



ERVARINGSKENNIS IN DE ERGOTHERAPIEPRAKTIJK

Samenwerking tussen cliënt en ergotherapeut



23 juni 2023

Florian Göbl

0971503

Opleiding Ergotherapie

Opdrachtgever: Mieke Cardol

Organisatie: Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam

Docentbegeleider: Joan Verhoef

Woorden: 6749



Samenvatting

Inleiding

Ervaringskennis is een complex begrip met verschillende betekenissen. Zo luidt de definitie: Ervaringskennis wordt beschouwd als een vorm van ‘handelingskennis’ of ‘praktische kennis’. Dit houdt in dat het draait om ervaringsverhalen van cliënten. Ervaringskennis kan een grote rol spelen in de kwaliteit van de gezondheidszorg. In opdracht van Dr. Mieke Cardol van het kenniscentrum zorginnovatie van de Hogeschool Rotterdam is er tijdens dit afstudeeronderzoek binnen de bachelor Ergotherapie onderzoek gedaan om de volgende onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden: Hoe kunnen ergotherapeuten ervaringskennis benutten in de praktijk bij cliënten met een chronische aandoening zodat de kwaliteit van ergotherapie verbeterd wordt?

Methode

Doormiddel van een literatuurstudie is onderzocht hoe ervaringskennis in de gezondheidszorg gebruikt wordt. Hierbij is gebruik gemaakt van de databanken: *ERIC, Medline Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* en *Psychology and Behavioral Sciences Collection* via EBSCO. Uit de criteria zijn 14 artikelen gebruikt om de deelvragen van literatuuronderzoek te beantwoorden. Vervolgens zijn door middel van semigestructureerde interviews bij drie ergotherapeuten en bij drie mensen met een chronische aandoening die ergotherapie hebben gekregen, meningen en inzichten gegeven om antwoord te geven op de onderzoeksvraag.

Resultaten

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat het gebruik van ervaringskennis een positieve bijdrage aan de patiënt maar ook aan de zorgverlener levert en de kwaliteit van de zorg verbeterd wordt ten aanzien van de cliënt. *Patient and Public Involvement* heeft een grote invloed op het gebruik van ervaringskennis, en daarmee ook op de vele manieren hoe het gebruikt kan worden. Helaas is het niet mogelijk om de conclusie te specificeren op het beroep van ergotherapie omdat er geen wetenschappelijke artikelen zijn gevonden over het gebruik van ervaringskennis in de ergotherapie. Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat alle respondenten beschrijven dat ervaringskennis een meerwaarde heeft bij de ergotherapie behandelingen. Het gebruik van ervaringskennis is niet vanzelfsprekend en wordt veel onbewust gedaan. Vanuit het perspectief van de cliënten maken de ergotherapeuten niet altijd gebruik van de ervaringskennis van de cliënt. Het ligt vooral aan de benadering en de communicatie van de ergotherapeut naar de cliënt toe. Uit de zes afgenomen interviews kan er geen concrete en duidelijke conclusie worden vastgesteld omdat de doelgroepen niet genoeg afgebakend is en dit een invloed heeft op de resultaten.

Conclusie

Het gebruik van ervaringskennis kan een bijdrage leveren aan meer persoonsgerichte zorg. De cliënten vinden de benadering en communicatie van de ergotherapeuten het belangrijkste. De samenwerking met de cliënt en de cliënt centraal laten staan, wordt vaak achterwege gelaten en is er niet altijd sprake van een gelijkwaardige relatie tussen cliënt en ergotherapeut. Ervaringskennis in de ergotherapie heeft nog een lange weg te gaan. Dit komt vooral terug op het feit dat er geen wetenschappelijke artikelen over ervaringskennis in ergotherapie zijn gevonden. Aanbevelingen ter implementatie van de resultaten zijn: Uitvoeren van nader onderzoek tussen ergotherapeuten en cliënten zodat er meer relevante verbanden kan worden getrokken, een werkwijze creëren hoe de ervaringskennis van de cliënten gebruikt kan worden, het hebben van een respectvolle benadering en open communicatie met de cliënt.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
1. Inleiding	3
1.1 Aanleiding.....	3
1.2 Probleemanalyse	3
1.3 Doel- en vraagstelling	4
2. Methode Literatuuronderzoek.....	4
2.1 Methode.....	5
2.2 Werkwijze literatuuronderzoek.....	5
2.3 Zoektermen	5
3. Methode praktijkonderzoek.....	6
3.1 Vraagstelling praktijkonderzoek.....	6
3.2 Onderzoeksmethode.....	6
3.3 Beschrijving onderzoekspopulatie	6
3.4 Data-analyse	7
4 Resultaten literatuuronderzoek	7
4.1. Ervaringskennis in de gezondheidszorg	7
4.2 Ervaringskennis in het onderwijs.....	8
4.3 Conclusie literatuuronderzoek	9
5. Resultaten praktijkonderzoek	10
5.1 Ervaringskennis in de ergotherapie.....	10
5.2 Ervaringskennis van de cliënt	12
5.3 Het delen van ervaringskennis	13
5.4 Conclusie praktijkonderzoek	13
6. Discussie	14
6.1 Interpretatie van de resultaten	14
6.2 Kanttekeningen	14
6.3 Kwaliteit van zorg	15
6.4 Aanbevelingen.....	15
6.5 Conclusie	16
7. Literatuurlijst	17
7.1 Websites.....	18
8. Bijlagen	20
8.1 Zoekhistorie.....	20
8.2 Topiclijst interviews.....	23
8.3 Thematische analyse	25

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De opdrachtgever van dit onderzoek Dr. Mieke Cardol, is lector *disability studies* van het kenniscentrum zorginnovatie van de Hogeschool Rotterdam. De aanleiding van dit onderzoek is om een leernetwerk op te zetten waarin geïnteresseerde praktijkpartners, onderzoekers, docenten en studenten van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool Rotterdam minimaal twee keer per jaar samenkomen rond het thema ervaringskennis. Om dit leernetwerk op te kunnen zetten is het van belang dat er duidelijk in kaart is gebracht hoe ergotherapeuten de ervaringen van de cliënt (h)erkennen en waarderen. Het onderzoek moet resulteren hoe ervaringskennis gebruikt kan worden in de ergotherapie. De opdrachtgever geeft aan dat cliënten met een chronische ziektebeeld die ergotherapie krijgen, vaker aangeven dat ergotherapie niet altijd voldoet aan hun wensen. Ervaringskennis is een complex begrip met verschillende betekenissen. De definitie luidt: *‘Ervaringskennis wordt beschouwd als een vorm van “handelingskennis” of “praktische kennis”’* (Kool & Bramsen, 2016, p. 91). Dit houdt in dat het draait om ervaringsverhalen van cliënten. Wanneer op deze ervaringen reflecties en analyse plaatsvinden, ontstaat als resultaat ervaringskennis. Er zijn drie vormen van ervaringskennis. De eerste vorm is, de aandoening of de beperking staat centraal, dit betreft kennis van de symptomen en de omgang met de aandoening. De tweede vorm is, de biografische individualiteit staat centraal, dit betreft het gehele levensverhaal waarmee de opgedane ervaringen worden meegenomen. De laatste vorm is, de verhouding tussen individualiteit, beperking en maatschappij staat centraal, dit betreft de verbintenis met empowerment en emancipatie (Kool & Bramsen, 2016, p. 93). Ervaringskennis kan een grote rol spelen in de kwaliteit van de gezondheidszorg. Hogere kwaliteit van de beslissingen, betere implementatie van het beleid, vergrote participatie van de patiënten en een efficiëntere en effectievere gezondheidszorgsysteem zijn allemaal positieve gevolgen van het gebruik van ervaringskennis (van de Bovenkamp et al., 2009). In het verslag wordt de uitvoering van literatuuronderzoek en praktijkonderzoek beschreven en eindigt het met aanbevelingen en een algemene conclusie van het onderzoek.

1.2 Probleemanalyse

Ervaringskennis is vooral van belang bij mensen met een chronische aandoening. Chronische aandoeningen duren lang en zijn het gevolg van een combinatie van genen, fysiologie, omgeving en gedragsfactoren (World Health Organization, 2022). Er zijn veel verschillende soorten aandoeningen met elk hun eigen uitingsvorm. Chronische aandoeningen zijn wel vergelijkbaar op bepaalde vlakken. Een chronische aandoening is progressief, het heeft gevolgen voor het lichamelijk en geestelijk functioneren en het verloop van de aandoening is grillig en onvoorspelbaar (Patiëntenfederatie Nederland, 2022). Dit onderzoek richt zich vooral op fysieke chronische aandoeningen, er is niet afgebakend tot een specifieke doelgroep of leeftijdscategorie omdat het verstandiger was om dit onderwerp breed te benaderen. Relevante inzichten kunnen namelijk gemist worden als er een afbakening wordt gemaakt bij een nieuw en onbekend onderwerp.

In 2010 werd door de raad van de Europese Unie benadrukt dat de gezondheidszorg meer op de patiënt gericht moet worden en dat patiënten meer betrokken moeten worden (de Souza et al., 2016). Deze verandering neemt zich ook plaats in de huidige gezondheidszorg, alleen lijkt niet elke hulpverlener dit te waarderen. Artsen zien de betrokkenheid van patiënten soms als een bedreiging voor hun kennis en deskundigheid (de Souza et al., 2016). Patiënten zijn van mening dat de

ervaringskennis die zij hebben opgedaan over hun chronische aandoening in de gezondheidszorg opgenomen moet worden in het onderwijs. Het gebruik van patiënten als onderdelen van de lessen brengt in het medisch onderwijs ook nieuwe inzichten aan de studenten en een beter begrip van de zorgverlener-patiënt relatie (Towle et al., 2010).

Een onderdeel van ervaringskennis is *Patient and Public involvement* (PPI). Dit is een manier van onderzoek waar er sprake is van een partnerschap tussen patiënten en onderzoekers om patiënten te laten betrekken bij het onderzoek. Zij zijn namelijk ervaringsdeskundigen waardoor een onderzoek relevanter kan zijn voor de samenleving en ervoor wordt gezorgd dat punten worden aangepakt die mensen belangrijk vinden (University of Oxford, sd). In een recent onderzoek (van Schelven et al., 2021) worden vier factoren van PPI beschreven. De reden dat PPI een grote rol kan spelen in de gezondheidszorg is namelijk dat PPI gebruikt kan worden per context om de specifieke behoeften te betrekken (Biddle et al., 2020).

Sinds 2023 is er een nieuw competentieprofiel voor ergotherapie. Dit profiel bevat de competentie 'onderzoeken'. Deze competentie beschrijft dat er praktijkgericht onderzoek wordt uitgevoerd om de onderbouwing en ontwikkeling van de beroepspraktijk te ondersteunen. Hier wordt ervaringskennis benoemd als bron van kennis, naast professionele kennis van de ergotherapeut (Verhoef & Zalmstra, 2023). Dit houdt in dat de kwaliteit van ergotherapie wordt verbeterd met onderzoek. Hierdoor is het belangrijk om te onderzoeken of ervaringskennis de kwaliteit van ergotherapie kan verbeteren.

1.3 Doel- en vraagstelling

Het doel van het onderzoek is om kennis te verzamelen over ervaringskennis in de ergotherapie zodat er onderzocht kan worden wat voor toegevoegde waarde ervaringskennis kan hebben. Met deze kennis kunnen nieuwe inzichten ontstaan dat gebruikt kan worden voor het leernetwerk. Wanneer dit leernetwerk bestaat, kan er nieuwe kennis geïmplementeerd worden in ergotherapie en ontstaan nieuwe samenwerkingen om de zorg te verbeteren. De onderzoeksvraag luidt: *'Hoe kunnen ergotherapeuten ervaringskennis benutten in de praktijk bij cliënten met een chronische aandoening zodat de kwaliteit van ergotherapie verbeterd wordt?'*

2. Methode Literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk staan de onderzoeksvragen van het literatuuronderzoek beschreven met de onderzoeksmethode, uitwerking van de resultaten hiervan per deelvraag en de conclusie van deze resultaten. De hoofdvraag van het literatuuronderzoek luidt: *'Wat is de bijdrage van het gebruik van ervaringskennis door ergotherapeuten bij de behandeling van cliënten met een chronische aandoening aan de kwaliteitsverbetering van ergotherapie?'* Daarbij is nagegaan wat in de literatuur bekend is over het gebruik van ervaringskennis in de praktijk, in de gezondheidszorg en specifiek in de ergotherapie, en wat in de literatuur bekend is over het gebruik van ervaringskennis in het ergotherapie en (para)medisch onderwijs.

2.1 Methode

Voor de literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van de databases ERIC, Medline Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive en Psychology and Behavioral Sciences Collection via EBSCO. het selecteren van relevante en bruikbare literatuur worden de volgende inclusiecriteria aangehouden:

- De artikelen zijn Nederlands- of Engelstalig
- De artikelen zijn full-tekst beschikbaar
- De artikelen zijn niet ouder dan 15 jaar
- De artikelen gaan over ervaringskennis met betrekking in de gezondheidszorg, onderwijs en onderzoek.

2.2 Werkwijze literatuuronderzoek

In het zoeken van de databanken zijn verschillende combinaties van de zoektermen gebruikt. Ook is er gezocht op specifieke auteurs nadat het was opgevallen dat een aantal auteurs in meerdere artikelen te vinden waren. Er zijn 21 artikelen geselecteerd om te lezen op basis van titel en abstract van de artikelen. Hiervan zijn 14 artikelen geselecteerd om daadwerkelijk te gebruiken voor het onderzoek.

2.3 Zoektermen

PIO-element	Trefwoord Nederlands	Engelse vertaling	Alternatieven
P (cliënten met een chronische aandoening)	Chronische aandoening,	<u>Chronic disease</u> , <u>Chronic condition</u> <u>chronic physical condition</u>	Acquired brain injury, chronic pain, disabled body, disabled persons,
I (ervaringskennis)	Ervaringskennis, ervaringsdeskundige, Ergotherapie, Cliëntgericht,	Occupational therapy, Experiential knowledge, experience knowledge, service-user involvement, patient and public, <u>voice giving</u> , client-based <u>therapy</u> , patient <u>perspectives</u> involvement, shared decision making, co-design	<u>personalised care</u> , change of life, <u>voice of clients</u> ,
O (bijdrage kwaliteit van ergotherapeutische zorg)	tevredenheid, zorg dragen aan kwaliteit	<u>voice giving</u> , client-based <u>therapy</u> , <u>quality improvement</u> , shared decision making,	empowerment,

3. Methode praktijkonderzoek

3.1 Vraagstelling praktijkonderzoek

De hoofdvraag voor praktijkonderzoek luidt: *‘Wat zijn de ervaringen van ergotherapeuten en patiënten met een chronische aandoening met ervaringskennis in ergotherapie?’* Het doel van het onderzoek is om te achterhalen wat de meningen zijn om ervaringskennis van patiënten te gebruiken. Bij dit praktijkonderzoek horen drie deelvragen:

1. ‘Welke ervaringen hebben ergotherapeuten die werken met mensen met een chronische aandoening gebruik met ervaringskennis in de ergotherapie?’
2. ‘Hoe kijken mensen met een chronische aandoening aan tegen het delen van hun ervaringskennis en wat zijn de dilemma’s waar ze mee te maken krijgen?’
3. ‘Wat verstaan mensen met een chronische aandoening als ervaringskennis?’

3.2 Onderzoeksmethode

Er is gekozen om kwalitatief onderzoek uit te voeren via semi-gestructureerde interviews. De reden hiervoor is omdat niet bekend is wat er leeft omtrent ervaringskennis bij de ergotherapeuten. De respondenten van de interviews zijn drie ergotherapeuten en drie mensen met een chronische aandoening. De perspectieven van beide doelgroepen zijn erg verschillend, daarom was het belangrijk om beide doelgroepen te betrekken. Vanwege het feit dat in de wetenschappelijke literatuur geen artikel gevonden is over het gebruik van ervaringskennis in ergotherapie, is kwalitatief onderzoek passender. *‘Kwalitatief onderzoek is gericht op ervaringen, meningen, betekenissen, verwachtingen en de beleving van personen’* (Verhoef et al. 2019, p. 50). Als er geen sprake is van een basis, is dit een goede manier van praktijkonderzoek omdat het de mogelijkheid biedt om door te vragen. De interviews zijn ontwikkeld op basis van een topiclijst. Beide doelgroepen hebben verschillende vragen gekregen vanwege de verschillende perspectieven, de onderwerpen zijn wel hetzelfde. Uit de conclusie van het literatuuronderzoek zijn de onderwerpen opgesteld en vormen zij de inhoud van de interviews. Het was van belang dat van te voren het begrip ervaringskennis wordt uitgelegd aan de ergotherapeuten zodat ze hun professionele kennis niet verwarren met ervaringskennis. Dit werd gedaan via de driedeling van Kool en Bramsen (2016, p. 93). Twee ergotherapeuten kenden ervaringskennis niet, dus werd in het interview vooral de aandacht gelegd hoe deze ergotherapeuten behandelen en wat hun benaderingswijze naar de cliënt toe, is. De interviews duurden tussen 30-45 minuten.

3.3 Beschrijving onderzoekspopulatie

Drie interviews zijn gehouden met ergotherapeuten die elk werkzaam zijn met cliënten die een chronische aandoening hebben. De andere drie interviews waren met drie mensen die een chronische aandoening hebben en hiervoor ergotherapie krijgen of hebben gekregen. De ergotherapie respondenten (ER) zijn genummerd van één tot drie op chronologische volgorde wanneer het interview plaatsvond. Deze cliënt respondenten (CR) zijn ook genummerd van één tot drie. Twee van deze respondenten zijn student aan de opleiding ergotherapie. Er is toestemming gevraagd voor een geluidsopname van het interview. Die is gebruikt voor het maken van een transcript en daarna verwijderd, de gegevens zijn geanonimiseerd. De respondenten zijn benaderd via het eigen netwerk en het netwerk van de opdrachtgever en docentbegeleider.

3.4 Data-analyse

De data-analyse van de interviews is verlopen via thematische analyse. Dit is een flexibele manier om kwalitatieve gegevens te analyseren. Er wordt gebruik gemaakt van een bepaalde manier van coderen en thematiseren op een praktijkgerichte manier. Deze methode kent veel vrijheid (Verhoeven, 2020, p. 33). Deze methode kent drie fases met elk twee stappen. De fases zijn; de ontdekkingsfase, de reductiefase en de reflectiefase. De manier van coderen gaat als volgt ter werk. Aan de fragmenten wordt één of meerdere codes om het fragment te beschrijven. Nadat de codes zijn toegewezen worden deze samen gebracht in subthema's. Deze subthema's maken dan weer onderdeel uit hoofdthema's. De resultaten zijn onderverdeeld in drie hoofdthema's: Ervaringskennis-Ergotherapeut, Ervaringskennis-Cliënt en Ergotherapie. Eén subthema is onafhankelijk en past bij geen enkel hoofdthema en een ander subthema past bij twee hoofdthema's.

4 Resultaten literatuuronderzoek

4.1. Ervaringskennis in de gezondheidszorg

Ervaringskennis in onderzoek

In de literatuur is weinig bekend over het gebruik van ervaringskennis in de ergotherapie. Deze combinatie komt niet voor in wetenschappelijke artikelen. Veel van de gevonden artikelen hebben het vooral over het gebruik van ervaringskennis in onderzoek en het gebruik van PPI. PPI wordt gezien als *tool* en kan het nut van onderzoek in de praktijk vergroten. Het aangaan van een dialoog met patiënten kan onderzoekers veel nieuwe inzichten geven. Dit kan helpen om onderzoeksresultaten in een context te plaatsen en uiteindelijk de onderzoekskwaliteit te verbeteren. Het is niet aangetoond dat dit leidt tot veranderingen op maatschappelijk niveau (van Schelven et al., 2021). In een recent artikel (Frederiksson & Modigh, 2021) is onderzoek gedaan naar het gebruik van een adviesraad bestaande uit cliënten en familieleden bij een oncologieafdeling. Het doel hiervan was om cliëntenparticipatie op managementniveau te onderzoeken. Zij beschrijven drie manieren van collectieve betrokkenheid in de gezondheidszorg. Als eerste een groep van representatieve burgers uitnodigen die hun mening en kennis willen delen. Daarna een publieke organisatie betrekken, zoals een patiëntenorganisatie. Tot slot, de groep uitnodigen die wordt getroffen door de genomen beslissingen. De participanten kwamen erachter dat de adviesraad van cliënten en familieleden te weinig kennis hadden van de bureaucratie en de inrichting van de zorg om veranderingen te maken. Ondanks de teleurstellende resultaten waren de participanten wel enthousiast over het feit dat ze de kans kregen om hun mening te laten horen.

Vormen van PPI

Zoals eerder beschreven is PPI een veel voorkomend thema omtrent ervaringskennis. In een *systematic review* (Biddle et al., 2020) wordt beschreven dat PPI op vier manieren gebruikt kan worden. Als eerste kan PPI gebruikt worden in de vorm van raadpleging om een overeenstemming te bereiken. Deze manier van raadpleging uit zich in advies- of klankbordgroepen, vergaderingen en de Delphi-techniek, dat wil zeggen een systematische interactieve methode om in twee of meer rondes adviezen te verkrijgen van een panel van deskundigen en/of burgers, gewoonlijk aan de hand van vragenlijsten. De tweede vorm is de vorm van samenwerking, waarbij de term "medeonderzoekers" gebruikt kan worden om te verwijzen naar de betrokken patiënten/burgers. Dit kan op de volgende wijzen; agendabepaling door middel van dialoog, gebruik van vergaderingen, conferenties of workshops en het gebruik van werkgroepen, panels, ziekenhuisbestuur of ethische commissies.

De volgende vorm van PPI is co-ontwikkeling. Deze manier van PPI is ook gebruikt in twee andere artikelen. In het artikel van Teela et al. (2022) is gebruik gemaakt van co-ontwikkeling om een betrokkenheid-spel te maken voor adolescenten. Over het algemeen waren zij blij met het resultaat omdat ze op deze manier gemakkelijker hun mening en ervaringen over verschillende onderwerpen in de gezondheidszorg kunnen uiten. Zo wordt ook in het artikel van Hanlon et al. (2022) gebruik gemaakt van co-ontwikkeling. Zij beschrijven een co-productieve aanpak binnen interventies voor suïcidepreventie. Co-ontwikkeling biedt de mogelijkheid om samen met de doelgroep te werken aan het vaststellen en aanpakken van hun behoeften. De vierde en laatste vorm van PPI is in de vorm van een conceptueel kader. Hier wordt gebruik gemaakt van drie dualiteiten. De eerste is directe en indirecte betrokkenheid, de tweede is de patiënt betrekken op individueel en collectief niveau en de derde is de patiënt betrekken op reactief of proactief niveau. Biddle et al. (2020) suggereert dat PPI in Europa ongelijkmatig wordt ingezet. Waar belangstelling en inzet ontbreken zal PPI zich minder snel ontwikkelen. Er wordt ingeschat wanneer PPI in gezondheidsonderzoek een vereiste wordt in plaats van een aanbeveling, het gebruik van PPI zal stimuleren en een grotere impact zal hebben in heel Europa. Alsnog zijn er ergotherapeutische methoden voor belevingsgerichte zorg. In het EDOMAH-programma van Graff (2010) worden interventies beschreven. Hierbij wordt ieders ervaringsdeskundigheid gerespecteerd, met name het perspectief van de patiënt en mantelzorger(s). Verder wordt de gesprekstechniek 'etnografisch interviewen' en de 'OPHI-II' (Kielhofner et al., 2004) benoemd als geschikt instrument om de ervaringskennis van patiënt en mantelzorger(s) te betrekken, het laatste wordt benadrukt in Kool en Bramsen (2016, p. 97).

Gevolgen van Patient and Public Involvement

Het hoogst haalbare resultaat van participatie wordt niet altijd behaald door de patiënten in alle activiteiten te laten participeren. Van Schelven et al. (2020) benoemt dat niet de gegeven hoeveelheid invloed aan de doelgroep het verschil maakt. In sommige gevallen kan het vragen om advies tot de beste resultaten leiden, terwijl in andere gevallen medebeslissing de voorkeur verdient. De ideale mate van invloed hangt af van de wensen en behoeften van de belanghebbenden en van de inhoud van het project. Er wordt op gewezen dat teamwerk afhangt van een gelijkwaardige samenwerking. Dit wordt bevestigd in het artikel van Bergerum et al. (2019), zij beschrijven verschillende manieren hoe het beste samen gewerkt kan worden tussen patiënt en zorgverlener. Zij beschrijven drie theorieën over *patient involvement* in de kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg. De eerste is door de betrokkenheid van patiënten af te stemmen op de verschillende inspanningen en contexten. De tweede is om interactie en partnerschap te ondersteunen van elk microsysteem. De derde is om gedragsverandering te ondersteunen die voortkomt uit de inspanningen van gebruikers op alle niveaus van de organisatie. Ook beschrijven ze dat actieve betrokkenheid van patiënten een hulpbron kan zijn, indien er afgestemd wordt op interactie en partnerschap.

4.2 Ervaringskennis in het onderwijs

Patiënten in de lessen

In het artikel van Towle et al. (2010) wordt beschreven dat er positieve aspecten zijn als patiënten met een chronische aandoening betrokken zijn bij het onderwijs van medische opleidingen. Door te kunnen oefenen met echte patiënten kunnen de studenten een ervaring van een samenhangend ziekteverhaal opdoen, nieuwe inzichten in de problemen van de patiënten ervaren en een beter begrip hebben van de relatie met de patiënt. Als resultaat worden studenten gevoeliger voor de

behoeften van kwetsbare bevolkingsgroepen, en gaan zij hun houding verbeteren. Dit wordt ook benadrukt in een artikel van Cameron en McColl (2015), zij beschrijven dat studenten zichzelf de vraag stelden waarom er in de zorg gezocht wordt naar zwakheden van de patiënten en een nadruk wordt gelegd dat zij daadwerkelijk zwakheden hebben. De studenten vinden dit geen juiste manier om zorg te bieden. Zij vinden dat zorgverleners met hun benaderingswijze en communicatie de patiënten kunnen aanmoedigen en versterken. Doordat de studenten deze ervaringen opdoen als studenten, begrijpen zij het hebben van een goede en waardevolle samenwerking met patiënten met een chronische aandoening beter.

In een onderzoek om patiënten met een chronische aandoening workshops te laten geven aan studenten van zorgopleidingen, blijkt dat deze workshops relevante onderwerpen hadden omtrent het gebruik van ervaringskennis (Towle & Godolphin 2013). Deze workshops werden door de studenten erg positief beoordeeld. Bijna alle deelnemers zouden de workshops aanbevelen. De studenten zouden door de workshops beter begrijpen hoe het is om een chronische aandoening te hebben en op welke wijze deze patiënten graag benaderd willen worden. Dit onderzoek laat zien dat het haalbaar is om mensen met een chronische aandoening te betrekken bij de inhoud van het onderwijs van medische opleidingen.

Co-teaching is een methode waarbij mensen met een chronische aandoening een meer gelijkwaardige rol hebben in het ergotherapieonderwijs (Yalon-Chamovitz et al., 2016). Dit betekent dat zij geen les gaven over ervaringskennis of leven met een beperking maar dat de lessen van het reguliere ergotherapeutische onderwijs mede werd gegeven door een tweetal. Dit tweetal hebben allebei een chronische aandoening en hebben zelf een zorg- of een onderwijsachtergrond. In het begin hadden de studenten moeite met deze lessen omdat de rollen van het tweetal onduidelijk was. Naderhand realiseerden de studenten dat er meer is dan wetenschappelijk bewijs en dat persoonlijke ervaringen van patiënten ook belangrijk zijn. Het artikel suggereert dat dit experiment de studenten een unieke kans biedt om verschillende perspectieven te verkennen en te ervaren, hun professionele perspectieven te verbreden en bij te dragen aan de ontwikkeling van hun professionele identiteit als ergotherapeuten.

4.3 Conclusie literatuuronderzoek

Er kan geconcludeerd worden dat het gebruik van ervaringskennis een positieve bijdrage levert aan de patiënt maar ook aan de zorgverlener en de kwaliteit van de zorg verbeterd wordt ten aanzien van de cliënt. Het lijkt wel dat er meer te behalen valt als de patiënten niet als objecten worden gezien maar als gelijkwaardige personen en centraal komen te staan. Helaas is het niet mogelijk om de conclusie te specificeren op het beroep van ergotherapie omdat hier geen wetenschappelijke artikelen zijn gevonden.

5. Resultaten praktijkonderzoek

5.1 Ervaringskennis in de ergotherapie

Ergotherapeuten en ervaringskennis

Het onderwerp ervaringskennis is geen makkelijk onderwerp voor de ergotherapeuten. Twee van de drie geïnterviewde ergotherapeuten zijn niet bekend met het begrip ervaringskennis, maar wanneer ze de definitie te horen krijgen, komt het wel bekend voor: ‘Wat ik eigenlijk denk, is dat het woord ervaringskennis misschien niet een bekend woord is maar wat het betekent, wij als ergotherapeuten doen het allemaal (ER2).’ De derde ergotherapeut kent het begrip ervaringskennis goed en maakt hier jarenlang gebruik van. Het doel van ervaringskennis kan beschreven worden dat de cliënten deskundig worden over hun eigen aandoening en een expertise opbouwen over het leven met een chronische aandoening. Een ergotherapeut denkt bij ervaringskennis vooral aan ervaringen uitwisselen en het lotgenotencontact tussen cliënten. Door gebruik te maken van de ervaringskennis van de cliënten wordt er persoonsgericht ergotherapie geleverd waarbij ze het gevoel hebben dat de ergotherapeut naar ze luistert en hun verhaal en mening respecteert: ‘Ik krijg vaak van de cliënten terug dat ze het gevoel hebben dat ze echt gezien en begrepen worden. Vooral omdat ze zich als persoon gezien voelen. En, dat kan volgens mij niet anders dan wanneer je ook kijkt naar waar iemand vandaan komt (ER3).’ In de nieuwe ergotherapierichtlijn voor mensen met hersenletsel wordt er geen gebruik gemaakt van het begrip ervaringskennis. Wel is er tijdens het creëren van de richtlijn gebruik gemaakt van de ervaringen en verhalen van desbetreffende cliënten en hun naasten. Zo zijn er bijvoorbeeld nieuwe uitgangsvragen over shared-decision making en zelfmanagement gecreëerd. Ergotherapeuten hebben onderling het ook over ervaringskennis, op de manier hoe het wordt besproken, verschilt per ergotherapeut. De ergotherapeuten die het begrip niet kennen, overleggen met elkaar over hun cliënten, alleen zijn ze onbewust dat het om ervaringskennis draait: ‘Ik denk dat we vaak een gesprek over ervaringskennis voeren maar het niet zelf doorhebben omdat wij het niet als ervaringskennis benoemen. Wij gebruiken dat woord niet in onze beroepspraktijk op dit moment. Maar we hebben heel vaak gesprekken over elkaars cliënten en hun ervaringen met de chronische aandoening (ER2).’

Werkwijze ergotherapeuten

In de ergotherapie wordt er op verschillende manieren gebruik gemaakt van ervaringskennis van de cliënten. Het grootste verschil zit bij het bewustwording over het gebruik van ervaringskennis. De ergotherapeut die bewust ervaringskennis gebruikt, doet dit op een methodische en zorgvuldige wijze. Er kan gebruikt worden gemaakt van een stappenplan dat zich uit als een ladder, de ene kant voor de ergotherapeut en de andere kant voor de cliënt. Het betreft vijf stappen, het begint bij ‘meer weten’, hier verstrekt de ergotherapeut vooral informatie. Daarna volgt ‘meedenken’, hier legt de ergotherapeut opties voor. Als derde volgt ‘meebeslissen’, hier werkt de ergotherapeut met de cliënt samen de opties uit. Daarna volgt ‘eind beslissen’ en bij deze fase komt de cliënt terug bij de ergotherapeut wanneer een beslissing moet worden gemaakt. Tenslotte volgt ‘tegenspreken’, hierbij gaat de cliënt met de opgedane ervaringen en kennis de ergotherapeut tegenspreken. Dit wordt gedaan met argumenten en hierbij heeft de ergotherapeut een open houding en gaan ze samen overleggen wat een verstandige keuze is: ‘Namelijk je behandelaar tegenspreken als je het niet vertrouwt of als het niet bij je past en dit dus als een positieve eigenschap te gaan zien (ER1).’ Bij de ergotherapeuten waar het gebruik van ervaringskennis onbewust gebeurt, is het een onderdeel van de behandeling en zit het op de achtergrond van de gesprekstechnieken en

ergotherapeutische interventies. Eén ergotherapeut maakt veel gebruik van een ervaringsdeskundige. Dit is een persoon met een chronische aandoening die een volwaardig teamlid is en cliënten ondersteunt bij bijvoorbeeld handfunctietrainingen. Het is alleen niet haalbaar om een ervaringsdeskundige overal in te zetten. Het gebruik van ervaringsdeskundigen brengt ook een nadeel met zich mee: 'Als wij ervaringsdeskundigen hadden die zo positief waren over het leven, want het leven is zoveel mooier geworden na de dwarslaesie. Daar waren mensen soms ook wel een beetje allergisch voor, het loopt dan te ver uit elkaar over de moeilijke situatie waar ze zelf in zaten (ER1).' Ook zijn er ergotherapeutische interventies om de cliënt een actieve rol in de behandeling te laten nemen. Zo kan er alles worden besproken met de cliënt en vragen wat hun wensen zijn. Het is belangrijk dat de ergotherapeut de cliënt hierbij betreft zodat er samen een beslissing kan worden genomen: 'De cliënt is vanaf het eerste contact aangehaakt en ik overleg met de cliënt hoe we het gaan aanpakken. Het verslag dat ik maak, wordt ook eerst met de cliënt besproken voordat het naar iemand anders gaat (ER3).'

Ervaring met ergotherapie

De ervaringen die de cliënt respondenten hebben met ergotherapie brengen een heel ander perspectief mee dan hoe de geïnterviewde ergotherapeuten hun werkwijze omschrijven. Zo zijn er twee cliënt respondenten die meerdere ergotherapietrajecten bij verschillende ergotherapeuten hebben gelopen en negatieve ervaringen hebben gehad. Zij benoemen dat de communicatie en het contact van de ergotherapeut regelmatig ondermaats was, vooral in de klinische revalidatie. Ergotherapeuten luisterden niet naar het verhaal van de cliënt of de ergotherapeut bepaalde welke doelen er behaald moest worden en deed dit niet in samenspraak met de cliënt. Eén cliënt kreeg te horen dat ze niet kon terugkeren naar haar werk en was niet tevreden hoe de ergotherapeut dit bracht. Een andere cliënt die ergotherapie in een revalidatiecentrum kreeg, had een vergelijkbare situatie: 'Het was belangrijker dat ik weer ging werken of naar school ging, maar ik wilde graag hulp met het kijken naar computerschermen. Ze hebben niet met mij geoefend om iets met de computer te doen. Daar wilden ze gewoon niet in meegaan en dat is jammer want daardoor moest ik dat zelf uitvogelen (CR2).' Het lijkt dat ergotherapeuten in een klinische revalidatiesetting een andere benadering hebben dan cliënten zouden willen. Het kan namelijk zijn dat de cliënt het gevoel heeft dat zijn mening niet wordt meegenomen en hierdoor weerstand gaat bieden en dit eventueel kan leiden naar het niet behalen van de doelen: 'Ik werd ook een beetje opstandig van, want ik wil heel graag bepaalde dingen doen en daar hulp bij krijgen en dat kreeg ik niet. Het is niet dat ik niet heb meegewerkt aan de behandeling maar ik deed niet extra mijn best of zoiets (CR2).' Toch hebben deze cliënten ook ergotherapeuten gehad waar ze wel benadering kregen die zij wilden. Dit heeft vooral te maken met de communicatie en inbreng van de cliënt. Als de ergotherapeut laat zien dat hij naar de cliënt luistert en in ieder geval de wensen van de cliënt bespreekt, dan is de cliënt tevreden. De cliënt wil graag meedoen met de ergotherapeut, dat is namelijk ook de kern van ergotherapie. Dus is het voor de cliënt erg belangrijk om uitgenodigd te worden om een actieve rol te hebben in ergotherapie: 'Ik ging bij haar dingen aangeven als ik wat had gevonden om iets makkelijker te maken en dan gingen we samen kijken of dat ook voor mij inderdaad werkte of niet, echt continu meedenken (CR3).' Het zorgt juist voor een probleem als de cliënt voelt dat zijn wensen er niet toe doen.

Bureaucratie in de gezondheidszorg

Het is naar voren gekomen vanuit de interviews dat ergotherapie vooral in de klinische revalidatie top-down geregeld wordt. Niet alle ergotherapeuten kunnen gebruik maken van ervaringsdeskundigen vanwege de kosten. Het gebruik van lotgenoten kan niet vergoed worden door de zorgverzekeraar omdat dit niet bij ergotherapie past. Dat kan wel als het over een duidelijk onderwerp gaat, maar om bepaalde mensen bij elkaar te brengen zodat ze in gesprek kunnen met elkaar, wordt niet vergoed. Dit zorgt ervoor dat veel gedaan moet worden op vrijwilligersbasis wat niet altijd haalbaar is: *‘Als het gaat om deze groep mensen bij elkaar brengen zodat ze met elkaar in gesprek over wat ze zelf willen. Onze conclusie is dat we dit niet helemaal kunnen verkopen aan de zorgverzekeraar (ER2).’*

5.2 Ervaringskennis van de cliënt

Kennis van de cliënt

Vooraf de interviews waren de cliënten niet bekend met het onderwerp ervaringskennis. Nadat ze een uitleg hebben gekregen wat ervaringskennis is, hebben ze benoemd wat zij denken wat hun ervaringskennis is. Zij vinden alle drie dat ervaringskennis, kennis is over het hebben van de chronische aandoening, de gevolgen dat zich meebrengt en hoe men ermee om kunt gaan. Zij vinden niet dat elke persoon met dezelfde aandoening dezelfde ervaringskennis heeft. Iedereen heeft verschillende symptomen en andere prioriteiten in het leven dat andere hindernissen met zich meebrengt: *‘Ik heb zelf kennis over hoe je je energie moet verdelen, hoe het is om met een beperking te leven, wat er moeilijk aan is, maar ook toch ook wel wat voor impact het kan hebben op mantelzorgers of vrienden en familie (CR2).’* Het is belangrijk om te vermelden dat twee cliënt respondenten kritisch naar zichzelf terugkijken over hun ergotherapiebehandelingen. Zij zaten toen in een fase dat ze dingen kregen te horen wat ze niet wilde horen, en hierdoor toonden ze af en toe weerstand. Als ze er nu op terug kijken, snappen ze dat het niet de juiste reactie is en is hun ziekte-inzicht en hun ervaringskennis omtrent de tijd verbeterd: *‘Ik was echt super sceptisch. Ik vond dat de behandelaars moesten zien waar ik het moeilijk heb en welke problemen ik heb. Ik kijk nu pas verstandig naar mijn missie en visie tussen mij en de ergotherapeut (CR1).’*

Mening van de cliënt

De cliënt respondenten zijn van mening dat het belangrijk is om hun verhaal te gebruiken bij ergotherapie. Zij vinden dat zij bepaalde kennis hebben die een bijdrage kan leveren aan de behandelingen. Wanneer er meer samenwerking is met de cliënt, zal de cliënt meer motivatie hebben en kan de ergotherapeut dieper op de onderwerpen in kunnen gaan. Door levenservaring op te doen, wordt er bepaald hoe men over verschillende onderwerpen denkt. Wanneer cliënten ervaren dat behandelaars naar ze luisteren, is het makkelijker om hun verhaal te vertellen en zullen ze minder snel details achter houden. De communicatie en benaderingswijze van de ergotherapeut speelt hier een sleutelrol in: *‘Ik heb bepaalde kennis over hoe ik ben. Daarom is het goed om de kennis van de cliënt te betrekken en het programma op de behandeling aan te passen op wat de ergotherapeut samen met de cliënt kan doen. In plaats van dat de ergotherapeut zijn eigen plan uitvoert en alleen maar de dingen doet die volgens het protocol horen (CR1).’*

5.3 Het delen van ervaringskennis

Delen van ervaringskennis door de cliënt

Uit de interviews vond één cliënt het erg prettig als er een informele band was met de ergotherapeut en er geen sprake was van een duidelijke hiërarchie. Als er ruimte wordt gegeven aan de cliënt en er momenten zijn dat de ergotherapeut en cliënt met elkaar kan overleggen, is er een positievere sfeer en heeft de cliënt er een beter gevoel bij. De cliënt kan zijn verhaal delen en het gevoel krijgt dat er wordt geluisterd. ‘Ik kon het ook beter delen, ik had bijvoorbeeld een tijdschijflijst ingevuld en dan voelde ik me wat vrijer om dat zelf te gaan interpreteren en kon ik er met de ergotherapeut er kritisch naar kijken (CR2).’ Deze visie wordt ook gedeeld door de geïnterviewde ergotherapeuten. Twee ergotherapeuten maken vooral gebruik dat de cliënten onder elkaar hun ervaringen met elkaar delen, de ergotherapeuten zijn aanwezig om te ondersteunen maar de cliënten helpen elkaar vooral. Wanneer cliënten hun ervaringskennis met andere cliënten delen, kunnen ze elkaar ondersteunen en komen ze tot een ingang wat een behandelaar vaak niet voor elkaar krijgt: ‘Dat maakt een soort deur open die je als therapeut vaak niet kan openmaken (ER1).’

Aanpassingen aan ergotherapie

Uit de interviews met de cliënten hebben zij aangegeven wat zij vinden wat ze graag anders hadden gewild voor ergotherapie. De communicatie en benadering vinden de cliënten het belangrijkste. Het respecteren en erkennen van het verhaal en inbreng van de cliënt. De ergotherapeuten dachten wel in belang van de cliënt maar dit werd niet altijd gecommuniceerd met de cliënt waardoor zij voelden dat de ergotherapeut alles zelf ging bepalen: ‘Als eerste, luister heel goed wat iemand anders zegt. En kijken naar wat de cliënt al heeft uitgeprobeerd. De ergotherapeuten moeten doorvragen hoe iets wordt ervaren (CR3).’ Het stimuleren van het gebruik van ervaringsdeskundigen is een aanpassing waar de cliënten bij ergotherapie veel baat bij kunnen hebben. Eén ergotherapeut maakt gebruik van lotgenoten en rolmodellen maar dat zijn vrijwilligers die niet altijd willen of kunnen.

5.4 Conclusie praktijkonderzoek

Alle respondenten beschrijven dat ervaringskennis een meerwaarde heeft bij de ergotherapie behandelingen. Het gebruik van ervaringskennis is niet vanzelfsprekend en wordt veel onbewust gedaan. Vanuit het perspectief van de ergotherapeuten maken zij gebruik van lotgenoten en van het levensverhaal van de cliënt en maken ze gebruik van de meningen van de cliënten. Vanuit het perspectief van de cliënten maken de ergotherapeuten niet altijd gebruik van de ervaringskennis van de cliënt. Het ligt vooral aan de benadering en de communicatie van de ergotherapeut naar de cliënt toe. De cliënten hebben het gevoel dat er niet altijd wordt geluisterd naar het verhaal van de cliënt en de wensen van de cliënt niet altijd wordt meegenomen. Uit het onderzoek is ook gebleken dat het begrip ervaringskennis een oneindigheid heeft over de verschillende meningen en perspectieven. Uit de zes afgenomen interviews kan er geen concrete en duidelijke conclusie worden vastgesteld omdat de doelgroepen niet genoeg afgebakend is en dit een invloed heeft op de resultaten. Uit het praktijkonderzoek kan geconcludeerd worden dat de cliënten de benadering en communicatie van ergotherapeuten het belangrijkste vinden zodat zij hun ervaringskennis in kunnen brengen in de behandelingen.

6. Discussie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag door middel van de bevindingen uit literatuur- en praktijkonderzoek. De onderzoeksvraag luidt: *‘Hoe kunnen ergotherapeuten ervaringskennis benutten in de praktijk bij cliënten met een chronische aandoening zodat de kwaliteit van ergotherapie verbeterd wordt?’*

6.1 Interpretatie van de resultaten

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat er geen wetenschappelijke artikelen zijn gevonden over ervaringskennis in de ergotherapie. Wel zijn artikelen gevonden over het gebruik van *Patient and Public Involvement* in onderzoek en de gevolgen hiervan. Ook zijn er onderzoeken gepubliceerd over het gebruik van ervaringsdeskundigen in het medisch onderwijs. Het lijkt dat er meer te behalen valt als de patiënten worden gezien als gelijkwaardige personen en er een samenwerking is tussen cliënt en behandelaar. De resultaten uit het praktijkonderzoek zijn erg verschillend met het literatuuronderzoek. Vanuit praktijkonderzoek blijkt dat cliënten communicatie erg belangrijk vinden en graag mee willen doen met de ergotherapeut. Zij willen een actieve rol hebben en willen hun meningen geven. Twee geïnterviewde ergotherapeuten die niet bekend zijn met het begrip ervaringskennis lijken onbewust gebruik te maken van ervaringskennis maar dat gebeurt oppervlakkig. Eén ergotherapeut neemt de meningen van de cliënten wel mee en maken gebruik van lotgenoten maar de cliënt staat niet altijd centraal en is er sprake van een duidelijke hiërarchie. Dit komt voor in de klinische revalidatie, hier lijkt dat de ergotherapeut een afvinklijst aan het afwerken is en weinig aandacht geeft aan de cliënt en niet luistert wat de cliënt wil of vindt. Dit kan een goede reden hebben omdat de revalidatiezorg erg duur is en de cliënt zo snel mogelijk naar huis moet keren waardoor er hele duidelijke stappen doorlopen moet worden om dit te realiseren. Als er sprake zou zijn van een methodische werkwijze voor ergotherapeuten om de ervaringskennis van de cliënt te gebruiken, zou de cliënt ergotherapie positiever en persoonsgericht ervaren en beter tot handelen komen.

6.2 Kanttekeningen

De geïnterviewde ergotherapeuten werken elk met een doelgroep van chronische aandoeningen maar zijn werkzaam in verschillende settings. De geïnterviewde cliënten hebben elk niet-aangeboren hersenletsel maar is er sprake van andere uitingsvormen. Door de verschillen in de analyse is het lastig om duidelijke verbanden met elkaar te leggen. Er zit een groot verschil in de achtergrond tussen de ergotherapeuten. Hiermee wordt de werkwijze en de specifieke doelgroepen die zij behandelen bedoeld. De meningen van de ergotherapeuten komen vaak niet overeen, ze behandelen allemaal mensen met een chronische aandoening, maar de verschillen van de doelgroepen zijn groot waardoor de perspectieven verschillen. Dit kon vooraf het onderzoek niet worden ingeschat. Bij de cliënten is dit minder vergelijkbaar, hun ziektebeelden en meningen zijn vergelijkbaar. Alleen hebben zij wel verschillende perspectieven waaruit zij redeneren waardoor de resultaten niet hetzelfde zijn. Het is wel duidelijk naar voren gekomen dat de cliënten ervaringskennis belangrijk vinden en vinden dat de cliënt een centrale rol moet spelen. Vanwege het feit dat de meningen van de ergotherapeuten niet overeen komen, zorgt dit ervoor dat deze resultaten mogelijk minder betrouwbaar zijn omdat er sprake is van te grote verschillen. Mogelijk kan bij toekomstig onderzoek het onderwerp ervaringskennis meer worden afgebakend. Namelijk dat ergotherapeuten en de cliënten die zij behandelen of hebben behandeld, worden geïnterviewd.

Op deze manier kan een duidelijker relatie worden gelegd tussen de visie van de ergotherapeut omtrent ervaringskennis en hoe de cliënt dit ervaart.

6.3 Kwaliteit van zorg

Dankzij dit onderzoek zijn er nieuwe inzichten gecreëerd over de benadering van ergotherapeuten bij cliënten met een chronische aandoening en wat deze cliënten vonden van ergotherapie en graag anders zouden willen. ‘Zorg dragen voor kwaliteit’ is een competentie waarin de ergotherapeut bijdraagt aan het planmatig verbeteren van verantwoorde zorg die aansluit bij de vraag van de cliënt en de doelstellingen van de organisatie (Verhoef & Zalmstra, 2013). Als ergotherapeuten kiezen voor een meer cliëntgecentreerde benadering en een samenwerking ingaan met de cliënten, zullen de cliënten beter tot handelen komen wat dan kan leiden naar een betekenisvolle participatie. Door de ervaringskennis van de cliënt te gebruiken, zal de cliënt het gevoel hebben dat hij ook een waardevolle inbreng kan hebben waardoor het zoeken naar een oplossing sneller en cliëntgerichter gebeurt. Door dit toe te passen draagt de ergotherapeut verbetering aan de zorg die aansluit op de cliënt. Onlangs is er een nieuw competentieprofiel ontwikkeld door de gezamenlijke opleidingen Ergotherapie in Nederland. Hier zijn de competenties ‘onderzoeken’ en ‘communiceren’ onderdeel van. In de competentie ‘onderzoeken’ gaat het om het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek om de onderbouwing en ontwikkeling van de beroepspraktijk te ondersteunen (Verhoef & Zalmstra, 2023). In deze competentie wordt het begrip ervaringskennis ook genoemd. Daarbij wordt benoemd om het eigen handelen te baseren op onder andere de ervaringskennis van cliënten. Dit is in ieder geval een positieve richting voor ervaringskennis, maar helaas is het alleen een onderdeel van de competentie ‘onderzoeken’ en niet van de cliëntgerichte competenties. Dan is in het nieuwe competentieprofiel de competentie ‘communiceren’ toegevoegd. Deze competentie wordt gedefinieerd als het respectvol en effectief communiceren met cliënten, professionals en andere betrokkenen (Verhoef & Zalmstra, 2023). Dit is juist wat cliënten hebben aangegeven heel belangrijk te vinden. Namelijk de communicatie en benadering van ergotherapeuten, dit sluit dus erg goed aan op ervaringskennis. Hierdoor is er ook sprake van positieve invloed aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Als ‘communiceren’ goed wordt toegepast zal de verandering in het dagelijks handelen en de participatie van de cliënt beter ondersteund worden. Hopelijk worden ergotherapeuten en studenten bewuster van ervaringskennis en om de cliënt centraler te laten staan in het ergotherapeutisch proces.

6.4 Aanbevelingen

De resultaten van het onderzoek hebben geleid tot verschillende aanbevelingen. Deze aanbevelingen zijn geschikt voor onderzoekers en ergotherapeuten.

1. Ervaringskennis kan een belangrijke rol in de ergotherapie spelen wanneer het bewust gebruikt wordt door de ergotherapeuten. Het is verstandig om nader onderzoek te doen over de manier hoe ergotherapie gegeven wordt. Met name in de klinische revalidatiesetting. Dit is de setting waar de cliënt zelf specifieke doelen heeft en zo snel mogelijk naar huis moet. Het is verstandig om ergotherapeuten en de cliënten die zij behandelen of hebben behandeld, te interviewen.
2. Het hebben van een respectvolle benadering en open communicatie met de cliënt. Maak gebruik van de mening en ervaringen van de cliënt om samen tot een oplossing te komen.

Werk met de cliënt samen en geef minder belang aan de hiërarchie tussen cliënt en ergotherapeut.

3. Uit de interviews is gebleken dat het toepassen van ervaringskennis door ergotherapeuten makkelijker is door middel van een methode. Daarvoor kan er gebruik worden gemaakt van de volgende vijf stappen:
 - i. Meer weten: Het verstrekken van informatie op maat.
 - ii. Meedenken: De opties gaan voorleggen aan de cliënt.
 - iii. Meebeslissen: Het uitwerken van de opties met de cliënt. Vragen naar de mening van de cliënt.
 - iv. Eind beslissen: De cliënt komt terug bij de ergotherapeut om de beslissing te nemen.
 - v. Tegenspreken: De cliënt spreekt de ergotherapeut tegen door middel van argumenten en de ervaringskennis die de cliënt heeft opgebouwd. Het is belangrijk dat de cliënt deze kennis beheerst en er goed over heeft nagedacht.
4. Een methodische werkwijze voor ergotherapeuten creëren hoe de ervaringskennis van de cliënten gebruikt kan worden en er een samenwerking ontstaat met de cliënten en zij centraal staan. Op deze manier is de ergotherapeut bewuster van het gedachteproces om gebruik te maken van de ervaringskennis van de cliënt en weet de ergotherapeut welke stappen hij moet ondernemen.

6.5 Conclusie

Het gebruik van ervaringskennis kan een bijdrage leveren aan meer persoonsgerichte zorg. Cliënten zouden graag een andere benadering en vorm van communicatie zien van de ergotherapeuten zodat ergotherapie persoonsgerichter is. Ergotherapeuten maken voornamelijk onbewust gebruik van ervaringskennis waardoor er onderdelen niet aan bod komen. Voornamelijk de samenwerking met de cliënt en de cliënt centraal laten staan, dit wordt vaak achterwege gelaten en is er niet altijd sprake van een gelijkwaardige relatie tussen cliënt en ergotherapeut. De belangrijkste conclusie uit dit onderzoek is dat ervaringskennis in de ergotherapie een lange weg te gaan heeft. Dit komt vooral terug op het feit dat er geen wetenschappelijke artikelen over ervaringskennis in ergotherapie zijn gevonden. Hierdoor is het nodig om nader onderzoek tussen ergotherapeuten en cliënten te doen zodat er meer relevante verbanden kan worden getrokken en met die resultaten een werkwijze zou kunnen worden gemaakt hoe ergotherapeuten de ervaringskennis van de cliënt kan gebruiken. Daarnaast is uit het onderzoek gebleken dat ervaringskennis een oneindig begrip is en er in toekomstig onderzoek afbakening kan plaatsvinden zodat de resultaten een hogere betrouwbaarheid hebben.

7. Literatuurlijst

- Bergerum, C., Thor, J., Josefsson, K., & Wolmesjö, M. (2019). How might patient involvement in healthcare quality improvement efforts work—A realist literature review. *Health Expectations*, pp. 952-964.
- Biddle, M. S., Gibson, A., & Adams, D. (2020). Attitudes and approaches to patient and public involvement across Europe: A systematic review. *Health and Social care in the community*, pp. 18-27.
- Cameron, J. J., & McColl, M. A. (2015). Learning client-centred practice short report: experience of OT students interacting with “expert patients”. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, pp. 322-324.
- de Souza, S., Galloway, J., Simpson, C., Chura, R., Dobson, J., Gullick, N. J., . . . Lempp, H. (2016). Patient involvement in rheumatology outpatient service design and delivery: a case study. *Health Expectations*, pp. 508-518.
- Frederiksson, M., & Modigh, A. (2021). Patient involvement at the managerial: the effectiveness of a patient and family advisory council at a regional cancer centre in Sweden. *BMC Health Services Research*.
- Graff, M., van Melick, M., Thijssen, M., Verstraten, P., & Zajec, J. (2010). *Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers*. Bohn Stafleu van Loghum eBooks.
- Hanlon, C. A., McIlroy, D., Poole, H., Chopra, J., & Saini, P. (2022). Evaluating the role and effectiveness of co produced community-based mental health interventions that aim to reduce suicide among adults: A systematic review. *Health Expectations*, pp. 64-86.
- Kielhofner, G., Mallinson, T., Crawford, C., Nowak, M., Rigby, M., Henry, A., & Walens, D. (2004). Occupational Performance History Interview-II (OPHI-II).
- Kool, J., & Bramsen, I. (2016). Ervaringskennis van cliënten en hun naasten. In C. Kuiper, J. Verhoef, & G. Munten (Red.), *Evidence-based practice voor paramedici* (4e ed., pp. 89-105). Boom uitgevers.
- Patiëntenfederatie Nederland. (2022). *Chronische aandoening*. Opgehaald van Patiëntenfederatie Nederland:
https://kennisbank.patiëntenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/559/~/chronische-aandoening#:~:text=De%20belangrijkste%20kenmerken%20van%20een,de%20loop%20der%20tijd%20verergert
- Read, S., Aries, A. M., Ashby, S. M., Bambrick, V., Blackburn, S. J., & Clifford, H. (2020). Facilitating personal development for public involvement in health-care education and research: A co-produced pilot study in one UK higher education institute. *Health Expectations*, pp. 1191-1201.
- Teela, L., Verhagen, L. E., Gruppen, M. P., Santana, M. J., Grootenhuis, M. A., & Haverman, L. (2022). Including the voice of paediatric patients: Cocreation of an engagement game. *Health Expectations*, pp. 1861-1871.
- Towle, A., & Godolphin, W. (2013). Patients as educators: Interprofessional learning for patient-centred care. *Medical Teacher*, pp. 219-225.

- Towle, A., Bainbridge, L., Godolphin, W., Katz, A., Kline, C., Lown, B., . . . Thistlethwaite, J. (2010). Active patient involvement in the education of health professionals. *Medical Education*, pp. 64-74.
- University of Oxford. (sd). *Patient and public involvement in research*. Opgehaald van Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford: <https://www.phc.ox.ac.uk/ppi>
- van de Bovenkamp, H. M., Trappenburg, M. J., & Grit, K. J. (2009). Patient participation in collective healthcare. *Health Expectations*, pp. 73-85.
- van Schelven, F., Boeije, H., & Rademakers, J. (2021). Evaluating meaningful impact of Patient and Public: A Q methodology study among researchers and young people with a chronic condition. *Health Expectations*, pp. 712-720.
- van Schelven, F., Groenewegen, P., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Boeije, H. (2020). Exploring the impact of patient and public involvement with young people with a chronic condition: A multilevel analysis. *Child Care Health and development*, pp. 349-356.
- Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2013). Zorg dragen voor kwaliteit. In *Beroepscompetenties Ergotherapie* (p. 27). Boom uitgevers.
- Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2023). *Competentie Communiceren*. Opgehaald van Competentieprofiel ergotherapeut: <https://www.competentieprofielergotherapeut.nl/communiceren/>
- Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2023). *Competentie Onderzoeken*. Opgehaald van Beroepsprofiel ergotherapeut: <https://www.competentieprofielergotherapeut.nl/onderzoeken/>
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., & Rosendal, H. (2019). *Zorgbasics Praktijkgericht onderzoek* (2e ed.). Boom uitgevers.
- Verhoeven, N. (2020). In N. Verhoeven, *Thematische analyse: Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek* (pp. 33-102). Boom uitgevers.
- World Health Organization. (2022). *Noncommunicable diseases*. Opgehaald van World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Yalon-Chamovitz, S., Kraiem, Y., & Gutman, C. (2016). Deconstructing hierarchies: Service users as co-teachers in occupational therapy education. *Work-a Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation*, pp. 381-386.

7.1 Websites

- Patiëntenfederatie Nederland. (2022). *Chronische aandoening*. Opgehaald van Patiëntenfederatie Nederland: https://kennisbank.patiëntenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/559/~/chronische-aandoening#:~:text=De%20belangrijkste%20kenmerken%20van%20een,de%20loop%20der%20tijd%20verergert

University of Oxford. (sd). *Patient and public involvement in research*. Opgehaald van Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford: <https://www.phc.ox.ac.uk/ppi>

Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2023). *Competentie Communiceren*. Opgehaald van Competentieprofiel ergotherapeut: <https://www.competentieprofielergotherapeut.nl/communiceren/>

Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2023). *Competentie Onderzoeken*. Opgehaald van Beroepsprofiel ergotherapeut: <https://www.competentieprofielergotherapeut.nl/onderzoeken/>

World Health Organization. (2022). *Noncommunicable diseases*. Opgehaald van World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

8. Bijlagen

8.1 Zoekhistorie

S16	 (experiential knowledge OR experience knowledge) AND (occupational therapy OR occupational therapist OR ot) AND voice giving AND participatory action research AND chronic physical condition	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3)
S15	 (experiential knowledge OR experience knowledge) AND (occupational therapy OR occupational therapist OR ot) AND voice giving AND participatory action research	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (23)
S14	 (experiential knowledge OR experience knowledge) AND (occupational therapy OR occupational therapist OR ot) AND client based therapy AND patient perspective	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (8)
S13	 (experiential knowledge OR experience knowledge) AND (occupational therapy OR occupational therapist OR ot) AND experience-based co-design AND patient perspective	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (15)
S12	 (experiential knowledge OR experience knowledge) AND (occupational therapy OR occupational therapist OR ot) AND experience-based co-design	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (32)
S11	 (experiential knowledge OR experience knowledge) AND occupational therapy AND chronic physical condition AND service user involvement	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - SmartText Searching	 View Results (0)
S10	 (experiential knowledge OR experience knowledge) AND occupational therapy AND chronic physical condition AND service user involvement	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (0)
S9	 (experiential knowledge OR experience knowledge) AND occupational therapy AND chronic physical condition AND personalised care	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2)
S8	 (experiential knowledge OR experience knowledge) AND occupational therapy AND chronic physical condition AND voice giving	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (7)

S7	 occupational therapy AND quality improvement AND chronic physical condition AND patient perspective AND (experiential knowledge OR experience knowledge)	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (22)
S6	 Femke van Schelven	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (7)
S5	 (occupational therapy OR occupational therapist OR ot) AND (experience knowledge OR experiential knowledge) AND personalised care AND patient perspective	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (127)
S4	 (occupational therapy OR occupational therapist OR ot) AND (experience knowledge OR experiential knowledge) AND personalised care	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (197)
S3	 Health democracy AND (experience knowledge OR experiential knowledge)	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (211)
S2	 occupational therapy AND Health democracy	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (23)
S1	 occupational therapy AND experiential knowledge AND voice giving	Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (14)

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S5	(experience knowledge OR experiential knowledge) AND (occupational therapy OR occupational therapist OR ot) AND (chronic physical condition OR disability) AND shared decision making	Limiters - Date of Publication: 20080101-20211231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	661
S4	(experience knowledge OR experiential knowledge) AND (occupational therapy OR occupational therapist OR ot) AND chronic physical condition AND shared decision making	Limiters - Date of Publication: 20080101-20211231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	32
S3	(experience knowledge OR experiential knowledge) AND (occupational therapy OR occupational therapist OR ot) AND chronic physical condition AND shared decision making	Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	36
S2	(experience knowledge OR experiential knowledge) AND (occupational therapy or occupational therapist or ot) AND chronic physical condition AND shared decision making	Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	0
S1	(experience knowledge OR experiential knowledge) AND (occupational therapy or occupational therapist or ot) AND chronic physical condition AND shared decision making	Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	0

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S12	(experiential knowledge OR experience knowledge) AND health care education AND (service user involvement OR patient involvement) AND occupational therapy AND (occupational therapy students OR ot students)	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;ERIC;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	36
S11	(experiential knowledge OR experience knowledge) AND health care education AND (service user involvement OR patient involvement) AND occupational therapy AND client based	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;ERIC;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	17
S10	(experiential knowledge OR experience knowledge) AND health care education AND (service user involvement OR patient involvement) AND occupational therapy	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;ERIC;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	235
S9	(experiential knowledge OR experience knowledge) AND health care education AND (service user involvement OR patient involvement)	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;ERIC;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	1,544
S8	(experiential knowledge OR experience knowledge) AND improving education system AND (service user involvement OR patient involvement)	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;ERIC;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	5
S7	(experiential knowledge OR experience knowledge) AND education AND (service user involvement OR patient involvement)	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;ERIC;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	5,786
S6	(experiential knowledge OR experience knowledge) AND occupational therapy education AND (service user involvement OR patient involvement)	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;ERIC;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	40
S5	(experiential knowledge OR experience knowledge) AND occupational therapy education AND patient perspective	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;ERIC;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	244
S4	(experiential knowledge OR experience knowledge) AND occupational therapy education AND (public and patient involvement)	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;ERIC;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	9
S3	(experiential knowledge OR experience knowledge) AND occupational therapy AND (education OR learning OR teaching OR education system)	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;ERIC;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	5,959
S2	(experiential knowledge OR experience knowledge) AND occupational therapy AND (education OR school OR learning OR teaching OR classroom OR education system)	Limiters - Date of Publication: 20080101-20231231 Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;ERIC;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	6,162
S1	(experiential knowledge OR experience knowledge) AND occupational therapy AND (education OR school OR learning OR teaching OR classroom OR education system)	Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete;ERIC;MEDLINE Complete;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;Psychology and Behavioral Sciences Collection	8,104

8.2 Topiclijst interviews

Centrale onderzoeksvraag:

‘Wat zijn de ervaringen van ergotherapeuten en patiënten met een chronische aandoening met ervaringskennis in ergotherapie?’

Opening: Dit interview wordt opgenomen. De opname wordt alleen gebruikt voor de uitwerking en daarna verwijderd. Bij de uitwerking wordt het interview volledig geanonimiseerd. Gaat u hiermee akkoord? Bedankt dat u de tijd neemt om dit interview uit te voeren. Zoals u al weet, gaat dit interview over ervaringskennis. Vindt u het goed als ik eerst iets daarover vertel? Ervaringskennis kent een driedeling 1. De aandoening of de beperking staat centraal, dit betreft kennis van de symptomen en de omgang met de aandoening. 2. De biografische individualiteit staat centraal, dit betreft het gehele levensverhaal waarmee de opgedane ervaringen worden meegenomen. 3. De verhouding tussen individualiteit, beperking en maatschappij staat centraal, dit betreft de verbintenis met empowerment en emancipatie.

Openingsvraag:

Mensen met een chronische aandoening: ***Wat is uw chronische aandoening en wat is de reden dat u ergotherapie kreeg/krijgt?***

Ergotherapeuten: **Met welke doelgroep(en) werkt u en wat zijn vooral de handelingsproblemen van cliënten met chronische aandoeningen die u behandelt?**

Deelvraag ergotherapeuten:

1. ‘Welke ervaringen heeft u met ervaringskennis in de ergotherapie bij cliënten met een chronische aandoening?’

Onderwerpen:

- Voor Jacqueline: Hoe zou u ervaringskennis omschrijven?
- De rest: Bent u bekend met ervaringskennis, zo ja wat verstaat u eronder?
- Hoe gebruikt u ervaringskennis in de praktijk? (vervolgvraag: wat is voor u de waarde van ervaringskennis?)
- Biedt de inventarisatie van de ergotherapeut ruimte voor ervaringsverhalen? (OPHI-II, etnografisch raamwerk, cliëntstelsel, levensverhaal)
- Gaat ervaringskennis samen met richtlijnen, protocollen of methodieken? (Vervolgvraag: Hoe gaat u ermee om als u denkt dat het niet samengaat?)
- Wordt de kans gegeven voor inbreng van cliënten en cliëntstelsel
- Maakt u binnen uw behandeling gebruik van ervaringen/kennis van andere cliënten, rolmodellen, lotgroepen, groepsbehandelingen
- Visie van ervaringskennis en het implementeren hiervan
- Had u de indruk of gevoel dat mensen met een chronische aandoening het prettig vinden hun ervaringskennis met u te delen?
- Denkt u dat uw cliënten weten wat ervaringskennis is en hoe ze het kunnen gebruiken?

- Heeft u het wel eens met collega's over het gebruik van ervaringskennis? (waar gaat het dan over, merkt u dat collega's ervaringskennis gebruiken, op welke manier?)

Deelvragen mensen met chronische aandoening:

1. 'Het begrip ervaringskennis

Onderwerpen:

- Wat verstaat u onder ervaringskennis?
- Wat vindt u zelf wat uw ervaringskennis is?
- Het gevoel hebben dat het levensverhaal een rol kan spelen
- Heeft u ideeën of suggesties voor ergotherapeuten hoe ze ervaringskennis kunnen gebruiken in hun praktijk?

2. 'Hoe kijkt u aan tegen het delen van hun ervaringskennis tijdens de ergotherapie behandeling en wat ziet u als mogelijke dilemma's?'

Onderwerpen:

- Waarom vindt u ervaringskennis belangrijk, motivatie?
- Welke voordelen brengt ervaringskennis mee?
- Heeft u ervaringen bij de ergotherapie of bij andere zorgverleners dat zij gebruik maken van ervaringskennis? (Zo ja: op welke manier?) Is er in ieder geval sprake van een interesse?
- Wat kunt u zelf inbrengen bij ergotherapie, werd u ook uitgenodigd door de ergotherapeut om uw ervaringen of ervaringskennis in te brengen?
- Gevoel dat het levensverhaal gerespecteerd/herkend wordt
- Miste de ergotherapeut iets in de behandeling? (Levensverhaal (h)erkennen/respecteren,)
- Kreeg u het gevoel dat uw ergotherapeut uw ervaringskennis belangrijk vond?

Afronding: Heeft u verder nog aan- of opmerkingen wat nog belangrijk is om te vermelden. Zo niet, dan wil ik u bedanken voor uw tijd.

8.3 Thematische analyse

Hoofdthema	Subthema	Codes in rangschikking	Gebruikte interviews
Ervaringskennis-Ergotherapeut	Rol van cliënt	1. Ervaringen delen 2. Elkaar ondersteunen 3. Autonomie 4. Tegenspraak	<i>Alleen ET interviews</i>
Ervaringskennis-Ergotherapeut	Ervaringskennis	1. Gevolg ervaringskennis 2. Mening ervaringskennis-ET 3. Gebruik ervaringskennis-ET 4. Collega 5. Ervaringskennis richtlijn	<i>Alleen ET interviews</i>
Ervaringskennis-Ergotherapeut	Interventie ervaringskennis	1. Lotgenoten 2. Ervaringsdeskundige 3. Levensverhaal 4. Actieve rol cliënt	<i>Alleen ET interviews</i>
Ervaringskennis-Cliënt	Gebruik van ervaringskennis	1. Actieve rol 2. Kennis cliënt 3. Rol ervaringskennis 4. Mening ervaringskennis-Cliënt 5. Shared-decision making	<i>Alleen cliënt interviews</i>
Ervaringskennis-Cliënt	Chronische aandoening	1. Levensverhaal 2. Ziekte-inzicht 3. Cliëntsysteem 4. Lotgenoten 5. Ervaringen delen	<i>Alleen cliënt interviews</i>
Ervaringskennis-Cliënt & Ervaringskennis-Ergotherapeut	Gedrag cliënt	1. Verwachtingen 2. Tegenspraak 3. Weerstand	Alle interviews
Ergotherapie	Geven van ergotherapie	1. Ergotherapie interventie 2. Cliëntsysteem 3. Cliëntgericht 4. Voorlichting 5. Ziektebeeld begrijpen 6. Benaderingswijze 7. Groepsbehandelingen	<i>Alleen ET interviews</i>
Ergotherapie	Benadering ergotherapeut	1. Contact ergotherapeut 2. Cliëntgericht 3. Niet cliëntgericht 4. Communicatie	<i>Alleen cliënt interviews</i>
Ergotherapie	Ervaring ergotherapie	1. Ergotherapeutische doelen 2. Aanpassingen ergotherapie 3. Eigen wens 4. Hiërarchie 5. Ergotherapie interventie	<i>Alleen cliënt interviews</i>

Geen hoofdthema	Gezondheidszorg	1. Bureaucratie 2. Zorginstelling	Alle interviews
-----------------	-----------------	--------------------------------------	-----------------