan worden. Tijdens een behandeling van een kind kan aan de ouders de voordelen van ergotherapie uitgelegd worden. *“Zelfs in de rij bij de supermarkt of tegen de gene naast je in het vliegtuig of de bus kun je kort vertellen dat je een ergotherapeut bent en dat een ergotherapeut er bijvoorbeeld voor kan zorgen dat iemand thuis kan wonen door de woning veilig te maken.”* Dit noemt zij de ‘what’s in it for me’ factor (Jacobs, 2012). Kleverlaan en van Wijck beschrijven in *‘Praktische lessen over marketing en communicatie in de zorg’* waarom promotie een oneindig proces is: *“Toen coca cola in de jaren negentig zijn marketing budget aanzienlijk teruggeschoefde, omdat het al jaren ijzersterk het hoogste marktaandeel mocht optekenen, dook de omzet navenant omlaag. De belangrijkste les was geleerd: marketing is en blijft nodig”* (Kleverlaan & Wijck, 2008).

8.3 Thema: Gevolgen verandering in de zorg

Met het laatste thema kunnen geen deelvragen beantwoord worden. Dit is extra informatie die uit de interviews naar voren is gekomen. Deze informatie helpt niet om de onderzoeksvraag te beantwoorden maar is bruikbaar bij de aanbevelingen die gedaan worden. Binnen het thema *Gevolgen verandering in de zorg* zijn de volgende categorieën samengevat: *‘bezuinigingen en economische crisis’, ‘basisverzekering’, ‘financiële problemen’, ‘gemeente Bergen lb’ en ‘de huidige situatie’*. Deze categorieën staan dik gedrukt in de tekst.

Vier van de zes respondenten maken de veranderingen in de zorg zelf bespreekbaar. Dit is een onderwerp wat blijkbaar speelt onder de respondenten. Zo merkt respondent één op dat zijn cliënten steeds minder geld hebben door **bezuinigingen en de economische crisis**. *“Ja allerlei ziekenfondsen technische problemen. Die zorgverzekering dat is ook helemaal niets meer. Dat is veel te duur voor de mensen.”* Vervolgens vertelt respondent één dat er veel vragen zijn over de vergoedingen en de zorgverzekering: *“Had ik laatst hier in mijn folder gezet. Omdat je elke keer de zelfde vragen krijgt”*. Voor alle fysiotherapeuten speelt dat niet alle therapie meer vanuit de **basisverzekering** worden vergoed: *“Chronische ziekten, dat zit niet meer in de basisverzekering”*. De fysiotherapeuten merken dat cliënten daardoor **financiële problemen** en geen geld meer hebben voor therapie. Er worden daarom andere oplossingen gezocht: *“Budget is vaak beperkt. Bij langdurige problematiek. Dan is iets opgezet en wordt uitgevoerd voor een deel door een vrijwilliger”*. Respondenten één en twee geven aan dat de **Gemeente Bergen lb** vergrijst. De veranderingen en bezuinigingen in de zorg spelen hier een belangrijke rol in. Respondent

één zegt over de financiële situatie van de ouderen: *"Hier wonen niet veel rijke mensen, hoor, in gemeente Bergen."* Ook respondent vier omschrijft de financiële situatie met betrekking op hulpmiddelen als volgt: *"Een rollator kost geld en krukken kost geld. Ouderen zijn vaak zuinig op hun geld. Het mag niks kosten, dat is ook een groot probleem. De ergotherapeut kan de mensen stimuleren om dingen daarin aan te schaffen."*

Vanuit de thuiszorg levert de **huidige situatie** met de bezuinigingen in de zorg een ander probleem op: *"Sommige mensen gaan gewoon tien uur in de week eroverheen en dat kost duizenden euro's."* De ergotherapeut word dan door respondent vier gezien als mogelijke oplossing *"die verandering kan niet ineens, dat heeft jaren nodig. En als de ergotherapeuten dan een stukje in kunnen ondersteunen."*

Het wordt als probleem gezien dat ouderen minder snel in een verpleeghuis terecht komen. *"Steeds lastiger want de verzorgingshuizen gaan weg. De situatie van nu dat is gewoon onverantwoord dat de mensen thuis wonen."* Maar respondent één, twee en vier beschrijven een voordeligere situatie. *"Het is het beste voor hun en ook qua kosten is dit het goedkoopste. Dan iemand naar verpleeghuis. Dat gaat straks niet meer gebeuren."* Verder wordt er over de situatie gezegd: *"Ja maar dat is ook wat mensen zelf willen, dat is wat mensen doen nou alsnog mensen niet meer opgenomen mogen worden maar mensen willen zelf. Wij willen zelf zo lang mogelijk thuis blijven."* Als grens wordt genoemd: *"Maar wat is dan die grens? Dan moeten mensen echt een gevaar voor zichzelf worden maar je kunt niet zomaar iemand uit huis plaatsen."*

9 Discussie

Binnen het onderzoek kunnen een aantal aspecten bediscussieerd worden. De onderwerpen in de discussie bestaan uit: *Groep respondenten, verzadigingsprincipe, methode van onderzoeken & methode van data-verzameling en mogelijke relevantie van de resultaten.* Deze onderwerpen worden hieronder toegelicht en bediscussieerd.

Groep respondenten

De resultaten in dit onderzoek zijn gebaseerd op meerdere respondenten. Vanuit de analyse van de interviews viel het onderzoeksteam op dat de disciplines antwoorden geven vanuit hun eigen vakgebied. Er viel op dat alle fysiotherapeuten problemen op gebied van inspanning en de conditie bespraken. De ergotherapeut had het als enige over de overbelasting van de mantelzorger. Wanneer er minder fysiotherapeuten waren geïnterviewd en meer ergotherapeuten waren bepaalde problemen meer of minder benoemd. De diagram met de top vijf aan problemen zou andere aantallen van benoemen laten zien. Deze variatie zal altijd blijven bij kwalitatief onderzoek maar is zeker een punt van discussie (Baarda, et al., 2009).

Verzadigingsprincipe

Bij het toepassen van het verzadigingsprincipe (Netwerk kwalitatief onderzoek AMC – UvA, 2002; Boeije, 2005; Verhoeven, 2014) hadden bij nader inzien minder fysiotherapeuten geïnterviewd kunnen worden. De eerste twee fysiotherapeuten vermelden dezelfde problemen. Hieruit blijkt dat de informatie verzadigd is. In plaats van een fysiotherapeut had een extra respondent van de verpleging bevraagd kunnen worden. Verzorgenden zijn immers erg betrokken bij de ouderen. Zij zijn de personen die de ouderen elke dag zien en daarom veel informatie kunnen verschaffen. De respondent die geïnterviewd is, heeft een aantal collega's van te voren gevraagd welke problemen zij zien bij de doelgroep. Deze informatie heeft zij meegenomen in het interview met de junior onderzoekers. Het voordeel hiervan is dat er met één respondent meerdere respondenten naar hun meningen en ervaringen gevraagd zijn (Baarda, et al., 2009). Het nadeel is dat ze niet elke collega heeft kunnen vragen. Te verwachten is dat bij de verpleging verzadiging is opgetreden maar dit kan niet met zekerheid worden gezegd.

Naast een extra verplegende als respondent had er ook een extra ergotherapeut kunnen worden toegevoegd. Er is één ergotherapeut betrokken geweest bij dit onderzoek omdat er

in gemeente Bergen lb naast respondent één geen eerstelijns ergotherapeuten werkzaam zijn. Een mogelijkheid op meer ergotherapie respondenten zou zijn om ergotherapeuten uit andere gemeentes te interviewen die werken met de doelgroep. Hiermee zou vergeleken kunnen worden of er verzadiging is opgetreden bij de discipline ergotherapie. Echter kunnen de gegevens uit die interviews dan niet meegenomen worden in dit onderzoek omdat de extra ergotherapeut niet binnen de inclusiecriteria voor de respondenten valt. Kortom, het onderzoeksteam verwacht dat verzadiging heeft plaatsgevonden bij dit onderzoek maar om hier zeker van te zijn zou een grotere groep respondenten gewenst zijn onder de verzorgenden en de ergotherapeuten.

Het onderzoeksteam had kunnen vragen naar meningen en ervaringen van thuiswonende ouderen. Deze ouderen vallen niet onder de doelgroep van dit onderzoek maar zijn wel ervaringsdeskundigen op het gebied van thuis wonen. Deze optie is vooraf uitvoerig bediscussieerd en niet doorgezet. Deze optie zou alsnog uitgevoerd kunnen worden om na te gaan of de verzadiging aanwezig is. Door te weinig tijd is dit gedurende dit onderzoek niet onderzocht worden.

Methode van onderzoeken & methode van data verzameling

Om de gestelde onderzoeksvraag te beantwoorden was het ook mogelijk geweest om een aantal ouderenverenigingen zoals het KBO, enquêtes of vragenlijsten op te sturen. Een ouderenvereniging heeft inzicht in de problemen die spelen bij de ouderen in de omgeving. Voordelig hierbij zou zijn dat de resultaten hierbij redelijk snel te verkrijgen zijn (Baarda, et al., 2009). Een nadeel is dat deze mensen mogelijk minder kennis hebben over ergotherapie en de precieze thuisproblemen waardoor antwoorden minder specifiek kunnen zijn. Het gevolg hiervan zou zijn dat er een andere onderzoeksvraag opgesteld had moeten worden. Een ander onderzoek zou kunnen zijn om een aantal eerstelijns ergotherapiepraktijken te interviewen over welke behandelingen zij doen bij de doelgroep waar de opdrachtgever zich op wil richten. Hierbij komen heel specifiek de problemen en de mogelijkheden in behandelen naar voren. Echter zou dit als marktonderzoek niet geschikt zijn voor ergotherapiepraktijk Domi omdat de specifieke problemen vanuit gemeente Bergen lb niet te achterhalen zijn.

Mogelijke relevantie van de resultaten

De gevonden resultaten zijn niet schokkend te noemen. De gevonden problemen en ziektebeelden zijn bekend als ouderdomsklachten (Gezondheidsraad, 2008; Derkx, 2011). Ook verschillende kansen in het werven van cliënten, zoals de huisarts als verwijzer, zijn vooraf te beredeneren zonder onderzoek. Wat dit onderzoek juist sterk maakt is het feit dat het in het werkgebied van de opdrachtgever is uitgevoerd. Hierdoor zijn de gevonden problemen misschien niet schokkend maar wel een mogelijkheid om heel specifiek PR uit te voeren. Daarnaast zijn er kansen ontdekt die wellicht anders niet benut werden door ergotherapiepraktijk Domi. Voorbeeld hiervan is een mede professional die een samenwerking verwelkomt. En een beproefde methode om reclame te maken in de sufferdjes. Die door de bevolking in de gemeente Bergen lb veel gelezen worden. Dit zijn de resultaten waarmee het onderzoeksteam van de bekende gemeenschappen afstand nemen en doorgaan op hele specifieke kansen. Hiermee kan de opdrachtgever in het ene geval direct en in een ander geval langzaam maar met een groot bereik het cliëntenbestand van ergotherapiepraktijk Domi laten groeien.

10 Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag: “*Wat kan de eerstelijns ergotherapiepraktijk Domi met de problemen die volgens zorgprofessionals spelen onder de doelgroep ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met drie in de gemeente Bergen lb om deze cliënten te werven?*”. Bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag wordt een koppeling gelegd met deelvragen vier tot en met zes, tussen de resultaten vanuit de interviews en ergotherapiepraktijk Domi. Voor de volledigheid wordt gebruikt gemaakt van

het 4C model (Lauterborn, 1990). De 4C's zijn onder de deelvragen geplaatst. In tabel vier is een overzicht van uitkomsten weergegeven. Daarnaast is in de tabel te zien welke resultaten waar gevonden zijn en onder welk hoofdstuk het in het onderzoeksrapport is geplaatst. De daadwerkelijke aanbevelingen voor de ergotherapiepraktijk Domi zijn in de tekst onderstreept.

De informatie uit deelvraag vier valt onder **Consumer** uit het 4C-model en houdt in '*wie, wat en waar van de cliënt*'. Vanuit verdieping van de huidige situatie in het theoretisch kader komt naar voren dat de doelgroep thuiswonende ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met drie in de gemeente Bergen lb is. Onder deelvraag vier zijn de problemen onder deze doelgroep onderzocht. De top vijf van deze problemen zijn: vallen, inspanning/conditie, mobiliteit, omgeving en ADL.

De informatie onder deelvraag vijf valt onder **Convenience** en houdt in '*Hoe makkelijk komt de cliënt aan informatie? en Hoe makkelijk komt de cliënt aan de zorg?*'. Dit omvat de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de dienst evenals informatie. Uit het antwoord op deelvraag vijf blijkt hoe de problemen zijn te vertalen naar ergotherapeutische diensten. Deze diensten zijn geformuleerd aan de hand van slagzinnen. Een slagzin is een zin welke duidelijk maakt wat ergotherapie heeft te bieden voor de cliënt (Persoonlijke mededeling, onderzoeksteam, 13 januari 2015). Het omschrijft de uitkomst van de behandeling. Jacobs omschrijft een dergelijke zin als de 'What's in it for me' factor.

Voor de gevonden problemen zijn de volgende slagzinnen geformuleerd:

- Vallen
 - Ergotherapie vermindert het aantal valincidenten.
 - Na ergotherapie is de kans op ernstig letsel bij valincidenten verkleint.
- Inspanning/conditie
 - Na ergotherapie kan de cliënt zijn dag zelf indelen zonder oververmoeid te worden.
- Omgeving
 - Met behulp van sociale omgeving blijft de cliënt zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen. Hierbij zorgt de ergotherapeut voor een veilige leefomgeving.
- Mobiliteit
 - Eventueel samen met de fysiotherapeut kan de ergotherapeut zorgen voor het veilig verplaatsen binnen- en buitenshuis.
 - Afhankelijk van het ziektebeeld worden loophulpmiddelen zoals bijvoorbeeld een rollator ingezet.
- ADL
 - De ergotherapeut zorgt voor het zelfstandig en veilig uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals wassen en aankleden etc.

De informatie uit deelvraag zes valt onder **Communication** uit het 4C-model en houdt '*Communicatie tussen cliënt en ergotherapeut*' in en richt zich op profilering en promotie. Hieruit blijkt dat er een aantal gerichte acties uitgevoerd kunnen worden om de Communication te bereiken voor ergotherapiepraktijk Domi. In onderstaande alinea wordt een koppeling gemaakt met de resultaten uit de interviews en de gebruikte literatuur in deelvraag zes met daarbij een advies voor ergotherapiepraktijk Domi. Het advies voor Domi wordt in de tekst onderstreept.

In de literatuur schrijft Jacobs over promotie aan de hand van advertenties of artikelen in wijkkranten. Respondent vijf benadrukt dit vanuit het interview met de 'sufferdjes'. Mede door advertenties in de sufferdje is Buurtzorg+ succesvol geworden. Een advies voor ergotherapiepraktijk Domi is om gebruik te maken van sufferdjes in de gemeente Bergen lb. Vanuit interview één kwam een sufferdje naar voren namelijk het "groene boekje" in Afferden. Volgens de respondent wordt dit boekje door iedereen gelezen.

Naast een advertentie kunnen ook flyers en folders worden gebruikt voor de eerste kennismaking tussen de cliënt en ergotherapie. Respondent vijf meldt: *“We zijn gaan praten met de huisartsen (...) maar je moet natuurlijk ook een foldertje hebben om te laten zien wat je doet”*. De huisarts blijkt uit de literatuur een sleutelfiguur binnen de eerstelijnszorg te zijn (Artsennet, 2014; Jacobs, 2012). Vanuit de literatuur benadrukt Jacobs het nut van een goede verstandhouding met de huisartsen. Een advies voor ergotherapiepraktijk Domi om contact te maken met de huisarts in de gemeente Bergen lb. Hierbij kan de opdrachtgever gelijk folders en visitekaartjes achterlaten.

Vanuit de literatuur komt naar voren dat in de nabije toekomst de ziektekostenverzekeringen oproepen om via ketenzorg en multidisciplinaire samenwerking te behandelen. Buurtzorg heeft op dit moment al een multidisciplinaire samenwerking met fysiotherapeuten en ergotherapeuten, Buurtzorg+ genaamd. Respondent vier verteld dat zij graag een zelfde samenwerking zou willen hebben met een ergotherapeut en een fysiotherapeut. Een advies voor ergotherapiepraktijk Domi is om een soort gelijke samenwerking te starten met thuiszorgorganisatie Proteion en een fysiotherapeut.

In de literatuur noemt Jacobs een aantal voorbeelden om kennis te maken met zorgprofessionals en benadrukt het belang ervan. Deze vormen waarbij de ergotherapeut zelf mondeling haar promotie voert word ook wel ‘face to face’ promotie genoemd. Dit is de meest gebruikte manier van promotie onder ergotherapeuten (Jacobs, 1987). Vanuit de interviews werd dit benadrukt door: *“Gewoon je werk goed doen (...) je snuit te laten zien”*. Een advies voor ergotherapiepraktijk Domi is om actief deel te nemen aan congressen en bijeenkomsten in de buurt waar andere zorgprofessionals aanwezig zijn. Daarnaast kan de opdrachtgever voorlichting geven bij het KBO of de huiskamer in Afferden.

In de literatuur benoemd Jacobs mond tot mond promotie als meest effectieve vorm (Jacobs, 2012). Door een goede attitude als praktijkhouder, dus een professionele houding, is de kwaliteit van de zorg hoog (Granse, et al., 2012). Deze goede kwaliteit van zorg zullen de behandelde cliënt doorvertellen aan derden. Respondent vijf benoemt dit als *“Gewoon je werk goed doen (...) dan gaan ze dit doorvertellen. Dat is de beste reclame die je kan hebben”*. Een advies voor ergotherapiepraktijk Domi is te handelen volgens best practice methode en de laatst verschenen richtlijnen in te zetten. Dit zorgt voor een kwalitatief goede behandeling welke de cliënten gaan doorvertellen.

Daarnaast is promotie voeren niet een eenmalige proces, dit wordt bevestigd door de literatuur (Kleverlaan & Wijck, 2008) en de twee geïnterviewde ervaringsdeskundigen. Het is belangrijk dat de opdrachtgever haar promotie blijft herhalen (H. Dusink & I. Heutink, Persoonlijke mededeling, 30 september 2014). Een advies voor ergotherapiepraktijk Domi is om al deze stappen voor promotie te blijven herhalen.

Kortom, de aanbeveling die het onderzoeksteam doet aan ergotherapiepraktijk Domi is:

Met gerichte diensten kan eerstelijns ergotherapiepraktijk Domi promotie voeren in advertenties, face to face en samenwerkingen met andere zorgprofessionals om de doelgroep ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met drie in de gemeente Bergen lb te werven.

Tabel vier

	Informatie vanuit het Theoretisch kader	Deelvraag	Antwoorden op de deelvragen
Consumer Wie is de cliënt? Waar is de	Ouderen van het voormalig ZZP vv één tot en met drie in de gemeente Bergen lb	1t/m 4 (Hoofdstuk 8.1.1 t/m 8.1.4)	Top vijf van problemen: -Vallen -Inspanning/conditie -Omgeving -Mobiliteit

cliënt? Wat wil de cliënt?			-ADL
Cost Totale investering die de cliënt doet om aan zorg te komen.	Vanuit de basisverzekering wordt ergotherapie tien uren vergoed. Wanneer cliënten meer dan tien sessies ergotherapie nodig hebben moeten zij dit zelf betalen, moeten zij aanvullend verzekerd zijn of moet er gekeken worden naar de optie om via de mantelzorger nog eens tien sessies vergoed te krijgen (Ergotherapie Nederland, 2014).	n.v.t.	n.v.t.
Convenience Hoe makkelijk komt de cliënt aan informatie? Hoe makkelijk komt de cliënt aan de zorg?	Toegankelijkheidseisen praktijk	5 (Hoofdstuk 8.1.5)	Vallen: - Ergotherapie vermindert het aantal valincidenten. - Na ergotherapie is de kans op ernstig letsel bij valincidenten verkleint. Inspanning/conditie: - Na ergotherapie kan de cliënt zijn dag zelf indelen zonder oververmoeid te worden. Omgeving: - Met behulp van sociale omgeving blijft de cliënt zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen. Hierbij zorgt de ergotherapeut voor een veilige leefomgeving. Mobiliteit: - Eventueel samen met de fysiotherapeut kan de ergotherapeut zorgen voor het veilig verplaatsen binnen- en buitenshuis. - Afhankelijk van het ziektebeeld worden loophulpmiddelen zoals bijvoorbeeld een rollator ingezet. ADL:

			De ergotherapeut zorgt voor het zelfstandig en veilig uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals wassen en aankleden etc.
<u>Communication</u> <i>Communicatie tussen cliënt en ergotherapeut.</i> <i>Voor dit onderzoek vooral gericht op promotie.</i>	n.v.t.	6 (Hoofdstuk 8.2.1)	Promotie door middel: - Face to Face - Mond tot mond - Flyers en folders - Wijkkranten (Sufferdjes) - Huisarts - Samenwerking met thuiszorgorganisatie Proteion en fysiotherapeut - Actief deelnemen aan bijeenkomsten in de buurt waar andere zorgprofessionals aanwezig zijn - Voorlichting KBO/Huiskamer - Behandelingen volgens best practice methode en laatste richtlijnen - Promotie blijven herhalen

11 Aanbeveling voor vervolgonderzoek

Uit het onderzoek komen een aantal problemen naar voren die spelen bij ouderen. De opdrachtgever zal per probleem moeten bepalen welke interventies zij onder ergotherapeutische dienst zij wil gaan toepassen. Een onderzoeksvraag zou kunnen zijn: *Welke ergotherapeutische interventie (haar expertise) sluit aan bij de doelgroep ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met drie in de gemeente Bergen lb? (concept)*

Deze onderzoeksvraag is een concept. Deze vraag blijft gedurende het vervolgonderzoek aangepast worden want bij kwalitatief onderzoek is de onderzoeksvraag flexibel en open (Baarda, et al., 2009).

Daarnaast is het belangrijk na te gaan of de opdrachtgever de kennis heeft om deze problemen te gaan behandelen. Een deelvraag zou kunnen zijn: *Heeft de opdrachtgever de expertise bij de vijf problemen?*

Naast deze deelvraag zullen deelvragen toegevoegd moeten worden.

Wanneer de opdrachtgever de expertise heeft om de problemen met de ergotherapeutische interventies te behandelen kan zij met deze producten PR bij de ouderen in de gemeente Bergen lb uitvoeren.

12 Begrippenlijst

Woord	Uitleg
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten: betaald langdurige zorg.
Best practice	Een techniek, werkmethode, proces of activiteit die als effectiever bekend staat gebruiken.
BIG-register	Hierin staan alle zorgproffesionals die big-geregistreerd staan. Dit geeft inzicht in de bevoegdheid van een zorgverlener.
Extramurale zorg	Zorg die buiten een instelling wordt gegeven.
Gemeente Bergen lb	Gemeente Bergen in Limburg
Grijze druk	Verhouding tussen 25-65 jarigen en 65+
Groene druk	Verhouding tussen jeugd en het werkende deel van de bevolking
Interventie	Actieve handeling om een probleem op te lossen
Intramurale zorg	Zorg waarbij sprake is van opname of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht
Leidraad	Document, dat basisinformatie bevat met als doel een lezer oriënterend te informeren over een bepaald onderwerp
Multidisciplinaire samenwerking	Samenwerkingen tussen verschillende beroepsgroepen. Bijvoorbeeld een samenwerking tussen ergotherapeuten en fysiotherapeuten.
Multi-morbiditeit	Het gelijktijdig vóórkomen van verschillende stoornissen bij één cliënt/patiënt
Profileren	Karakteriseren en zichzelf of een organisatie onder de aandacht brengen van de bevolking
Promotie	Activiteiten die tot het doel van meer verkoop/winst leiden
Promotietools	Hulpmiddelen bij het voeren van promotie
Protocolen	Gebruiken en regels waar men zich aan moet houden
PR: Public relations	De relatie die een instelling of bedrijf heeft met de mensen buiten deze instelling of dit bedrijf.
Richtlijnen	Instructies die omschrijven welke gedragslijnen er aangehouden moeten worden bij een bepaalde handeling of behandeling
Slagzin	Een zin wat duidelijk maakt wat ergotherapie heeft te bieden voor de cliënt
Sleutelfiguur	Persoon waarom alles draait
Sufferdjes	Wijkkranten
Unique Selling Points (USP)	Een eigenschap van een product die het onderscheid van vergelijkbare producten
Vakliteratuur	Literatuur die geschreven is voor een bepaalde beroepsgroep
Wlz	Wet langdurige zorg: Betaald langdurige zorg voor mensen die de hele dag intensieve zorg of toezicht dichtbij nodig hebben.
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning: mensen krijgen ondersteuning van de gemeenten.
Zorgverleners	Medewerkers thuiszorg, verpleging, mede-zorgprofessionals en mantelzorgers.
ZZP vv één tot en met drie	Zorg-Zwaarte-Pakket een t/m drie in verpleging en verzorging: mensen met somatische problematiek in verschillende mate

13 Literatuurlijst

Boeken/artikelen

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. (2e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baardman, J., Booys, M. de., Heldoorn, M., & Heelmeester, M. (2009). *Zelfmanagement 2.0 Over zelfmanagement van de patiënt en wat eHealth daaraan kan bijdragen* NPCF.
- Bakker, D. de., Polder, J.J. & Sluis, E.M. (2005). *Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs
- Boorsma, P. (2013). *Patiënten mijden steeds vaker zorg*. LHV De dokter, 19-21
- Derkx, P., Maas, A., & Machielse, A. (2011). *Goed ouder worden*. Amsterdam/Utrecht: SWP/Humanistic University Press
- Donk, C. van der., Lanen, B. (2011). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. (derde oplage) Bussum: Coutinho
- Douma, L., Opdam, L., Sermondt, D. van. (2010). *De praktijkwijzer*. Utrecht: Ergotherapie Nederland.
- Douma, S. (2006). *Ondernemingsstrategie*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Driessen, M., & Schendzielorz, T. (2013). Kansen van de WMO-Kanteling. *Wetenschappelijk tijdschrift voor ergotherapie*
- Ergotherapie Nederland (2010). *Inrichtingseisen praktijk ergotherapie*. Utrecht: Ergotherapie Nederland
- Ergotherapie Nederland (2013). *Overzicht hulpmiddelen en voorzieningen*. Utrecht: Ergotherapie Nederland
- Essen, I. van., Gost, D., Jacobs, Y., Leushuis, S., Peters, M., Nab, N., & Cup, E. (2014). Ervaringen van deelnemers aan het zelfmanagement groepsprogramma Energiek; Een kwalitatief onderzoek. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie*.
- Evenhuis, E., Eyssen, I.C.J.M. (2012). *Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson*. Amsterdam: Umc afdeling Revalidatiegeneeskunde, sectie Ergotherapie.
- Gezondheidsraad. (2008) *Ouderdom komt met gebreken*. Den Haag; publicatienr. 2008-01.
- Graff, M.J., Vernooij-Dassen, M.J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W.H., & Rikkert, M.G. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their caregivers: randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2006. 333:1196.
- Graff, M.J., Melick, M. van., Thijssen, M., Verstraten, P., & Zajec, J. (2010). *Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers*. Houten: BohnStafleu van Loghum.

- Granse, M. le., Hartingsveldt, M. van., & Kinébanian, A. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie*. Amsterdam: Reed business.
- Hartingsveldt, M. van., Logister-Proost, I., & Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofiel Ergotherapeut*. Den Haag: Boom Lemma.
- Hartingsveldt, M., Logister-Proost, I., & Kinébanian, A. (2011). Beroepsprofiel Ergotherapeut: maatschappelijk relevant!. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie*, 2011(4): 34-43.
- Hees, H.L., Vries, G. de., Koeter, M.W., & Schene, A.H. (2013). Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *OccupEnvironMed*.
- Heijnsman, A., Lemette, M., Veld, A. de., & Kuiper, C. (2011). *Adviseren als ergotherapeut*. Den Haag. Boom Lemma.
- Jacobs, K. (1987). Marketing Occupational therapy. *the American journal of Occupational Therapy*. 1987;41(5):315-320.
- Jacobs, K. (2012). PromOTing occupational therapy: Words, images, and actions (Eleanor Clarke Slagle Lecture). *American Journal of Occupational Therapy*, 2012, 66,652–671.
- Kleverlaan, E., & Wijck, F. van. (2008) *Praktische lessen over marketing en communicatie in de zorg*. Amsterdam: Kluwer.
- Lauterborn, B. (1990). New Marketing Litany: Four Ps Passé: C-Words Take Over. *Advertising Age*, 61(41), 26.
- Lienden, H. van., & Poel, M. van der. (2010). *Ondernemen in de zorg – kennis en kunde bij het opzetten van een paramedische praktijk. (2^e druk)*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- McCarthy, J. (1964). *Basic marketing. A managerial approach*. Homewood, IL: Irwin
- Netwerk kwalitatief onderzoek AMC – UvA. (2002). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: kwalitatief onderzoek*. Amsterdam. 2002.
- Overvoorde, P., & Biemans, P. (2013). *Ondernemen in welzijn*. Delft: Eburon.
- Packer, T. (2011). An occupation-focussed approach to self-management. *Occupational Therapy now*, 13 (5).
- Pijnappels, C., & Vries, K. de. (2009). *Ondernemen en Innoveren*. Den Haag: LEMMA.
- Riel, P.L.C.M. van. (2009). *Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis*. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden.
- Romme, K. (2014). *Calimeromarketing 3.0 de slimme marketingfilosofie voor ondernemers, van zzp tot mkb*. Schiedam: Scriptum.
- Rooker, M., & Ven, S. van der. (2001). *Standaard voor het afleggen van een huisbezoek door ergotherapeuten*. Utrecht: Ergotherapie Nederland.

Satink, T., & Cup, E. (2013). Zelfmanagement deel 2: Rolmanagement- de kracht van de ergotherapie. *Ergotherapie Magazine*.

Steultjens, E.M.J., Dekker, J., Bouter, L.M., Jellema, S., & Bakker, E.B. (2004). Occupational Therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age and Ageing*, 33 (5), 453-460

Steultjens, E.M.J., Cup, E.H.C., Zajec, J., & Hees, S. Van. (2013). *Ergotherapierichtlijn CVA*. Nijmegen/Utrecht: Hogeschool Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland

Sturkenboom, I.H., Graff, M.J., Hendriks, J.C., Veenhuizen, Y., Munneke, M., Bloem, B.R., & Sanden, M.W. der. (2014). Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol*.

Sturkenboom, I., Thijssen, M., Gons-van Elsacker, J., Jansen, I., Maasdam, A., Schulten, M. (...). (2008). *Ergotherapie bij de ziekte van parkinson*. Den Haag: Lemma.

Theune, C. & Steultjens, E.M.J. (2005). *Ergotherapierichtlijn Valpreventie*. Utrecht, Nederlandse vereniging voor Ergotherapie.

Verhagen, P. (2012). *Ondernemen en innoveren in zorg en welzijn*. Bussum: Coetinho.

Verhoeven, P.S. (2014). *Wat is onderzoek*. Den Haag. Boom Lemma.

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

Internetbronnen

Artsennet. (2014). *Mantelzorger verdwaalt in hulpmiddelenwereld*. Geraadpleegd op 06 januari 2015 van <http://www.artsennet.nl/nieuws/nieuws-onderzoeken/nieuwsartikel/33313/mantelzorger-verdwaalt-in-hulpmiddelenwereld.htm>

Atlas van de zorg & Hulp. (2012). *Nieuwe jeugdwet 2015*. Geraadpleegd op 18 november 2014, van <http://www.zorghulpAtlas.nl/zorghulpnieuws/ontwikkelingen-2013/nieuwe-jeugdwet/>

Atlas van de zorg & Hulp. (2012). *Ontwikkelingen in de zorg en hulp 2013 - 2017*. Geraadpleegd op 18 november 2014, van <http://www.zorghulpAtlas.nl/zorghulpnieuws/ontwikkelingen-2013/>

Atlas van de zorg & Hulp. (2012). *Overzicht gevolgen hervorming langdurige zorg 2015*. Geraadpleegd op 18 november 2014, van <http://www.zorghulpAtlas.nl/zorghulpnieuws/ontwikkelingen-2013/overzicht-gevolgen-hervorming-langdurige-zorg-2015/>

Atlas van de zorg & Hulp. (2012). *Veranderingen zorgverzekeringswet*. Geraadpleegd op 18 november 2014, van <http://www.zorghulpAtlas.nl/zorghulpnieuws/ontwikkelingen-2013/zorgverzekeringswet-2013/>

Basisverzekering.nl (z.d.). *Zorgverzekeringsstelsel*. Geraadpleegd op 17 november 2014, van <http://www.basisverzekering.nl/zorgverzekeringsstelsel>

Bosman. (z.d.). *Soorten incontinentiehulpmiddelen*. Geraadpleegd op 12 januari 2015, van <https://www.bosman.com/Continentie/continentiehulpmiddelen/soorten-incontinentiehulpmiddelen>

CBS statline. (2014). *Bevolking; geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en regio, 1 januari*. Geraadpleegd op 14 oktober 2014, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=03759ned&D1=0-2,15&D2=129-132&D3=154,169-171,340,346,564,748,781&D4=25-26&VW=T>

CBS Statline. (2014). *Gezondheid aandoeningen beperkingen; persoonskenmerken*. Geraadpleegd op 17 november 2014, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81173NED&D1=66-72,77-79&D2=0-39&D3=0&D4=I&HDR=G3,G2,T&STB=G1&VW=T>

CBS statline. (2014). *Personen met een uitkering, soort uitkering per regio*. Geraadpleegd op 22 oktober 2014, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=80794ned&D1=a&D2=48,55-57,378&D3=67-I&VW=T>

CBS statline. (2014). *Huishoudens; personen naar geslacht, leeftijd en regio, 1 januari*. Geraadpleegd op 21 oktober 2014, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71488ned&D1=a&D2=0&D3=0&D4=141,150-152,440,565&D5=13-14&VW=T>

CBS statline. (2014). *Laag en langdurig laag inkomen; huishoudenskenmerken en regio*. Geraadpleegd op 17 november 2014 van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=80861ned&D1=0%2c3&D2=1-2%2c5&D3=0&D4=35-38&D5=134%2c141-143%2c476&D6=I&VW=T> woonsituatie

CBS statline. (2014). *Inkomensverdeling alle huishoudens naar inkomensgroepen*. Geraadpleegd op 20 oktober 2014, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71560ned&D1=0&D2=133,140-142,462&D3=1-14&VW=T>

CBS statline. (2014). *Gemiddeld inkomen van personen naar regio*. Geraadpleegd op 20 oktober 2014, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=80366ned&D1=0-10&D2=134,141-143,476&D3=I&VW=T>

CBS Statline. (2013). *Gezondheidsmonitor; regio, 2012, bevolking van 19 jaar of ouder*. Geraadpleegd op 17 november 2014, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82166NED&D1=26-29&D2=0&D3=0&D4=a&D5=I&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4&VW=T>

Eerste kamer. (2014). *Nieuws en persberichten*. Geraadpleegd op 7 januari 2015 van http://www.eerstekamer.nl/nieuws_en_persberichten

Ergotherapie Nederland. (z.d.). *Richtlijnen en standaarden*. Geraadpleegd op 11 december 2014, van <http://ergotherapie.nl/kennisplein/vakinhoudelijke-documenten/richtlijnen-en-standaarden/>

Ergotherapie Nederland. (z.d.). *Ergotherapie in zorgverzekering*. Geraadpleegds op 1 oktober 2014, van <http://ergotherapie.nl/voor-clienten/ergotherapie-in-zorgverzekering/>

Ergotherapie nederland. (2015). *Promotiemiddelen*. Geraadpleegd op 13 Januari 2015, van <https://ergotherapie.nl/voor-ergotherapeuten/promotiemiddelen/> (Lidmaatschap noodzakelijk)

Ergotherapiepraktijk Domi. (2014). *Lid van Commissie*. Geraadpleegd 2 oktober 2014, van <http://www.ergotherapiepraktijkdomi.nl/news/lid-van-comissie-/>

Gemeente Bergen lb. (z.d.). *WMO*. Geraadpleegd op 10 december 2014, van http://www.bergen.nl/inwoner/wmo_3229/

Kiesbeter.nl. (2014). *Zoekresultaten ergotherapie Bergen lb*. Geraadpleegd op 10 december 2014, van <http://www.kiesbeter.nl/Zoekresultaten.aspx?SectorId=4&Distance=20&ChosenDiseaseId=null&City=Bergen%20lb&Name=ergotherapie>

Multiscope. (2014). *Marktonderzoek*. Geraadpleegd op 2 oktober 2014, van <http://www.multiscope.nl/marktonderzoek.html>

Nationaal Kompas volksgezondheid. (2013). *Wat is gezondheidzorg?* Geraadpleegd op 27 november 2014, van <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/wat-is-gezondheidszorg/>

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Wat is een chronische ziekte en wat is multi-morbiditeit?* Geraadpleegd op 7 januari 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/beschrijving/>

Nederlandse vereniging voor Neurologie. (z.d.). *Overzicht folders*. Geraadpleegd op 10 oktober 2014, van <https://www.neurologie.nl/publiek/overzicht-folders/>

Nivel. (z.d.). *Vaam*. Geraadpleegd op 18 oktober 2014, van <http://vaam.nivel.nl/ziektecluster>

Patiëntenfederatie NPCF. (2014). *180 ergotherapiepraktijken*. Geraadpleegd op 5 oktober 2014, van <http://www.zorgkaartnederland.nl/ergotherapiepraktijk/pagina9>

Plaatsengids. (z.d.). *Bergen lb*. Geraadpleegd op 5 oktober 2014, van <http://www.plaatsengids.nl/bergen-lb>

PerSaldo. (2014). *AWBZ Zorgkantoor*. Geraadpleegd op 20 november 2014 van <http://www.pgb.nl/dit-is-een-persoonsgebonden-budget-pgb/awbz-zorgkantoor/indicatie-in-een-zorgzwaartepakket-zzp#anchor1126128393>

Rijksoverheid (2014). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Geraadpleegd op 17 november 2014, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo>

Rijksoverheid. (2013). *Kamerbrief hervorming langdurige zorg*. Geraadpleegd op 18 november 2014, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/04/25/kamerbrief-hervorming-langdurige-zorg-naar-een-waardevolle-toekomst.html>

Rijksoverheid. (z.d.). *Waar moet ik aan denken als ik als zzp'er een eigen bedrijf wil starten?* Geraadpleegd op 18 november 2014

van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zelfstandigen-zonder-personeel-zzp/vraag-en-antwoord/waar-moet-ik-aan-denken-als-ik-een-eigen-bedrijf-wil-starten.html>

Rijksoverheid. (2014). *Wat zijn de veranderingen in de zorg op 1 januari 2015?* Geraadpleegd op 18 november 2014, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zijn-de-veranderingen-in-de-zorg-op-1-januari-2014.html>

Rijksoverheid. (2014). *Wet langdurige zorg (Wlz)*. Geraadpleegd op 18 novemeber 2014, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg/wet-langdurige-zorg-wlz>

Rijksoverheid. (z.d.). *AWBZ*. Geraadpleegd op 20 november 2014 van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/vraag-en-antwoord/hoe-vraag-ik-een-zorgzwaartepakket-aan.html>

Rijn, M. van. (2013). *Meerwaarde ergotherapie (brief aan Ergotherapie nederland)* Den Haag. Geraadpleegd op 31 oktober 2013, van: http://ergotherapie.nl/nieuws/Staatssecretaris_onderschrijft_meerwaarde_ergotherapie.html

Vektis. (z.d.). Overheveling AWBZ - zorg Cijfers en feiten. Geraadpleegd op 18 november 2014, van <http://www.vektis.nl/index.php/nieuws/cijfers-en-feiten/384-overheveling-awbz-zorg>

World Federation Occupational Therapy. (2015). *Resource Centre*. geraadpleegd op 13 Januari 2015, van <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Hoe is de zorg in Nederland geregeld?* Geraadpleegd op 17 november 2014, van <http://www.cbhc.nl/behandeling+in+nederland/hoe+is+zorg+in+nederland+geregeld>

Zorgkaart. (2014). *Zoeken*. Geraadpleegd op 10 december 2014, van <https://www.zorgkaartnederland.nl/?zoekterm=ergotherapiepraktijk+bergen>

Zorgverzekeraars Nederland. (2014). *Overeenkomst 2014 Zorgkantoor- zorgaanbieder AWBZ*. Gedownload op 10 6 december 2014, van <https://www.zn.nl/zoekresultaten/document/?documentregistrationid=1447123>

Zorgkantoor & CZ. (2014). *Zorginkoopdocument 2014*. Gedownload op 10 oktober 2014, van <http://zorgkantoor.cz.nl/zorgkantoor/zorgaanbieder/zorginkoopdocument-zzp-2014.pdf>

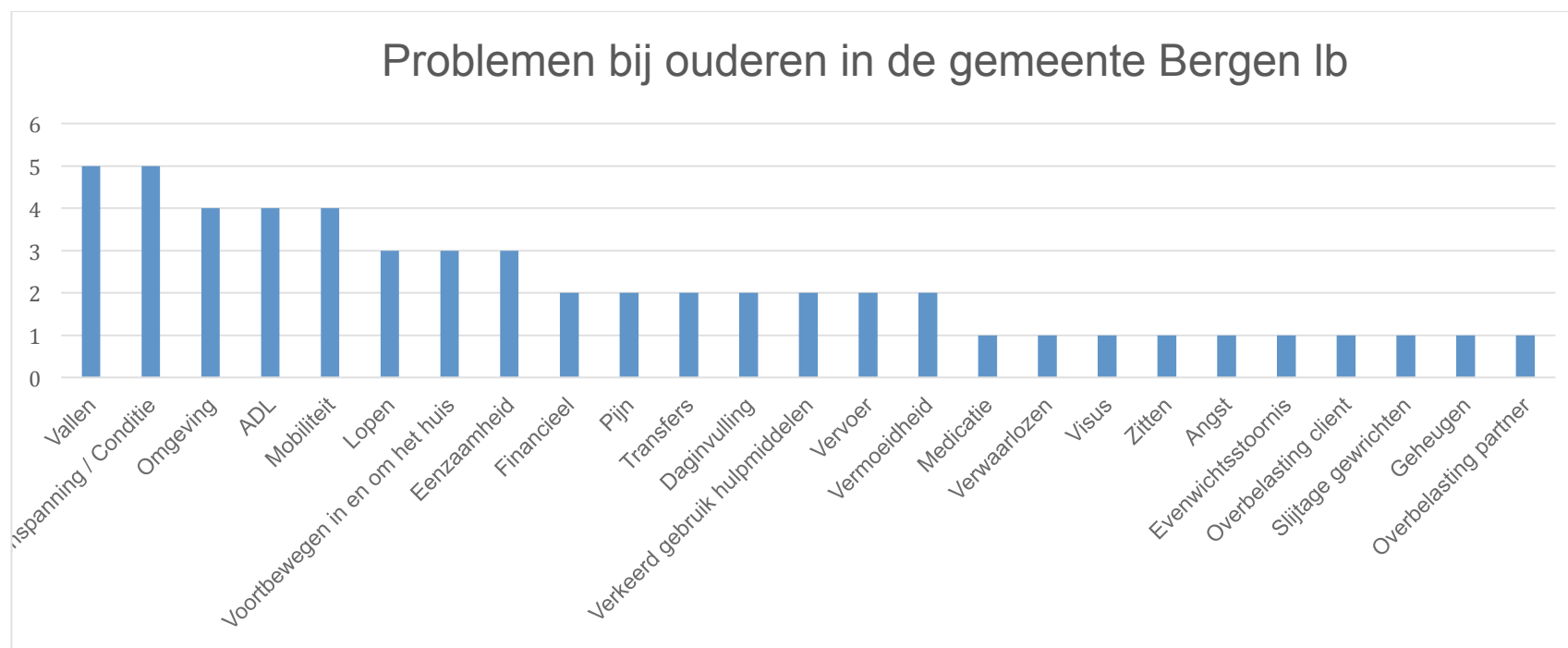
Zorgkantoor & Menzis. (2014). *Inkoopdocument 2014*. Gedownload op 10 oktober 2014, van http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CEUQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.menziszorgkantoor.nl%2Fweb%2Ffile%3Fuuid%3D2e15e861-78e4-4a7b-8a11-12e9747c2170%26owner%3D222b171a-190b-4c71-9a80-dc51e6ed1b59&ei=kwqsVM6OMMfKPa-3gCg&usg=AFQjCNGdgPMPSiml4AZb-GUS8p1tYMWXMw&sig2=2LI3MFI_tKG2JpjdtnmoQ&bvm=bv.82001339,d.ZWU

14 Bijlagen

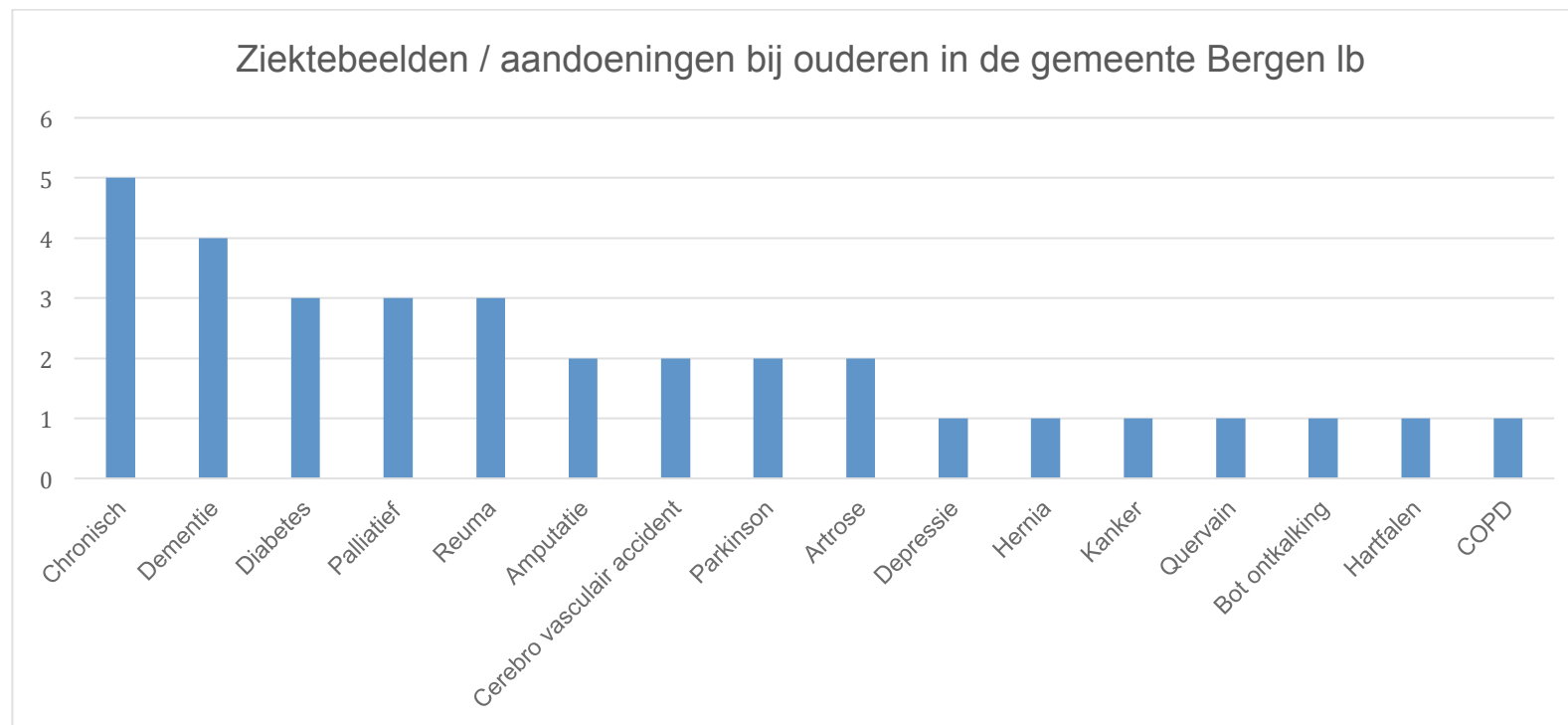
14.1 Bijlage één: SWOT-analyse Ergotherapiepraktijk Domi

Extern	<u>Kansen</u> - AWBZ verschuivingen: nieuwe doelgroep (Rijksoverheid, 2014). - Omgeving Bergen lb is geen directe concurrentie of gevestigde eerstelijns praktijken (Patiëntenfederatie NPCF, 2014). - Vergrijzing in Noord-Limburg/ Gemeente Bergen lb (CBS Statline, 2014)	<u>Bedreigingen</u> - Invloed economische crisis op financieel vermogen cliënten. - Eventuele concurrentie in de toekomst in Gemeente Bergen lb - Ontbreken van een ondernemingsplan op papier (Lienden & Poel, 2010) - Niet richten op vier C's: Consumer, Convenience, Cost en Communication
Intern	<u>Sterktes:</u> Unique Selling Points (USP's): - Thuis behandelen - Geen wachtlijst - Gespecialiseerd in ouderen	<u>Zwaktes:</u> - Geen inzicht in ontwikkeling nieuwe doelgroep ZZP vv één tot en met drie (P. Vennekens, Persoonlijke mededeling, 3 oktober 2014) - Focus op klein gebied rond praktijk (P. Vennekens, Persoonlijke mededeling, 11 september 2014) - Geen noodzaak gezien voor het op papier zetten van een ondernemingsplan
	Positief	Negatief

14.2 Bijlage twee: Problemen onder ouderen met een voormalig ZZP één tot en met drie in de gemeente Bergen lb



14.3 Bijlage drie: Ziektebeelden / aandoeningen onder ouderen met een voormalig ZZP vv één tot en met drie in de gemeente Bergen Ib



14.4 Bijlage vier: Tabel ergotherapeutische diensten met problemen Deelvraag

Probleem	Bronnen	Koppeling ergotherapie	Mogelijke interventies vanuit de richtlijnen	Uitkomsten voor de cliënt
Vallen	Ergotherapie richtlijn valpreventie (Theune & Steultjens, 2005) Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson (Sturkenboom, et al., 2008)	De ergotherapiebehandeling richt zich bij valpreventie op de relatie tussen alle risicofactoren en het veilig handelen hierin. Door een praktische insteek is de ergotherapeut in staat veiligheid van functioneren te beoordelen door middel bepalen welke risicofactoren beïnvloed dienen te worden om de kans op vallen te verlagen en observaties uit te voeren. In het trainings-, begeleidings- of adviestraject richt de ergotherapeut zich het veranderen van de manier van handelen door aanpassing van activiteiten, omgeving en bewustwording van risicovolle uitvoer van dagelijkse activiteiten (Theune & Steultjens, 2005). <i>“Valangst kan inactiviteit in de hand werken, maar ook vermoeidheid is geassocieerd met verminderde participatie in vrijetijdsactiviteiten”</i> (Sturkenboom, et al., 2008). Ergotherapeuten moeten ook aandacht bespreken aan valangst bij verschillende groepen cliënten.	<i>“(…) adviseren van transfers, schoeisel”</i> (Theune & Steultjens, 2005). Ergotherapeuten kunnen bij de risicofactor visus advies geven op het gebied van zelfredzaamheid, verlichting, communicatie, mobiliteit en ergonomie. Hulpmiddelen bij incontinentie. Ergotherapeut kan adviezen geven over hulpmiddelen, zoals heupbeschermers, valdetectoren, het verwijderen van drempels en alarmsystemen. <i>“Een ergotherapeut beoordeelt de woonsituatie van de cliënt in relatie tot de huidige beperkingen en handicaps”</i> (Theune & Steultjens, 2005) en geeft adviezen waar nodig.	Ergotherapie vermindert het aantal valincidenten. Na ergotherapie is de kans op ernstig letsel bij valincidenten verkleint.

Inspanning/conditie	Ergotherapie richtlijn vermoeidheid bij MS, CVA of Parkinson (Evenshuis & Eyssen, 2012) Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson (Sturkenboom, et al., 2008) Richtlijn Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis (Riel, et al., 2009)	Bij de ergotherapeut wordt ingezet op acceptatie van het conditieniveau en het dagelijks leven hieromheen. (Evenshuis & Eyssen, 2012) <i>“Het tempo van handelen is langzamer en door de motorische en cognitieve problemen kost het uitvoeren van activiteiten meer moeite en energie. Daarnaast kunnen mentale en fysieke vermoeidheid en een verminderd uithoudingsvermogen het moeilijk maken activiteiten vol te houden”</i> (Sturkenboom, et. al, 2008) <i>“De ergotherapeutische behandeling richt zich op het verbeteren en behouden van het zelfstandig uitvoeren van de dagelijkse activiteiten en de participatie op gebied van wonen, werken en vrije tijd.”</i> (Riel, et al., 2009)	Om de hoeveelheid energie van een cliënt op een dag te verdelen kan de ergotherapeut gebruik maken van de Activiteitenweger (Evenshuis & Eyssen, 2012). Hiermee wordt de belasting en belastbaarheid van de cliënt in kaart gebracht waarna een toegepast schema wordt gemaakt voor activiteiten op een dag die de cliënt zou vol moeten houden (Evenshuis & Eyssen, 2012). Energy Conservation Course (ECC). Dit is een reeks van zes groepssessies die ingaan op belangrijke onderwerpen rondom energie (Evenshuis & Eyssen, 2012). De ergotherapeut kan met behulp van leefstijladviezen, bestaande uit gewrichtsbeschermde en energiebesparende maatregelen, de cliënt leren zijn leven zo in te richten dat er weer een evenwicht ontstaat tussen belasting en belastbaarheid zodat hij/zij beter kan functioneren (Riel, et al., 2009). De ergotherapeut kan hierop inspelen met de zogenaamde gedragsverandering. <i>“De ergotherapeut dient het veranderingsproces te stimuleren, te ondersteunen, in beweging te brengen en/of op andere wijze</i>	Na ergotherapie kan de cliënt zijn dag zelf indelen zonder oververmoeid te worden.
---------------------	---	--	---	---

			<i>mogelijk te maken</i>" (Evenshuis & Eyssen, 2012). Als er angst gepaard gaat met het inspannen bij het doen van activiteiten kan er Graded Activity (GA) toegepast worden. GA is een gedragsmatig en fysiek trainingsprogramma gebaseerd op operante en cognitieve leerprocessen (Evenshuis & Eyssen, 2012). Activiteiten worden stap voor stap opgebouwd zodat een cliënt dit vol kan houden.	
Omgeving	Standaard voor het afleggen van een huisbezoek door ergotherapeuten (Rooken & Ven, 2001) Overzicht hulpmiddelen en voorzieningen (Ergotherapie Nederland, 2013)	De standaard voor het afleggen van een huisbezoek door ergotherapeuten is <i>"toepasbaar als er een vraag over de huidige woonsituaties ontstaan"</i> (Rooken & Ven, 2001). De standaard omschrijft een huisbezoek als: <i>"Het bekijken van de huidige woonsituatie van de cliënt, in relatie tot zijn huidige beperkingen en handicaps. met als doel de huidige woonsituatie te beoordelen op geschiktheid voor de cliënt. op basis van deze beoordeling brengt de ergotherapeut een advies uit aan de cliënt of aan een adviesvragende instantie over zijn woonsituatie en de te volgen stappen om deze woonsituatie optimaal te maken "</i> (Rooken & Ven, 2001).	Bij huisbezoeken die een ergotherapeut aflegt gaat het om een analyse van de directe omgeving (Heijman, et al., 2011). De standaard voor het afleggen van een huisbezoek door ergotherapeuten is <i>"toepasbaar als er een vraag over de huidige woonsituaties ontstaan"</i> (Rooken & Ven, 2001). Woningaanpassingadviesen bijvoorbeeld over een traplift, douchestoel en automatische deuropeners (Ergotherapie Nederland, 2013). Voor een analyse van de sociale omgeving kan de ergotherapeut het EDOMAH-programma gebruiken (Graff, et al., 2010).	Met behulp van sociale omgeving blijft de cliënt zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen. Hierbij zorgt de ergotherapeut voor een veilige leefomgeving.

	Adviseren als ergotherapeut (Heijmans, Lemette, Veld & Kuiper, 2011) Beroepsprofiel Ergotherapeut (Hartingsveldt, Logister-Proost & Kinébanian, 2010) EDOMAH-programma (Graff et. al, 2010)	De ergotherapeut kan de omgeving voor een cliënt leefbaarder maken zodat de betekenisvolle activiteiten gewaarborgd kunnen blijven (Hartingsveldt, et al., 2010). Het EDOMAH-programma gaat onder anderen in op de partner en/of de mantelzorger. Het blijkt dat mantelzorgers vaak ook in aanmerking komen voor ergotherapie (Graff et. al, 2010). In de richtlijn Ergotherapie bij de ziekte Parkinson wordt vermeld: <i>“Het wordt aanbevolen om een parkinson-cliënt en zijn mantelzorger(s) te adviseren over aanpassingen in de fysieke omgeving als deze aanpassingen de veiligheid, effectiviteit en efficiënte van het uitvoeren van activiteiten bevorderen. Hierbij wordt aanbevolen het adviseren van hulpmiddelen en voorzieningen gepaard te laten gaan met instructie en training in het gebruik”</i> (Sturkenboom, et. al, 2008).		
Mobiliteit	Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson	Ergotherapie is bij de ziekte van Parkinson geïndiceerd als er hulpvragen zijn op gebied van onder andere mobiliteit. Studies die de risicofactoren voor vallen bij	Bij vallen is één van de risicofactoren mobiliteit en evenwicht. De richtlijn vermeldt: <i>“Er bestaat enige overlap met de fysiotherapie en ergotherapie</i>	Eventueel samen met de fysiotherapeut kan de ergotherapeut zorgen voor het veilig verplaatsen binnen- en buitenshuis.

	(Sturkenboom, et al., 2008) Ergotherapierichtlijn CVA (Steultjens, Cup, Zajec & Hees, 2013) Richtlijn valpreventie (Theune & Steultjens, 2005) Overzicht hulpmiddelen en voorzieningen (Ergotherapie Nederland, 2013)	de ziekte van parkinson in kaart brengen, geven aan dat vooral problemen stabiliteit, transfers, lopen en orthostatische hypotensie zijn (Sturkenboom, et al., 2008). Cliënten die een CVA gehad hebben kunnen mobiliteitsproblemen ervaren (Steultjens, et al., 2013). De Ergotherapierichtlijn CVA behandelt de mobiliteit binnenshuis en buitenshuis.	<i>wanneer het bijvoorbeeld gaat om het adviseren van transfers, schoeisel. Op dit gebied wordt dan ook nauwe samenwerking gevraagd met de betrokken fysiotherapeut</i>” (Theune & Steultjens, 2005). De ergotherapeut kan ingaan op zogenaamde cues. Cues zijn prikkels uit de omgeving of prikkels die de cliënt zelf opwekt. Een ergotherapeut kan bij bevrozing (Parkinson) strepen aanbrengen op de vloer die de cliënt inwendig moet tellen. Op deze manier wordt de bevrozing voorkomen omdat de cliënt zich niet bezig kan houden met bubbeltaken. (Sturkenboom, et al., 2008) Cliënten zetten bij moeite met de transfer vaak met te weinig snelheid in of komen niet tot een goede houding. De ergotherapeut kan bij dit soort problemen adviezen geven over de houding tijdens de transfers of hulpmiddelen inzetten (Sturkenboom, et al., 2008). Bij hulpmiddelen is te denken aan glijlakens, flexibele draaischrijven etc. (Ergotherapie Nederland, 2013).	Afhankelijk van het ziektebeeld worden loophulpmiddelen zoals bijvoorbeeld een rollator ingezet.
--	---	--	---	---

			Interventies die gebruikt kunnen worden binnenshuis zijn looptraining tijdens het handelen, trainen van transfers, trainen van sta- en zithouding en trainen in het omgaan met hulpmiddelen en voorzieningen die de mobiliteit ondersteunen (Steultjens, et al., 2013). Bij hulpmiddelen en voorzieningen is te denken aan automatische deuropeners, rollators, toiletbeugels etc. (Ergotherapie Nederland, 2013). Mobiliteit buitenshuis kan behandeld worden met behulp van verstrekken van informatie over vervoersmogelijkheden buitenshuis, aanpassingen, loophulpmiddelen, voorzieningen en begeleiding bij wandelingen of ritten met de bus of taxi (Steultjens, et al., 2013).	
Algemene Dagelijkse Levenverrichtingen	Beroepsprofiel Ergotherapeut (Hartingsveldt, et al., 2010) Richtlijn CVA	<i>“Het handelen is de betekenisvolle, doelgerichte uitvoering van dagelijkse activiteiten die gerelateerd zijn aan het persoonlijk leven en het contextgebonden zijn”</i> (Hartingsveldt, et al., 2010). CVA: <i>“Het naar tevredenheid kunnen uitvoeren van dagelijkse</i>	Bij cliënten met motorische klachten kan de CCSCI (Client centered self care intervention) gebruikt worden. Met deze richtlijn is gericht op het terugkrijgen van autonomie bij CVA cliënten, voor de uitvoer van zelfzorgactiviteiten. (Steultjens, et al., 2013) CVA: Bij cliënt met cognitieve	De ergotherapeut zorgt voor het zelfstandig en veilig uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals wassen en aankleden etc.

	(Steultjens, et al., 2013) Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson (Sturkenboom, et al., 2008)	<i>activiteiten is een belangrijke uitkomst van de ergotherapiebehandeling. Het draagt bij aan het bereiken van optimaal ervaren participatie en welbevinden</i>” (Steultjens, et al., 2013). <i>“Het doel van ergotherapie bij de ziekte van Parkinson is het behouden of optimaliseren van het betekenisvol handelen van de cliënt binnen zijn leefsituatie”</i> (Sturkenboom, et. al, 2008).	problemen is de CO-OP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance) te gebruiken. <i>“De CO-OP is een doelgerichte clientgerichte benadering waarbij taakspecifieke training en het gebruik van cognitieve strategieën gericht op het oplossen van handelingsproblemen worden toegepast”</i> (Steultjens, et al., 2013). Interventies zijn vaak ook gericht op de mantelzorger omdat de welbevinden en vaardigheden vaak voorwaardenscheppend zijn voor het handelen van de cliënt. <i>“Het oefenen van motorische vaardigheden van de arm en hand wordt bij een Parkinsoncliënt geadviseerd binnen voor de persoon betekenisvolle activiteiten en alleen als de persoon motorische en cognitief voldoende leerbaar en belastbaar is.”</i>	
--	---	---	--	--