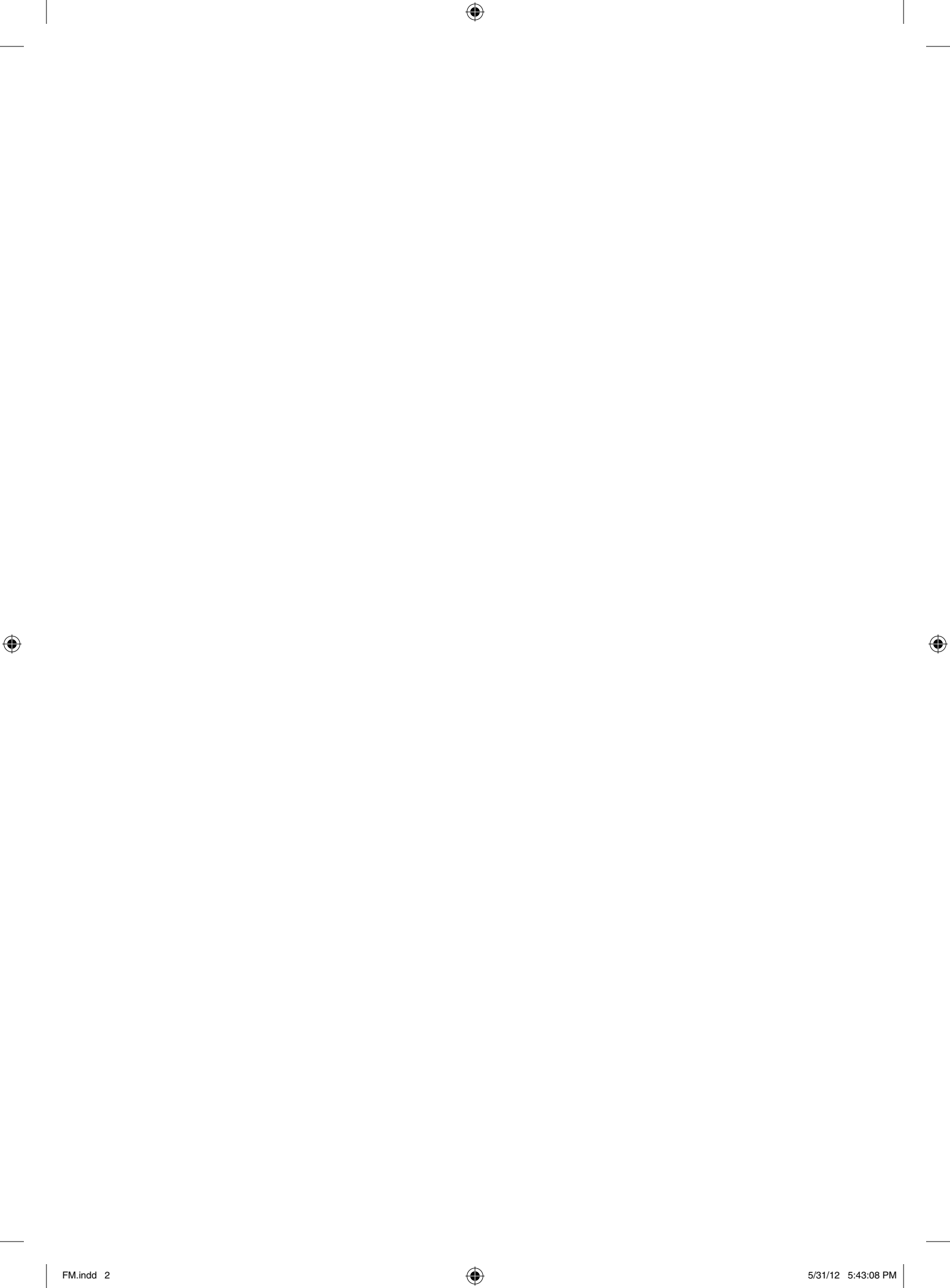


Grondslagen van de ergotherapie



Grondslagen van de ergotherapie

redactie

Mieke le Granse

Margo van Hartingsveldt

Astrid Kinébanian

derde druk

REED BUSINESS, AMSTERDAM

Eerste druk 1998

Eerste druk, tweede en derde oplage, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 1999 en 2003

Tweede druk, eerste t/m derde oplage, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2006, 2007 en 2009

Tweede druk, vierde oplage, Elsevier gezondheidszorg, Amsterdam 2011

Derde druk, Reed Business, Amsterdam 2012

© Reed Business, Amsterdam 2012

Illustraties en ontwerp mindmap: Nelleke Brongers
Omslagontwerp: Studio Bassa, Culemborg

Basisontwerp binnenwerk: Martin Majoor, Arnhem

Reed Business bv, Postbus 152, 1000 AD Amsterdam.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was, is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek

opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, <http://www.reprorecht.nl>). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, <http://www.stichting-pro.nl>). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

ISBN 978 90 352 3247 1

NUR 892

Voorwoord bij de derde druk

Grondslagen van de ergotherapie is al jaren voor veel ergotherapeuten en studenten ergotherapie een belangrijk en vooraanstaand boekwerk. Voor u ligt de derde editie, geactualiseerd naar de nieuwste inzichten. Dat vind ik te prijzen. Het is van belang dat een beroepsgroep zichzelf blijft onderrichten, bijscholen en de wil en daadkracht toont om inzichten aan te scherpen. Ergotherapeuten staan erom bekend erg actief te zijn in het uitbouwen van het beroep door middel van wetenschappelijk onderzoek. Men is sterk gericht op multidisciplinaire aanpak. En dat is vanuit mijn perspectief een belangrijk kenmerk voor consciëntieuze en cliëntgerichte zorgverlening.

En cliëntgerichte zorgverlening is een van de belangrijkste doelstellingen van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Daarom hebben wij het traject Door Cliënten Bekeken ontwikkeld, een traject naar kwaliteitsverbetering vanuit cliëntperspectief onder het motto 'Van meten naar verbeteren'. Meer dan duizend apotheken, tweehonderd huisartsen, honderd gezondheidscentra en tachtig oefentherapeuten werken met deze methode, die de dialoog tussen zorgverlener en cliënt tot stand brengt.

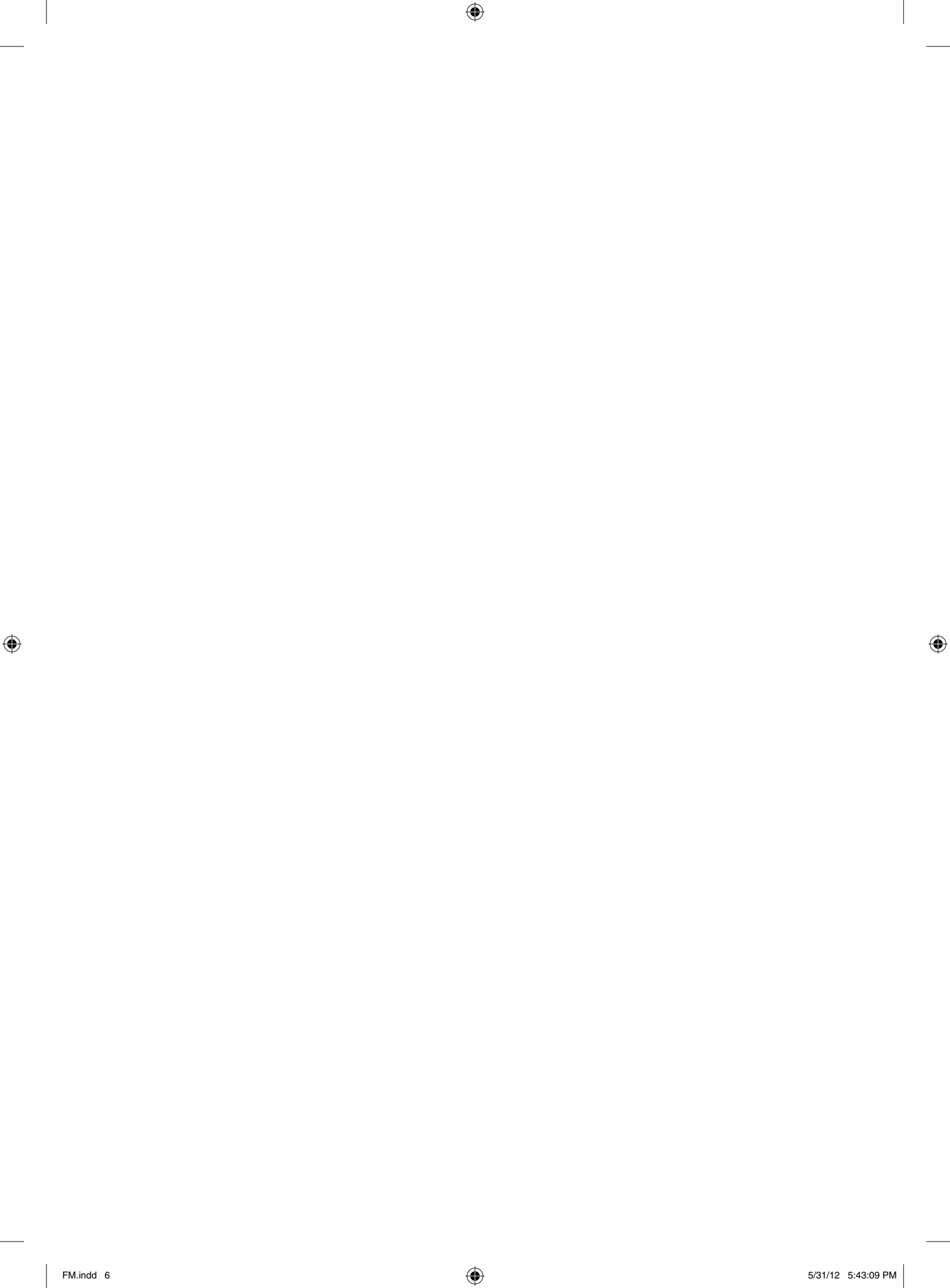
Na het meten van de ervaringen van cliënten werkt de zorgverlener via een gericht stappenplan samen met cliënten aan het verbeteren van de kwaliteit. 'Je krijgt echt een spiegel voorgehouden. Je ziet dan heel scherp wat je patiënten van je willen. Dat kan soms best confronterend zijn, maar het geeft je wel iets in handen om er samen met de zorgverleners iets aan te doen,' zegt een zorgverlener die het traject doorloopt. En cliënten ervaren het als positief dat hun

ervaring leidt tot daadwerkelijke verbetering van de zorgverlening. 'Iedereen in de wachtkamer kan horen wat er besproken wordt, ook binnenkomende telefoontjes zijn te volgen, adres van de patiënt, geboortedatum, medicijngebruik.' De patiënt zag dat zaken werden aangepast op basis van zijn ervaring en de zorgverlener was blij op deze manier te horen wat er volgens patiënten beter kan.

Luisteren naar wat cliënten van de zorgverlening vinden is een belangrijke bron op basis waarvan een therapeut zich verder kan verbeteren. Naast die praktijk is de theorie onmisbaar. Ook in *Grondslagen van de ergotherapie* staat aandacht voor de cliënt centraal. U leest over de ontwikkeling van ergotherapie en de beschrijving van het vakgebied van de ergotherapie en de handelingsgebieden. Want ergotherapie wordt vaak ingezet in revalidatie- en revalidatietrajecten, na bijvoorbeeld een ongeval of een CVA, reuma en tal van andere chronische aandoeningen. Ook bij psychische aandoeningen en/of verstandelijke beperkingen maakt een ergotherapeut vaak onderdeel uit van het behandelteam. Ergotherapeuten hebben dus te maken met veel verschillende typen cliënten.

Het uitgangspunt is: hoe kan de cliënt op weg geholpen worden om weer dagelijkse handelingen die voor hem belangrijk zijn al dan niet met hulpmiddelen zelfstandig uit te voeren? Ergotherapie is hierbij ondersteunend, adviserend en dicht bij de cliënt. En dat is waar u als therapeut het nu of straks allemaal voor doet.

Jopie Verhoeven
Voorzitter NPCF



Voorwoord bij de eerste druk

Grondslagen van de ergotherapie is het eerste Nederlandse leerboek over het beroep van ergotherapeut.

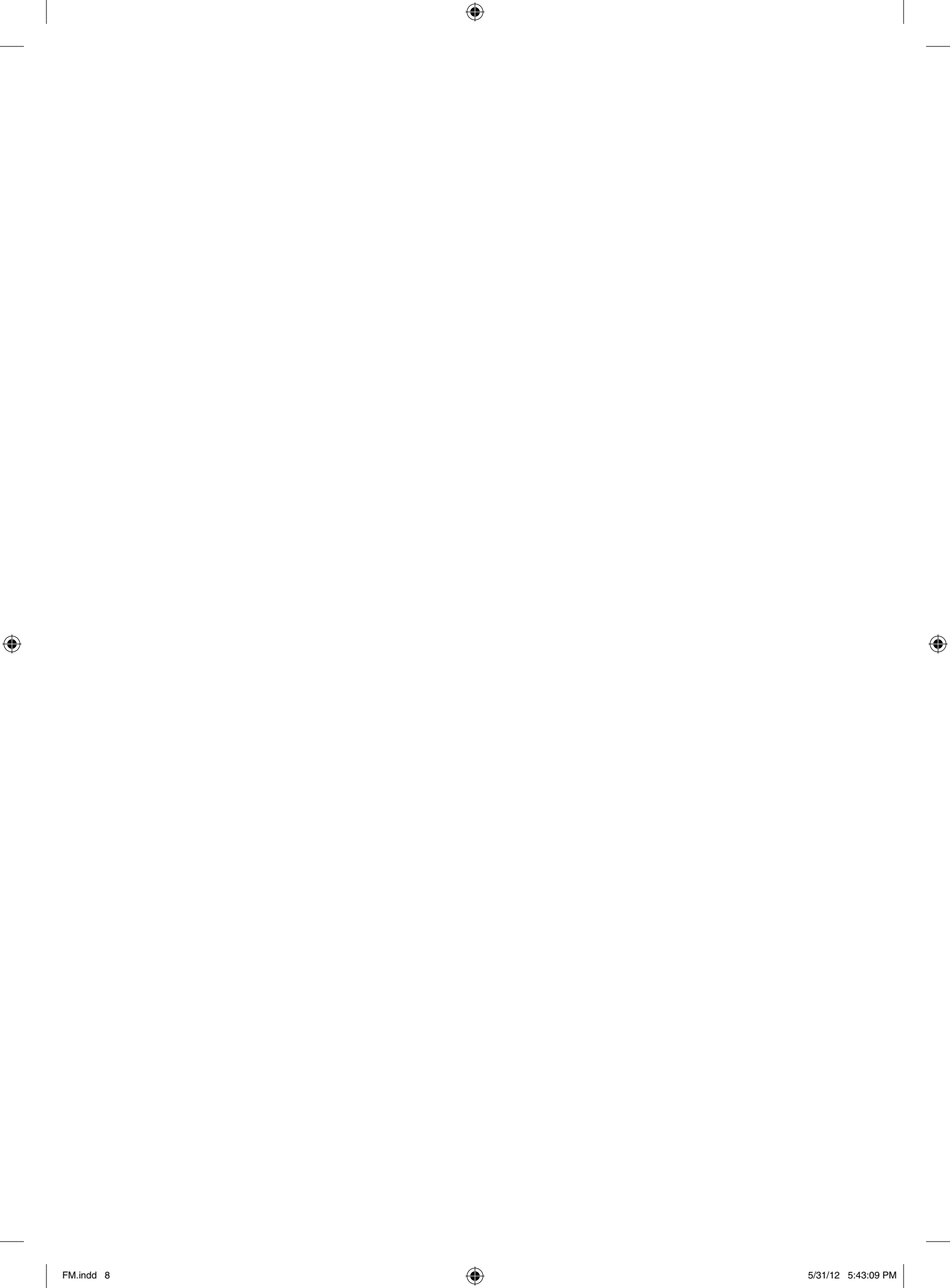
Het is in de eerste plaats een onderzoeksboek, waarin de grondslagen van de ergotherapie nader worden onderbouwd. Het is op eclectische wijze samengesteld, zodat de lezer kennismaakt met de ideeën van meerdere beroepsbeoefenaren en andere deskundigen. Ondanks de vele auteurs heeft de redactie zich ingespannen elke bijdrage haar plaats te geven binnen het 'Schema grondslagen van de ergotherapie'. De gekozen opzet zal dan ook alle gelegenheid geven om op een geobjectiveerde wijze de discussie rondom de grondslagen van de ergotherapie verder vorm te geven. Hopelijk zal een en ander resulteren

in een nadere profilering van plaats en functie van de ergotherapie binnen de gezondheidszorg.

Zoals een stevig fundament de basis vormt voor een goedgebouwd huis, zal *Grondslagen van de ergotherapie* een goede onderbouwing geven voor de overige, meer praktisch gerichte onderdelen van het vak. Hiermee levert het ook een substantiële bijdrage aan het transparanter maken en nader onderbouwen van de ergotherapeutische zorg, tot nut van de patiënt die deze zorg nu of in de toekomst nodig heeft.

Th. Koekenbier

Inspecteur voor de gezondheidszorg ten bate van de paramedische zorg



Voorwoord bij de tweede druk

Ruim acht jaar geleden verscheen dit leerboek voor het eerst. Het bracht toen al veel teweeg, want het zette een vrij jonge paramedische discipline als onmisbaar op de kaart van de gezondheidszorg. Deze tweede editie maakt deze positie nog duidelijker en toont tevens de wetenschappelijke kant van het vak.

Opvallend is dat de identiteit van het vak zo goed naar voren komt. De gezondheidszorg kende assistentie bij de activiteiten van het dagelijks leven (ADL) immers als slechts gericht op het in stand houden van het leven van de patiënt: wassen, aan- en uitkleden, transfer van bed naar stoel en terug, lichamelijke hygiëne (toiletgang, nagels knippen en dergelijke) en toedienen van voedsel. Ergotherapie geeft als aanvulling op deze strikte interpretatie aan dat het leven van een patiënt, zoals van elk mens, een sociaal leven is. Haar identiteit is dat zij samen met de cliënt oplossingen zoekt en uitprobeert zodat de cliënt zo veel mogelijk zelfstandig en maatschappelijk zinvol kan leven. Kernaspecten zijn communicatie en mobiliteit. Beperkingen daarin verkleinen de omvang en reikwijdte van de leefwereld en maken dat de patiënt niet meer midden in het leven staat. Beperkingen in communicatie en mobiliteit zijn in sociaal opzicht centrifugale krachten: hoe groter en ingrijpender ze zijn, hoe meer die leefwereld krimpt. Het opheffen van die centrifugale krachten lag weliswaar al ten grondslag aan de *occupational therapy*, maar heeft zich pas recentelijk ontwikkeld tot de identiteit van de ergotherapie, waarmee *Grondslagen van de ergotherapie* ons in staat stelt ten volle kennis te maken. Deze tweede editie laat zien dat de identiteit van de ergotherapie, als bondgenoot van de cliënt in zijn streven volledig te participeren in de maatschappij, zich steeds verder ontwikkelt.

Een discipline die samen met haar cliënt zo midden in het leven staat, ontwikkelt zich niet alleen van binnenuit, maar wordt tegelijkertijd gestimuleerd door actoren die haar omgeven en inbedden.

De belangrijkste daarvan zijn gezondheidszorg, maatschappelijk bestel en politiek.

De eigen ontwikkeling manifesteert zich in de groeiende aandacht voor en de bruikbare resultaten van onderzoek. Dat is enerzijds een heel goede zaak. Daarmee wordt de ergotherapie inzichtelijk. Zij kan daarmee verantwoording afleggen aan de cliënt, de verzekeraars, de werkgevers en de maatschappij. Anderzijds zou het bezwaarlijk zijn als onderzoek alleen mocht uitmonden in evidence-based practice. Dat zou wel het schijnbare nut van ergotherapie bewijzen, maar het zou daarmee ook de cliënt tekortdoen, daar kwaliteit van zorg bepaald wordt door meer factoren dan evidence alleen.

De techniek is de motor voor het ontwikkelen van nieuwe en het verbeteren van bestaande hulpmiddelen. De ruimtevaart draagt het meeste bij: lichtere materialen en duurzamere energiebronnen die meer kracht leveren. Het overzien van het arsenaal aan hulpmiddelen en het actueel houden van die kennis zal in toenemende mate aandacht vragen. De stimulansen uit de gezondheidszorg betreffen in het bijzonder de groeiende aandacht voor de vergrijzing van onze bevolking en het zelfstandig willen blijven wonen van chronisch zieke, gehandicapte en oudere mensen.

De vergrijzing zal nog sterker gaan vragen om meer en betere persoonlijke hulpmiddelen, aangepast bouwen, woningaanpassingen en toegankelijk openbaar vervoer. Hetzelfde geldt ten aanzien van chronisch zieke en gehandicapte mensen. Domotica zal misschien gemeengoed worden, maar thuiszorg zal het zorgenkind blijven. De taak van de ergotherapie bij de selectie van de juiste hulpmiddelen zal in de toekomst steeds groter worden. De behoefte aan training van cliënten om met zorg met hulpmiddelen en woningtechniek om te kunnen gaan, zal toenemen. Hoe ergotherapie in deze zaken cliënten kan adviseren, komt in dit boek uitgebreid aan de orde.

Het maatschappelijk bestel vraagt om meer aandacht voor mogelijkheden tot arbeid, zinvolle tijdsbesteding, recreatie en vakantie opdat eenieder blijvend kan participeren in de maatschappij. Sociale inclusie staat immers centraal in het sociale beleid in de Europese Unie. De nu nog weinig gerichte aandacht in de zorg voor de drie laatstgenoemde onderwerpen zal bijstelling behoeven. De specifieke bijdrage van de ergotherapie op deze handelingsgebieden wordt in dit boek in verschillende hoofdstukken beschreven.

De politiek wil in dit tijdsgewricht meerdere dingen tegelijkertijd:

- de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) van franje ontdoen zodat zij *Europa-proof* wordt;
- de Zorgverzekeringswet ten uitvoer brengen;
- door middel van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) burgers door gemeentelijke overheden beter en meer op maat doen verzorgen.

Idealen en o zo moeilijk te beteugelen bezuinigingsdrift gaan hierbij hand in hand. Dit alles maakt dat de discipline ergotherapie weliswaar cliëntgericht blijft functioneren, maar ook haar stem moet laten horen om in politiek Den Haag mee te tellen, bijvoorbeeld door een bijdrage te leveren aan de Haagse discussie over participatie voor alle burgers.

Tot slot een woord van dank bij de totstandkoming van dit omvangrijke leerboek. Een kleine redactiecommissie is de spin in het web geweest om alle draadjes (bijdragen, visies, meningen enzovoort) samen te brengen. Dat proces heb ik van tamelijk nabij kunnen volgen. Vandaar dat ik zonder namen te willen noemen iedereen heel hartelijk wil danken voor haar of zijn inbreng. Twee uitzonderingen zijn echter op hun plaats: geweldig bedankt, Astrid Kinébanian en Mieke le Gransel!

Drs. Jan Lips

Lid Raad van Advies van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie

Medewerkers

REDACTIE

Mieke le Granse

Mieke le Granse is docent ergotherapie en coördinator van de bacheloropleiding voor Duitse ergotherapeuten aan de Zuyd Hogeschool, Heerlen. Zij is sinds 1975 ergotherapeut en heeft haar opleiding Ergotherapie voltooid aan de toenmalige Revalidatieacademie Hoensbroeck, de tegenwoordige Zuyd Hogeschool in Heerlen. Naast haar opleiding tot ergotherapeut behaalde zij haar eerstegraadsbevoegdheid als docent Gezondheidszorgonderwijs en volgde zij de European Master of Science in Occupational Therapy. Na enkele jaren op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) te hebben gewerkt, startte ze als docent ergotherapie psychiatrie aan de Zuyd Hogeschool. In de periode van 1978 tot heden heeft zij een grote diversiteit aan taken uitgevoerd binnen de Zuyd Hogeschool: docent, stagebegeleider, afstudeerbegeleider, vakgroepcoördinator, lid van de kenniskring Autonomie en Participatie, coördinator bacheloropleiding voor Duitse ergotherapeuten en lid van het managementteam. In de loop der jaren heeft ze veel gepubliceerd, onder andere in de rol van auteur en mederedactielid van de tweede druk van *Grondslagen*, verder heeft ze meege schreven aan vele Duitstalige ergotherapieboeken en artikelen gepubliceerd in nationale en internationale ergotherapie- tijdschriften. Zij is mede-uitgever van het Duitstalige wetenschappelijk tijdschrift *Ergoscience*, lid van de redactieraad van het *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* en lid van de wetenschappelijke adviesraad Kompas van de hogeschool Bielefeld.

Mieke is actief binnen de Nederlandse beroepsvereniging Ergotherapie Nederland (EN) als lid van de commissie Internationale Betrekkingen (IB) en sinds 2010 als WFOT delegate voor Nederland. EN heeft haar onlangs 'de Astrid Kinébanianprijs 2012' toegekend, vanwege haar bijzondere bijdrage aan de ontwikkeling van de ergotherapie.

Ze is actief deelnemer aan vele congressen van onder andere ENOTHE, COTEC en WFOT, geeft lezingen en workshops, met een grote diversiteit aan thematiek (onderwijs en beroepsgericht) zowel nationaal als internationaal en heeft door haar werkzaamheden met Duitse collega's en Duitse studenten een groot netwerk en naamsbekendheid binnen en buiten Duitsland.

Margo van Hartingsveldt

Margo van Hartingsveldt is sinds 1 april 2011 werkzaam als opleidingsmanager Ergotherapie en programmeerder Participatie & Omgeving van het domein Gezondheid van de Hogeschool van Amsterdam (HvA). Ze studeerde af als ergotherapeut aan de opleiding Ergotherapie te Weesp in 1983, een voorloper van de huidige opleiding Ergotherapie aan de HvA. In 2003 behaalde ze haar Master of Science Paramedische Zorg aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) en het UMC St Radboud in Nijmegen. Margo is bezig met haar promotieonderzoek gericht op het ontwikkelen van een occupation- en context-based meetinstrument voor kleuters om te evalueren of zij at risk zijn voor het ontwikkelen van schrijfproblemen. Na haar opleiding heeft zij meer dan 25 jaar als kinderergotherapeut op verschillende plekken gewerkt: in de revalidatie, het academisch ziekenhuis, het regulier onderwijs en in een particuliere praktijk. In die periode heeft ze een jaar in Suriname en twee jaar op Curaçao gewerkt. Van 2003 tot 2011 was zij hoofd Ergotherapie, kinderergotherapeut en onderzoeker van de afdeling Revalidatie van het UMC St Radboud in Nijmegen. Zij heeft samen met Edith Cup en Madeleine Corstens-Mignot een drietal boeken geschreven over de observatie van de fijne motoriek en het (voorbereidend) schrijven: *Korte Observatie Ergotherapie Kleuters (KOEK, 2006)*, *de Standaard Observatie Ergotherapie Schrijven* en

Sensomotorische Voorwaarden (SOESSS, 2000) en de SOESSS-Volwassenen (SOESSS-V, 2006). Verder heeft zij, in opdracht van Ergotherapie Nederland, samen met Inka Logister-Proost en Astrid Kinébanian het *Beroepsprofiel ergotherapeut* (2010) geschreven. Daarnaast publiceert zij regelmatig in Nederlandse en internationale tijdschriften. Sinds 2005 geeft zij studiedagen nationaal en internationaal over kinderergotherapie en het gebruik van verschillende meetinstrumenten. Zij heeft de afgelopen jaren gastcolleges en workshops gegeven op de opleiding Ergotherapie van de HAN en zij geeft regelmatig lezingen op congressen in binnen- en buitenland.

Margo is betrokken bij ontwikkelingen binnen de beroepsvereniging Ergotherapie Nederland; als lid van de adviesgroep Kind & Jeugd, als lid van de programmacommissie van het jaarcongres 2010 en 2011 en als lid van de Raad van Advies.

Astrid Kinébanian

Astrid Kinébanian studeerde in 1964 af als arbeidstherapeute aan de Nederlandse Opleiding voor Arbeidstherapie in Amsterdam, een van de voorlopers van de huidige opleiding Ergotherapie van de Hogeschool van Amsterdam. Na haar opleiding ging zij naar de Verenigde Staten en werkte daar een jaar als *occupational therapist* in het Albany Medical Centre. Na terugkeer zette zij een afdeling Ergotherapie op in de Daniël den Hoed Kliniek, toentertijd een kliniek voor reuma- en kankerpatiënten.

Van 1971 tot 1977 was zij vicevoorzitter en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Arbeidstherapie (NVA), nu Ergotherapie Nederland (EN). In die periode werd de wettelijke erkenning van het beroep gerealiseerd. In 1976 behaalde zij haar doctoraal examen andragologie aan de Universiteit van Amsterdam. Van 1977 tot 1986 was zij adjunct-directeur en directeur van de opleiding Ergotherapie te Weesp. Na de fusie met de Hogeschool van Amsterdam was zij aldaar senior docent ergotherapie tot 2006. Daar voerde zij veel verschillende taken uit: onder andere docent, stagebegeleider, vakgroepcoördinator, afstudeerbegeleider, onderwijsontwikkelaar en coördinator van verschillende onderzoeks- en methodiekontwikkelingsprojecten. Van 1998 tot haar pensionering in 2006 was zij directeur van de European Master of Science in Occupational Therapy. Zij publiceerde vele artikelen in Nederlandse en buitenlandse ergotherapietijdschriften. Zij was (mede)auteur van verschillende boeken, waaronder *Werken aan arbeidsproblemen*,

methodische richtlijnen voor arbeidsrehabilitatie (Utrecht, 1995) en *Kleine wonderdjes: Verhalen over bijzondere ervaringen in de ergotherapie* (Den Haag, 2011). Van meet af aan was zij als redactielid en auteur betrokken bij de totstandkoming van *Grondslagen van de ergotherapie*. Zij was mede-auteur van het *Beroepsprofiel ergotherapeut* 2010. Op vele nationale en internationale ergotherapiesymposia heeft zij een presentatie gegeven. Samen met Marjan Stomph schreef zij in opdracht van de WFOT: Diversity Matters: Guiding Principles on Diversity and Culture, WFOT, 2010. Zij kregen daarvoor op het wereldcongres van ergotherapie in 2010 in Chili een Award of Excellence. Zij is lid van de adviesraad van het Duitstalige wetenschappelijk tijdschrift *Ergoscience* en lid van de redactieraad van het *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie*. Tevens was zij reviewer voor het *Occupational Therapy Journal of Research* van 2004 tot 2008 en ze is nu nog reviewer voor het *Scandinavian Journal of Research*. In september 2006 ging Astrid Kinébanian met pensioen. Bij die gelegenheid werd zij, voor haar bijdrage aan de ontwikkeling van de ergotherapie, door koningin Beatrix benoemd tot Officier in de Orde van Oranje Nassau. Ergotherapie Nederland (EN) stelde bij haar pensionering de Astrid Kinébanian prijs in, een tweejaarlijkse prijs voor een ergotherapeut die een bijzonder bijdrage geleverd heeft aan de ontwikkeling van de ergotherapie.

AUTEURS

Marion Ammeraal, MSc OT, ergotherapeut. Stafmedewerker/ergotherapeut in de praktijk, Actenz, onderdeel GGZ inGeest partner Vumc Amsterdam en Zuid Kennemerland.

Erica Baarends, PhD, MSc Bewegingswetenschappen, ergotherapeut. Docent Ergotherapie/lid kenniskring Professionalisering van het onderwijs, Zuyd Hogeschool, Heerlen.

Annika Berzins, ergotherapeut in multidisciplinaire eerstelijns kinderpraktijk, Wesel, Duitsland.

Kim Bisschop, ergotherapeut. Manager externe betrekkingen/docent, Instituut voor Gezondheidszorg, Hogeschool Rotterdam.

Bea van Bodegom, MA Management en innovatie, ergotherapeut. Consultant/docent/onderzoeker, Van Bodegom advies Arnhem, Hogeschool Arnhem Nijmegen.

Hanneke van Bruggen, Bsc Hon. Dscie FWOT. Directeur, FAPADAG (Facilitation and Participation of Disadvantaged Groups).

Edith Cup, PhD, MSc Gezondheidswetenschappen, ergotherapeut. Senior onderzoeker afdeling Revalidatie/ergotherapeut in de praktijk, UMC St Radboud, Nijmegen.

Ramon Daniëls, PhD, MSc OT, ergotherapeut. Docent en lid managementteam opleiding Ergotherapie/senior

- onderzoeker Kenniskring Autonomie en Participatie, Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Mendy Derksen**, ergotherapeut in de praktijk en trainer/coach, Fysiotherapiepraktijk Weustink, Wijk bij Duurstede/Academie voor zelfstandigheid, Leiden.
- Huget Désiron**, MSc Arbeid en gezondheid, ergotherapeut, eur.ergonome. Docent/onderzoeker/zaakvoerder ACT Desiron, Provinciale Hogeschool Limburg, Hasselt, Departement Arbeid en verzekeringsgeneeskunde KU Leuven/Arbeids Consulting Team Hasselt.
- Hetty Franssen**, MSc OT, ergotherapeut. Hoofd opleiding Ergotherapie, Ecole des Sciences et Techniques de la Santé de Tunis, Université Tunis, El Manar, Tunesië.
- Maud Graff**, PhD, MSc Gezondheidswetenschappen, ergotherapeut. Senior onderzoeker afdeling Revalidatie en afdeling IQ Healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen.
- Mieke le Granse**, MSc OT, ergotherapeut. Docent, coördinator Bachelorstudiengang voor Duitse ergotherapeuten, delegate WFOT, redactielid Ergoscience, Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Margovan Hartingsveldt**, MSc Paramedischewetenschappen, ergotherapeut. Opleidingsmanager Ergotherapie/programmeerder kenniskring Participatie & Omgeving, Hogeschool van Amsterdam.
- Jeanne Heijkers**, MSc Gezondheidswetenschappen, ergotherapeut. Docent/onderzoeker/lid kenniskring Technologie in de zorg, Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Anke Heijnsman**, MSc Gezondheidswetenschappen, ergotherapeut. Docent Hogeschool Rotterdam.
- Jolien van den Houten**, MSc of Health Professions Education, ergotherapeut. Docent en medewerker kenniskring Autonomie en participatie, Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Paul van der Hulst**, MSc Occupation and Health (NSPOH), ergotherapeut. Docent Hogeschool van Amsterdam.
- Adrie Kanis**, bachelor Wijsbegeerte. Ergotherapeut, fysiotherapeut, Woonzorgconcern IJsselheem, Zwolle.
- Astrid Kinébanian**, MSc Andragologie, ergotherapeut. Voorheen docent en directeur European Master of Science in Occupational Therapy, Hogeschool van Amsterdam.
- Frank Kronenberg**, ergotherapeut. Internationaal gastdocent/onderzoeker/directeur Shades of Black Works Kaapstad Zuid-Afrika, Zuyd Hogeschool Heerlen/Universidad Andres Bello Chili/University of the Western Cape Zuid-Afrika/University of Salford England.
- Robbert Kruijne**, MSc OT, ergotherapeut. Ergotherapeut in de praktijk/docent, AMC afdeling Acute stoornissen psychiatrie/Hogeschool van Amsterdam.
- Chris Kuiper**, PhD, ergotherapeut. Directeur voor Zorg en Onderwijs/lector participatie Kenniscentrum Zorginnovatie, Horizon, Instituut voor jeugdzorg en onderwijs/Hogeschool Rotterdam.
- Anne Labee**, ergotherapeut in de praktijk, Rijndam revalidatiecentrum, RVE neurorevalidatie en Rivas, locatie Lingesteyn.
- Inka Logister-Proost**, ergotherapeut. Freelance docent en tekstschrijver/ergotherapeut in de praktijk, Ergowijs/Stichting AriensZorgpalet te Enschede.
- Bart Mistiaen**, ergotherapeut. Docent/trajectcoördinator Wellnesscoaching, HOWEST Hogeschool West Vlaanderen.
- Fenna van Nes**, MSc OT, ergotherapeut. Educational director European Master of Science in Occupational Therapy/docent/onderzoeker/lid Kenniskring Lectoraat Participatie en Omgeving, Hogeschool van Amsterdam.
- Bie Op de Beeck**, ergotherapeut. Docent/ergotherapeut in de praktijk, Katholieke Hogeschool Kempen/Behandelpraktijk voor cognitieve revalidatie.
- Barbara Piškur**, MSc OT, ergotherapeut. Docent/onderzoeker/lid kenniskring Autonomie en Participatie, Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Soemito Poerbodipoero**, MSc Bewegingswetenschappen, ergotherapeut. Programmamanager opleiding Ergotherapie/docent/onderzoeker/lid lectoraat Participatie en Omgeving, Hogeschool van Amsterdam.
- Ton Satink**, MSc OT, ergotherapeut. Docent/onderzoeker/lid kenniskring neurorevalidatie, stafdocent European Master of Science in Occupational Therapy, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Hogeschool van Amsterdam.
- Ellen Sloodman**, ergotherapeut. Kinderergotherapeut in de praktijk/docent, RMC Groot Klimmendaal, Arnhem/Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Els Spaargaren**, MSc OT, ergotherapeut. Kinderergotherapeut in de praktijk, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, VU medisch centrum, Amsterdam.
- Inge Speth-Lemmens**, MSc Health Profession Education, ergotherapeut. Docent, Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Mark Steensels**, ergotherapeut. Docent, Katholieke Hogeschool Kempen.
- Esther Steultjens**, PhD, MSc Neuropsychologie, ergotherapeut. Associate lector neurorevalidatie/senior onderzoeker, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Marjan Stomph**, MSc OT, ergotherapeut. Freelance docent/trainer en coach, Cliëntenbelang, Amsterdam.
- Sander Taam**, ergotherapeut. Ergotherapeut in de praktijk, Ergotherapie Noord Holland, Alkmaar.
- Dominique Van de Velde**, PhD, MSc OT, ergotherapeut. Curriculumvoorzitter opleiding Ergotherapie, programmadirecteur interassociatieve master in de ergotherapie-wetenschap, Arteveldehogeschool en Universiteit Gent.
- Linda van der Velden**, ergotherapeut, Volckaert-SBO, Dongen en Oosterhout.
- Joan Verhoeve**, MSc Bewegingswetenschappen, ergotherapeut. Docent ergotherapie/onderzoeker kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam.
- Liesbeth de Vries**, MSc OT, ergotherapeut. Ergotherapeut in de praktijk/onderzoeker afdeling Revalidatie, UMC St Radboud, Nijmegen.
- Linda Walgemoet**, ergotherapeut. Ergotherapeut in de praktijk, 's Heeren Loo, Ermelo/Ergotherapiepraktijk Veluwe, Nijkerk.
- Marieke Werrij**, PhD, MSc Gezondheidswetenschappen. Docent, Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Pieter Wouda**, ergotherapeut. Docent, Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Annerie Zalmstra**, ergotherapeut. Docent, voorzitter managementteam, Zuyd Hogeschool, Heerlen.

KLANKBORDGROEP

Jacqueline Coppers, ergotherapeut in de praktijk, GGZ Midden-Holland, onderdeel van Rivierduinen, Gouda.

Nele Debats, MSc Gezondheidswetenschappen, ergotherapeut. Docent Katholieke Hogeschool Kempen, Geel.

Inge van der Leij-Hemmen, MSc OT, kinderergotherapeut in de praktijk, Kinderergotherapie in Drenthe, Sleen.

Renee Marchal, student, lid opleidingscommissie Zuyd Hogeschool, Heerlen.

Barry Nugteren, ergotherapeut in de praktijk GGZ en neuro-revalidatie/praktijkhouder/docent, Ergotherapiepraktijk Zuid-Limburg, Maastricht.

Karen Van de Putte, MSc Medisch-sociale wetenschappen, ergotherapeut. Opleidingscoördinator ergotherapie/docent, Arteveldehogeschool, Gent.

Sara Taels, ex-student Katholieke Hogeschool Kempen, ergotherapeut. Student master of science in de seksuologie, Katholieke Universiteit Leuven.

Merel van Uden, ergotherapeut. Senior adviseur/trainer bij De VRAAG centraal, Bureau voor ondersteuning bij cliënt-gerichte innovaties in de langdurende zorg, Kortenhoef.

Marc Warmoes, ergotherapeut. Docent/coördinator onderwijs- en studentenbeleid ergotherapie, Arteveldehogeschool, Gent.

ADVISEURS

Jochen Bilderbeek, ergotherapeut, Adapt ergotherapie, praktijk voor eerstelijns ergotherapie.

AnneMie Engelen, ergotherapeut. Docent, Hogeschool Gent, Faculteit mens en Welzijn, Opleiding ergotherapie.

Saskia Hofstede, MSc OT, ergotherapeut. Docent HvA/docent pro education, adviseur community development, Hogeschool van Amsterdam.

Remco Klopper, ergotherapeut, WoonZorgcentra Haaglanden (WZH), intramuraal (verpleeghuis) en eerste lijn (EEE, verzorgingshuis).

Stephanie Saenger, ergotherapeut. Ergotherapeut/trainer/coach/eigenaar Rolmaat, COTEC delegate, ENOTHE link person en board member, Rolmaat, Abcoude.

Pieter Vaes, ergotherapeut. Docent Provinciale Hogeschool Limburg Hasselt, stafid CGG Vlaams Brabant Oost.

Marianne de Lange, ergotherapeut in de praktijk, Van-boeijen, organisatie voor zorg en begeleiding aan mensen met een verstandelijke handicap, Assen.

Dorothee Wassink, ergotherapeut. Hoofd zorgteam ergotherapie en handtherapie, Isala klinieken, Zwolle.

Jonny Peeters, ergotherapeut (gepensioneerd). Voorzitter Vlaams ergotherapeutenverbond VZW, Eeklo.

Inhoud

Inleiding 21

Totstandkoming	21
Nieuw in de derde druk	22
Structuur van het boek	22
Opbouw van het boek	24
Dank	25
Perspectief	26
Nota bene	26
Literatuur	27

Deel I Plaatsbepaling van de ergotherapie

Verhaal uit de praktijk 1 Hoe een eendje een lost case redde! 31

Astrid Kinébanian en Linda Walgemoet

1 Oorsprong en ontwikkeling van het beroep 33

Astrid Kinébanian en Dominique Van de Velde

1.1	Inleiding	34
1.2	Het begrip 'ergotherapie'	34
1.3	De Europese wortels van de ergotherapie, 1780-1850	34
1.4	Ontwikkelingen in de Verenigde Staten, 1910-1940	36
1.5	Ontwikkelingen in Europa, 1910-1940	39
1.6	De Verenigde Staten en Europa, 1940-1980	43
1.7	De Verenigde Staten en Europa, 1980-2012	44
1.8	De oorsprong van ergotherapie in Nederland en België, 1900-1945	46
1.9	De ontwikkeling in Nederland, 1945-2012	46
1.10	De ontwikkeling in België, 1945-2012	54

1.11	Professionalisering van de ergotherapie in Nederland en België	59
1.12	De nabije toekomst van het beroep	67
1.13	Suggesties voor verdere discussie	68
1.14	Samenvatting	69
	Literatuur	69

2 Kerndomein van de ergotherapie 73

Ton Satink en Dominique Van de Velde

2.1	Inleiding	73
2.2	Paradigma van de ergotherapie	74
2.3	Uitgangspunten voor het handelen	75
2.4	Elementen van het handelen	77
2.5	Ordering van het concept handelen	83
2.6	Veranderen door handelen – handelen door veranderen	84
2.7	Participatie	87
2.8	Conclusie	92
2.9	Discussie	92
2.10	Samenvatting	92
	Literatuur	92

3 Het beroep in een veranderende maatschappij 95

3a Maatschappelijke ontwikkelingen en de plaats van de ergotherapie 97

Bea van Bodegom en Huget Désiron

3a.1	Inleiding	97
3a.2	Positie van ergotherapie	98
3a.3	Ontwikkelingen in de samenleving	100
3a.4	Ontwikkelingen in welzijn: 'erbij horen' en 'meedoen'	104
3a.5	Ontwikkeling naar gezondheid 2020	107
3a.6	Discussie	109
3a.7	Samenvatting	110
	Literatuur	110

3b De dynamiek van samenwerken 113

Adrie Kanis en Marion Ammeraal

- 3b.1 Inleiding 113
- 3b.2 Wat is samenwerken? 113
- 3b.3 Samenwerken in de veranderende praktijk 118
- 3b.4 Discussie 123
- 3b.5 Samenvatting 123
Literatuur 124

4 Herstelondersteuning, op weg naar zelfmanagement, empowerment en inclusie 127

Inka Logister-Proost en Marion Ammeraal

- 4.1 Inleiding 127
- 4.2 Kwetsbare burgers 128
- 4.3 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg voor kwetsbare burgers 130
- 4.4 Zelfmanagement 131
- 4.5 Herstel, empowerment, ervaringsdeskundigheid (HEE) 132
- 4.6 Herstelondersteuning 135
- 4.7 Rehabilitatie 137
- 4.8 Rehabilitatie: de context 137
- 4.9 Rehabilitatie: methodieken 140
- 4.10 Rehabilitatiedomeinen en persoonlijke domeinen 141
- 4.11 Discussie 142
- 4.12 Samenvatting 144
Literatuur 145

5 Ergotherapie gericht op sociaal-maatschappelijke veranderingen 149

Frank Kronenberg en Hetty Franssen

- 5.1 Inleiding 149
- 5.2 Visie op gezondheid, menselijk handelen en participatie vanuit sociaal-maatschappelijk perspectief 150
- 5.3 Ontwikkelingen in de ergotherapie met betrekking tot sociaal-maatschappelijke perspectieven 153
- 5.4 Wat kunnen we leren van CBR? 155
- 5.5 Een gemeenschapsgerichte aanpak 157
- 5.6 Sociaal-politieke vaardigheden en maatschappelijke betrokkenheid 160
- 5.7 Het verkennen van situaties en processen vanuit politiek perspectief: analyse(s) en illustratie(s) van 'maatschappijgerichte ergotherapie' 161

- 5.8 Discussie 166
- 5.9 Samenvatting 169
Literatuur 169

6 Internationale context 173

Hanneke van Bruggen en Mieke le Granse

- 6.1 Inleiding 173
- 6.2 Globalisering en internationalisering 174
- 6.3 Mondiale verdragen en beleidslijnen 176
- 6.4 EU-principes en beleidslijnen 177
- 6.5 De belangrijkste internationale beroepsverenigingen en netwerken 179
- 6.6 Discussie 189
- 6.7 Samenvatting 189
Literatuur 189

7 Internationale classificaties in de gezondheidszorg 193

Edith Cup en Astrid Kinébanian

- 7.1 Inleiding 193
- 7.2 Classificaties 193
- 7.3 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) 195
- 7.4 ICF en de taxonomie van het handelen in de ergotherapie 200
- 7.5 Toepassingen van de ICF 202
- 7.6 Discussie 203
- 7.7 Samenvatting 204
Literatuur 204

Deel II De cliënt, het handelen, de context en de ergotherapeut

Verhaal uit de praktijk 2 Daniëlles droom 209

Ellen Slootman

8 Cliënt 211

Mieke le Granse en Chris Kuiper

- 8.1 Inleiding 211
- 8.2 Wie is de cliënt? 211
- 8.3 Context 215
- 8.4 Dialooggestuurde zorg 218
- 8.5 Concepten binnen dialooggestuurde zorg 224
- 8.6 Discussie 227
- 8.7 Samenvatting 228
Literatuur 228

9 Ergotherapeut 231

Edith Cup en Margo van Hartingsveldt

- 9.1 Inleiding 232
- 9.2 Het gebruik van jezelf (use of self) 232
- 9.3 De cliëntgecentreerde ergotherapeut 233
- 9.4 Mogelijk maken van het handelen 234
- 9.5 Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE) 238
- 9.6 Directe toegankelijkheid ergotherapie (DTE) 243
- 9.7 Creativiteit 244
- 9.8 Idealen en rollen van de ergotherapeut 245
- 9.9 Ondernemen en profileren 245
- 9.10 Discussie 246
- 9.11 Samenvatting 247
- Literatuur 247

10 Vraaggericht werken en diversiteit 251

Marjan Stomph en Soemitro Poerbodipoero

- 10.1 Inleiding 251
- 10.2 Diversiteit: wat is het en hoe ziet het eruit? 252
- 10.3 Cultuur 254
- 10.4 Ergotherapie en diversiteit: internationale leidraad 256
- 10.5 Maatregelen ter verbetering van aansluiting van de zorg in het licht van diversiteit 265
- 10.6 Discussie 266
- 10.7 Samenvatting 266
- Literatuur 267

11 Context 271

Fenna van Nes en Anke Heijnsman

- 11.1 Inleiding 271
- 11.2 Context en ergotherapie 272
- 11.3 De fysieke omgeving 274
- 11.4 De sociale omgeving 278
- 11.5 De culturele context 280
- 11.6 De temporele context 282
- 11.7 De virtuele context 282
- 11.8 Technologie en context 283
- 11.9 Context en ergotherapeutisch handelen 284
- 11.10 Discussie 285
- 11.11 Samenvatting 285
- Literatuur 285

12 Ontwikkeling van het handelen 287

Margo van Hartingsveldt en Jolien van den Houten

- 12.1 Inleiding 287
- 12.2 Een handelingsperspectief op ontwikkeling 288
- 12.3 Ontwikkeling 289
- 12.4 Het interactieperspectief 290
- 12.5 Ontwikkeling van handelingscompetenties op microniveau: de handeling 291
- 12.6 Ontwikkeling van het handelen op mesoniveau: het individu 292
- 12.7 Determinanten van het handelen 294
- 12.8 De evolutionaire ontwikkeling van het handelen op macroniveau: de menselijke soort 299
- 12.9 Interactie van de drie niveaus 301
- 12.10 Discussie 301
- 12.11 Samenvatting 302
- Literatuur 302

13 Handelingsgebieden 305

Margo van Hartingsveldt

- 13.1 Inleiding 305
- 13.2 Het dagelijks en maatschappelijk handelen 306
- 13.3 Tijdsbesteding 306
- 13.4 Betekenis van het handelen 308
- 13.5 Balans in het handelen 309
- 13.6 Uitgesloten zijn van handelen 309
- Literatuur 310

13a Wonen en zorgen 313

Jeanne Heijkers en Robbert Kruijne

- 13a.1 Inleiding 314
- 13a.2 Wonen 314
- 13a.3 Zorgen 323
- 13a.4 Discussie 328
- 13a.5 Samenvatting 330
- Literatuur 330

13b Leren en werken 333

Jolien van den Houten en Chris Kuiper

- 13b.1 Inleiding: leren en werken 333
- 13b.2 Leren op school 337
- 13b.3 Leren op het werk 345
- 13b.4 Werken 346
- 13b.5 De cliënt (cliëntgecentreerd) 348
- 13b.6 Gerichtheid op het handelen (occupation-based) 349

- 13b.7 Ergotherapeutisch handelen
(evidence-based) 350
- 13b.8 Discussiepunten 352
- 13b.9 Samenvatting 353
Literatuur 354

13c Spelen en vrije tijd 359

Els Spaargaren en Sander Taam

- 13c.1 Inleiding 359
- 13c.2 Spelen en vrije tijd gedurende de levensloop 359
- 13c.3 Spelen 360
- 13c.4 Vrijetijdsbesteding 369
- 13c.5 Discussie: kansen, uitdagingen en bedreigingen 374
Literatuur 375

Deel III Theoretische onderbouwing: modellen en frameworks

Verhaal uit de praktijk 3 Koude pap 381

Kim Bisschop

14 Begrippen begrijpen: de onderbouwing van ergotherapiemodellen 383

Astrid Kinébanian en Inka Logister-Proost

- 14.1 Inleiding 383
- 14.2 De begrippen in schema gezet 384
- 14.3 Visie en missie 386
- 14.4 Paradigma 387
- 14.5 Kennis, theorie en referentiekaders 388
- 14.6 Methode, methodiek en methodisch handelen 392
- 14.7 Modellen algemeen: wat is het wel en wat is het niet? 392
- 14.8 Inhoudsmodellen in de ergotherapie 393
- 14.9 Ergotherapieprocesmodellen 397
- 14.10 Discussie 406
- 14.11 Samenvatting 407
Literatuur 407

15 Het Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) en het Canadian Performance Process Framework (CPPF) 411

Margo van Hartingsveldt en Barbara Piškur

- 15.1 Inleiding 411
- 15.2 Het CMOP-E: achtergrond, theoretische onderbouwing en structuur 412

- 15.3 Het Canadian Performance Process Framework (CPPF) 418
- 15.4 Discussie 427
- 15.5 Samenvatting 427
Literatuur 427

16 Model Of Human Occupation (MOHO) 431

Joan Verhoef en Annerie Zalmstra

- 16.1 Achtergrond, oorsprong en ontwikkeling 431
- 16.2 Theoretische onderbouwing 432
- 16.3 Structuur van het model 434
- 16.4 Visie van het MOHO op de mens, handelen en verandering 439
- 16.5 Praktische toepassing van het MOHO 442
- 16.6 Discussie 447
- 16.7 Samenvatting 448
Literatuur 448

17 Het Kawa-model 451

Bart Mistiaen en Liesbeth de Vries

- 17.1 Inleiding 451
- 17.2 Achtergrond, oorsprong en ontwikkeling van het model 451
- 17.3 Theoretische onderbouwing 452
- 17.4 Structuur van het model 453
- 17.5 Visie op de mens, handelen, interventie en verandering 454
- 17.6 Discussie 459
- 17.7 Samenvatting 460
Literatuur 460

18 Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) 461

Inka Logister-Proost

- 18.1 Inleiding 461
- 18.2 Achtergrond, oorsprong en ontwikkeling van het raamwerk 461
- 18.3 Theoretische onderbouwing 461
- 18.4 Structuur van het OTPF 462
- 18.5 Domein 463
- 18.6 Proces 467
- 18.7 Visie van het OTPF op de mens en het handelen 473
- 18.8 Discussie 473
- 18.9 Samenvatting 476
Literatuur 476

19 Een aantal occupation-based ergotherapiemodellen 479

Mieke le Granse, Inka Logister-Proost en Bie Op de Beeck

- 19.1 Inleiding 479
- 19.2 Person-environment-occupation-performance (PEOP) 480
- 19.3 Person-environment-occupation (PEO) 482
- 19.4 Occupational Adaptation (OA) 483
- 19.5 Occupational Performance Model Australia (OPMA) 484
- 19.6 Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) 487
- 19.7 Bieler Model 490
- 19.8 Cognitive Disabilities Model (CDM) 492
- 19.9 Discussie 494
- 19.10 Samenvatting 494
Literatuur 495

Deel IV Ergotherapie in de praktijk

Verhaal uit de praktijk 4 Balen aan de balie 499

Kim Bisschop

20 Methodisch handelen 503

Inka Logister-Proost en Mark Steensels

- 20.1 Inleiding 503
- 20.2 Methodisch handelen 504
- 20.3 Vraagstelling 505
- 20.4 Probleeminventarisatie en -analyse 508
- 20.5 Doelbepaling en plan van aanpak 514
- 20.6 Uitvoering plan van aanpak 519
- 20.7 Evaluatie en nazorg 521
- 20.8 Discussie/reflectie 524
- 20.9 Samenvatting 527
Literatuur 527

21 Professioneel redeneren 529

Ramon Daniëls en Joan Verhoef

- 21.1 Inleiding 529
- 21.2 Het redeneren van ergotherapeuten 530
- 21.3 Professioneel redeneren en besluitvorming 537
- 21.4 De kritische professional 541
- 21.5 Discussie 543
- 21.6 Samenvatting 544
Literatuur 545

22 Gezondheidsbevordering 547

Marieke Werrij en Ramon Daniëls

- 22.1 Inleiding 547
- 22.2 Preventie en gezondheidsbevordering 548
- 22.3 De plaats van gezondheidsbevordering binnen het Nederlandse gezondheidsbeleid 550
- 22.4 Gezondheidsbevordering binnen de ergotherapie 550
- 22.5 Het ontwikkelen van een effectieve gezondheidsbevorderende interventie 554
- 22.6 Discussie 559
- 22.7 Samenvatting 560
Literatuur 561

23 Analyse van het handelen en activiteiten 563

Erica Baarends en Inge Speth-Lemmens

- 23.1 Inleiding 563
- 23.2 Therapeutische waarde van het handelen 564
- 23.3 Verschil tussen handelen en activiteiten volgens Pierce 565
- 23.4 Analyse van het handelen en analyse van activiteiten 566
- 23.5 Praktische werkmodellen van analyse van het handelen en van de activiteiten 569
- 23.6 Werkmodel voor de analyse van het handelen en de activiteiten 572
- 23.7 Enkele praktijkvoorbeelden 572
- 23.8 Discussie 577
- 23.9 Samenvatting 578
Literatuur 578

24 Assessments in de ergotherapie 579

Margo van Hartingsveldt, Linda van der Velden, Anne Labee, Annika Berzins en Mendy Derksen

- 24.1 Inleiding 579
- 24.2 Assessments 580
- 24.3 Klinimetrische eigenschappen 580
- 24.4 Methoden 581
- 24.5 Resultaten 583
- 24.6 Discussie 597
- 24.7 Samenvatting 598
Literatuur 599

25 Kwaliteitszorg 601

Paul van der Hulst en Pieter Wouda

- 25.1 Inleiding 601
- 25.2 Het perspectief van de cliënt 603

- 25.3 Het perspectief van de ergotherapeut 607
- 25.4 Kwaliteitszorg op het niveau van de afdeling, het team en de organisatie (mesoniveau) 609
- 25.5 Systematisch werken aan kwaliteit op landelijk niveau 613
- 25.6 Discussie 617
- 25.7 Samenvatting 617
Literatuur 618

26 Ergotherapie en wetenschappelijk onderzoek 621

Esther Steultjens en Maud Graff

- 26.1 Inleiding 621
- 26.2 De wetenschappelijke methode 621
- 26.3 Stand van zaken ergotherapie en wetenschappelijk onderzoek 628
- 26.4 Wetenschappelijk onderzoek en evidence-based practice 630

- 26.5 De kwaliteit van onderzoek 637
- 26.6 Ethische aspecten 638
- 26.7 Discussie 638
- 26.8 Samenvatting 639
Literatuur 639

Verhaal uit de praktijk – 5 Tom timmert gat in zijn cv dicht 643

Sander Taam

Verhaal uit de praktijk – 6 Zal ik een foto van je mailen of wil je eerst koffie 645

Sander Taam

Verklarende woordenlijst 647

Afkortingen 673

Register 679

Inleiding

In deze derde, geheel herziene druk van *Grondslagen van de ergotherapie* is het redactieteam uitgebreid met Margo van Hartingsveldt. Samen met de auteurs hebben we als redactie met veel plezier aan de derde druk gewerkt. We zijn erg trots en blij met het resultaat – misschien bent u wel meteen gestart met de online versie en leest u deze inleiding nu op de computer. Ten opzichte van de tweede druk is de opzet grotendeels hetzelfde gebleven, wat betreft de inhoud zijn er veel vernieuwingen doorgevoerd, die laten zien dat het beroep van ergotherapeut op dit moment een snelle professionalisering doormaakt. De vernieuwingen zijn gebaseerd op de toename van wetenschappelijk onderzoek in de ergotherapie, waardoor de theoretische onderbouwing van het beroep toeneemt. Daarnaast zorgen de vermaatschappelijking van de zorg en de toegenomen focus op gezondheid en welzijn ook voor veel ontwikkelingen in de ergotherapie.

TOTSTANDKOMING

Grondslagen van de ergotherapie wordt in Nederland en Vlaanderen veel gebruikt. De herziening is gestart met een enquête onder docenten en studenten van de opleidingen Ergotherapie in Nederland en Vlaanderen. Uit deze enquête, die door vijftig personen is ingevuld, blijkt dat het boek op alle hogescholen gebruikt wordt en bijna overal verplichte literatuur is. De vorige druk werd zeer goed beoordeeld: 95% van de ondervraagden beoordeelde de inhoudelijke opzet als goed tot zeer goed.

Samen met 44 auteurs, uit Nederland en België, is deze derde druk tot stand gekomen. Ten opzichte van de tweede druk is het aantal Vlaamse auteurs toegenomen, waardoor deze derde druk de *state of the art* in de twee landen beter weergeeft. Het grote aantal auteurs, werkzaam in verschillende praktijkcontexten, hogescholen en onderzoeksnetwerken, weerspiegelt de diversiteit van de ergotherapie. Dit

heeft geresulteerd in een afspiegeling van opvattingen en ideeën over het beroep ergotherapie; een caleidoscoop die het beroep in al zijn kleurschakeringen weergeeft en de discours over de inhoud van het beroep weer een nieuwe impuls geeft.

Deze derde druk is gebaseerd op het Nederlandse *Beroepsprofiel ergotherapeut* waarin de vier uitgangspunten van de ergotherapie beschreven zijn. Ergotherapie is:

- 1 cliëntgecentreerd;
- 2 op handelen gericht (*occupation-based*);
- 3 in de context van de cliënt gesitueerd (*context-based*);
- 4 *evidence-based*.

Net als in het *Beroepsprofiel ergotherapeut* is ook in deze derde druk de cliënt in een breder perspectief en op verschillende niveaus beschreven. Op microniveau, als de persoon en zijn systeem, op mesoniveau, als organisatie, en op macroniveau, als populatie.

Ergotherapie is gericht op het mogelijk maken van het handelen (*enabling occupation*). In deze druk is aandacht voor twee perspectieven in de ergotherapie. Als eerste het individuele perspectief (*enabling individual change*), dat gezondheid en welzijn ziet als iets wat de handelende persoon zelf kan beïnvloeden. Vanuit dit perspectief richt de ergotherapie zich op de interactie tussen persoon, handelen en omgeving. Als tweede het sociale perspectief (*enabling social change*), waarbij gezondheid en welzijn en de mogelijkheden om te handelen worden gezien vanuit het beginsel van sociale gelijkheid en gelijke kansen voor iedereen. In dit perspectief vormen gezondheid, welzijn en handelen een concept dat beïnvloed wordt door de sociaal-maatschappelijke context waarin iemand leeft. In vergelijking met de vorige druk wordt in deze derde druk meer aandacht besteed aan het sociale perspectief.

NIEUW IN DE DERDE DRUK

De omslag van het boek is vernieuwd en toont een *mindmap*, die de inhoud van het boek in een oogopslag weergeeft. Deze mindmap komt terug op de schutbladen. Op deze plekken is de mindmap gemakkelijk te raadplegen en heeft de lezer snel overzicht over de inhoud van het boek. Verder bevat de derde druk een aantal nieuwe hoofdstukken.

Hoofdstuk 3b over samenwerken is toegevoegd omdat dit een belangrijke competentie beschrijft van ergotherapeuten, die ook steeds meer nadruk krijgt in de verschillende maatschappelijke nota's van bijvoorbeeld de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). Voor het mogelijk maken van het handelen van de cliënt is effectieve samenwerking tussen de verschillende professionals immers een voorwaarde.

Hoofdstuk 4 over herstelondersteuning borduurt voort op het hoofdstuk over rehabilitatie (hoofdstuk 17) uit de vorige druk en plaatst dit in het bredere perspectief van de kwetsbare burger.

Ook nieuw is hoofdstuk 6 over de internationale context, waarin de begrippen globalisering en internationalisering worden uitgewerkt en de belangrijkste internationale trends en beleidslijnen ten aanzien van gezondheid en sociale zorg aan de orde komen.

Hoofdstuk 7 gaat vooral in op de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), een belangrijke classificatie in het multiprofessioneel handelen, en bevat enige kritische kanttekeningen daarover.

Hoofdstuk 9 over de ergotherapeut vormt samen met hoofdstuk 8 over de cliënt een tweeluik dat de basis is voor de ergotherapie-interventie. Dit hoofdstuk komt voort uit de verdergaande professionele ontwikkeling van het beroep.

Hoofdstuk 12 beschrijft de ontwikkeling van het menselijk handelen gedurende de levensloop vanuit ergotherapeutisch perspectief.

Hoofdstuk 13 en de daaropvolgende drie hoofdstukken 13a, 13b en 13c besteden uitgebreid aandacht aan de handelingsgebieden wonen/zorgen, leren/werken en spelen/vrije tijd.

Nieuw is ook hoofdstuk 14, dat de wirwar van begrippen die we gebruiken in de ergotherapie ontrafelt en helpt bij het maken van de keuze voor een ergotherapiemodel. Dit hoofdstuk levert een bijdrage aan het eenduidig gebruik van begrippen in de ergotherapie en zorgt voor minder spraakverwarring.

De hoofdstukken 17 en 18 beschrijven het Kawa-model en het Occupational Therapy Practice Framework. Dat beide een eigen hoofdstuk hebben gekregen, doet recht aan het belang van deze modellen voor de dagelijkse praktijk van de ergotherapie.

Hoofdstuk 20 over methodisch handelen heeft een nieuwe opzet gekregen en bevat de inhoud van een viertal hoofdstukken uit de vorige druk: methodisch handelen; probleeminventarisatie en -analyse van handelen en omgeving; behandelen, plan van aanpak opstellen en uitvoeren; adviseren aan derden. Het procesmatige karakter van de ergotherapie-interventie wordt zo eenduidiger. Duidelijk wordt ook dat begeleiden en adviseren van cliënten niet te scheiden interventies zijn. Ergotherapeuten wisselen constant tussen begeleiden en adviseren, en doen beide op basis van dezelfde proceselementen.

Nieuw in het laatste deel is hoofdstuk 22, dat ingaat op de huidige en toekomstige rol van de ergotherapie in de gezondheidsbevordering en op het voorkomen van gezondheidsproblematiek zodat mensen hun dagelijkse activiteiten kunnen blijven uitvoeren en participatie in de maatschappij mogelijk blijft.

STRUCTUUR VAN HET BOEK

Deel I Plaatsbepaling van de ergotherapie

Dit deel omvat de basis van waaruit ergotherapeuten werken.

In hoofdstuk 1 komt de geschiedenis van de ergotherapie aan bod. De oorsprong en ontwikkeling van de ergotherapie wordt beschreven in de internationale, Nederlandse en Vlaamse context. Uit dit hoofdstuk wordt duidelijk dat er een soort 'golfbeweging' heeft plaatsgevonden in het denken over ergotherapie, van een visie op de mens als biopsychosociale eenheid naar een reductionistische werkwijze en vervolgens weer naar de huidige mensvisie waarin het handelen altijd in relatie staat tot de context en de eisen die de persoon, organisatie of populatie daaraan stelt.

Hoofdstuk 2 beschrijft het gedachtegoed betreffende het ergotherapeutische kerndomein en gaat in op het handelen van mensen dat leidt tot participatie in het dagelijks en maatschappelijk leven.

Hoofdstuk 3a gaat in op de maatschappelijke ontwikkelingen en de plaats van ergotherapie daarin. Ergotherapie sluit naadloos aan bij de huidige maatschappelijke ontwikkelingen in zorg en welzijn. Zij is

een kleine speler in het totale krachtenveld, maar valt op door een toenemende vraag naar haar expertise.

In hoofdstuk 3b staat de dynamiek van samenwerken centraal.

Hoofdstuk 4 biedt een basis voor ergotherapeuten en studenten Ergotherapie die (kwetsbare) burgers willen ondersteunen in zelfmanagement, inclusie en participatie. Hierbij sluiten ze aan bij herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van de mensen zelf.

Hoofdstuk 5 gaat in op sociaal-maatschappelijke invloeden die gezondheid, menselijk handelen en participatie bepalen. Wat kunnen ergotherapeuten bijdragen aan het verminderen van gezondheidsverschillen en ongelijkheden? Community-Based Rehabilitation (CBR) wordt uitgewerkt en er wordt ingegaan op vaardigheden en attitudes die nodig zijn om vanuit een sociaal-maatschappelijk perspectief te handelen als ergotherapeut.

Hoofdstuk 6 gaat over de processen van globalisering en internationalisering, die in potentie veel voordelen hebben voor de menselijke gezondheid in het algemeen en voor de ergotherapie in het bijzonder.

Deel I wordt afgesloten door hoofdstuk 7 over internationale classificaties, in het bijzonder de ICF. De ICF biedt een uniform begrippenkader voor nationale en internationale communicatie binnen en tussen beroepsgroepen en settings.

Deel II De cliënt, de ergotherapeut, de context en het handelen

Het tweede deel gaat in op de cliënt, de ergotherapeut, vraaggericht werken, context en aspecten van het handelen.

In hoofdstuk 8 wordt de cliënt beschreven en getypeerd op drie niveaus: als individu met zijn systeem, als organisatie en als populatie. Het hoofdstuk gaat in op dialooggestuurde zorg en geeft ideeën voor implementatie. Concepten als autonomie, participatie, vergroten van eigen kracht (*empowerment*) en mogelijk maken (*enablement*), belangrijk in de dialoog tussen cliënt en ergotherapeut, worden beschreven en vormen de overgang naar hoofdstuk 9.

Hoofdstuk 9 gaat over de ergotherapeut die samen met de cliënt zich richt op het mogelijk maken van het handelen. Waarbij aandacht is voor de relatie met de cliënt, het gebruik van jezelf (*use of self*), de basiselementen van de ergotherapie-interventie,

creativiteit, de beroepsrollen van de ergotherapeut, directe toegankelijkheid ergotherapie (DTE), ondernemen en profileren.

In hoofdstuk 10 wordt uiteengezet dat vraaggericht werken en diversiteit behoren tot de professionaliteit van de ergotherapeut en een open basishouding, kennis en vaardigheden vereisen, die het omgaan met mensen met verschillende achtergronden mogelijk maken.

Hoofdstuk 11 gaat in op het brede en complexe begrip 'context' in relatie tot het handelen van mensen. Dit begrip wordt beschreven aan de hand van de verschillende aspecten: fysieke omgeving, sociale omgeving, culturele, temporele en virtuele context.

In hoofdstuk 12 is de ontwikkeling van het handelen beschreven vanuit een ergotherapeutisch interactieperspectief op handelen en ontwikkeling. Daarbij wordt ontwikkeling gezien als een levenslang proces, dat ingaat op de ontwikkeling van het kind, de adolescent, de volwassene en de oudere in de verschillende levensfasen.

Hoofdstuk 13 bestaat uit een inleiding over het dagelijks handelen van mensen, waarbij ingegaan wordt op tijdsbesteding, de betekenis van het handelen, de balans die mensen in het handelen ervaren en op uitsluiten van handelen. Daarna volgen drie hoofdstukken over de verschillende handelingsgebieden. Daarbij wordt eerst de inhoud van de verschillende handelingsgebieden beschreven waarna de ergotherapie-interventie wordt uiteengezet op het niveau van de persoon en zijn systeem, de organisatie en de populatie. In dit boek wordt de indeling van de handelingsgebieden uit het beroepsprofiel aangehouden: hoofdstuk 13a gaat over wonen/zorgen, hoofdstuk 13b over leren/werken en hoofdstuk 13c over spelen/vrije tijd.

Deel III Theoretische onderbouwing: modellen en frameworks

Het derde deel van het boek is helemaal gewijd aan internationale modellen in de ergotherapie.

Hoofdstuk 14 bevat omschrijvingen van de begrippen visie, missie, paradigma, kennis, theorie, referentiekader, methode, methodisch handelen, methodieken, inhoudsmodel en procesmodel. Het hoofdstuk geeft een beknopt overzicht van inhouds- en procesmodellen, wat erg handig is voor het maken van keuzes tussen de verschillende modellen.

Hoofdstuk 15 beschrijft het Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) en het Canadian Performance Practice Framework (CPPF). Het CMOP-E is een inhoudsmodel gericht op de uitvoering en/of betrokkenheid in het handelen van personen, organisatie en populaties in een omgeving. Het bijbehorende CPPF, dat is beschreven als procesmodel/raamwerk, geeft vorm aan de cliëntgecentreerde, evidence-based, op handelen gerichte ergotherapie-interventie.

Hoofdstuk 16 beschrijft het Model of Human Occupation (MOHO), een ergotherapeutisch inhouds- en praktijkmodel dat toepasbaar is voor elk individu dat een handelingsprobleem ervaart. Het model beschrijft hoe handelen gemotiveerd (in patronen) georganiseerd en uitgevoerd wordt.

Hoofdstuk 17 beschrijft het Kawa-model, een cultureel relevant model waarin de metafoor van de rivier centraal staat en waarin het water dat in die rivier stroomt de levensstroom weerspiegelt.

Hoofdstuk 18 beschrijft het Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) van de American Occupational Therapy Association (AOTA). Het is een samenvatting van fundamentele principes die de ergotherapiepraktijk definiëren en leiden. Het raamwerk is ontwikkeld om te verduidelijken wat de bijdrage van ergotherapie is aan de gezondheid, welzijn en participatie van personen, organisaties en populaties, door hen te betrekken in het handelen.

Hoofdstuk 19 beschrijft een aantal *occupation-based* ergotherapiemodellen, vallend onder de noemer handelen: persoon, context en activiteiten (*person, environment, occupation*, PEO). Achtergrond, oorsprong, ontwikkeling van deze modellen en hun theoretische onderbouwing worden toegelicht.

Deel IV Ergotherapie in praktijk

Het laatste deel van het boek gaat in op de praktische toepassing van ergotherapie.

Hoofdstuk 20 omschrijft methodisch handelen als bewust, doelgericht professioneel handelen volgens bepaalde stappen in een cyclisch proces. Ergotherapeut en cliënt gaan een therapeutische relatie aan waarin de dialoog met de cliënt centraal staat en waarbij zij samen de problematiek bespreken, begrijpen en oplossen of voorkomen.

Hoofdstuk 21 gaat over professioneel redeneren, het denkproces dat plaatsvindt bij het definiëren van het probleem van de cliënt, het bepalen van doelen

of resultaten, de keuze voor interventies en het evalueren van het interventieproces. Het hoofdstuk onderscheidt verschillende vormen van redeneren, waaronder politiek redeneren.

Hoofdstuk 22 gaat in op de bijdrage die ergotherapeuten aan gezondheidsbevordering leveren en zouden kunnen gaan leveren. Momenteel doen zij dat vooral op het niveau van de secundaire en tertiaire preventie. Een toenemende nadruk op gezondheidsbevordering brengt met zich mee dat ook binnen de huidige ergotherapeutische interventie gekeken wordt naar de mogelijkheden van de cliënt om controle te houden over de eigen gezondheid.

Hoofdstuk 23 gaat over het goed kunnen analyseren van handelen en activiteiten, een van de fundamentele vaardigheden van een ergotherapeut. Zo'n analyse levert belangrijke informatie op die gebruikt wordt in het professioneel redeneren, waardoor uiteindelijk het handelen doelgericht gebruikt kan worden in de ergotherapie-interventie.

Hoofdstuk 24 geeft een overzicht van assessments op het niveau van handelen, activiteiten en taken die relevant zijn voor de ergotherapeutische beroepspraktijk in Vlaanderen en Nederland. Het overzicht berust op uitgebreid literatuuronderzoek en presenteert de *state of the art* in de (ergotherapie) literatuur. Het is een goed hulpmiddel bij het selecteren van geschikte assessments om te gebruiken in het ergotherapieproces.

Hoofdstuk 25 gaat over het systematisch werken aan kwaliteit op micro-, meso- en macroniveau. De overheid legt de kaders vast in wetgeving en bepaalt in overleg met zorgverzekeraars en zorginstellingen de financiële speelruimte. Naast economische motieven en objectieve onderzoeksgegevens staan de meningen en ervaringen van cliënten centraal in de kwaliteitsbeoordeling.

Tot slot geeft hoofdstuk 26 een overzicht van het wetenschappelijk onderzoek in de ergotherapie. Het beschrijft de verschillende onderzoeksstromen (kwalitatief en kwantitatief) en de diverse onderzoeksfases. Met behulp van het CPPF worden diverse onderzoeksvragen voorgesteld en onderzoeksresultaten besproken die van belang zijn voor de ergotherapiepraktijk.

OPBOUW VAN HET BOEK

Dit boek is ook online te raadplegen via www.studiecloud.nl. Maak gebruik van de mogelijkheid je

kennis online te toetsen op StudieCloud. Deze online versie bevat ook achtergrondlinks en er is plaats voor aantekeningen. Zie de binnenzijde van het omslag voor je code.

Ieder deel van *Grondslagen* begint met het bijpassende onderdeel van de mindmap, gevolgd door een verhaal uit de praktijk van de ergotherapie. Deze verhalen zijn geïnspireerd op de publicatie *Kleine wonderdjes: Verhalen over bijzondere ervaringen in de ergotherapie* (Kinébanian & Kuiper, 2011). Ze geven in het kort weer wat voor kracht mensen kunnen halen uit betekenisvol handelen en wat essentieel is in de dialoog tussen cliënten en ergotherapeuten. Aan het eind van het boek bevinden zich een verklarende woordenlijst, een lijst van alle gebruikte afkortingen en een trefwoordenregister.

Om het boek leesbaar te houden, heeft ieder hoofdstuk een standaardopzet gekregen. Elk hoofdstuk begint met een motto, gevolgd door de kernbegrippen, een korte casus en een inleiding. Vervolgens wordt de theorie inhoudelijk uitgewerkt en wordt de toepassing ervan in de ergotherapie toegelicht met voorbeelden en casuïstiek. Daarna worden door de auteur enkele discussiepunten aangereikt, die bedoeld zijn als aanzet tot reflectie op het behandelde onderwerp. Ieder hoofdstuk eindigt met een samenvatting en een literatuurlijst. Bij elk hoofdstuk wordt aangegeven bij welke andere hoofdstukken het aansluit, en wordt aangegeven of er verbanden zijn met hoofdstukken uit *Ergovaardig* (Speth-Lemmens et al., 2012).

DANK

In de eerste plaats danken wij al de auteurs heel hartelijk voor hun inzet en deskundige bijdrage aan het boek. Zonder hen zou *Grondslagen van de ergotherapie* er niet geweest zijn. Ook met de bijdragen van studenten zijn we erg blij. Aan de tweede druk werkten voor het eerst studenten mee en we wilden daar graag een traditie van maken, dus hebben wij ook bij de derde druk weer studenten betrokken. Zij hebben hoofdstuk 24 over assessments zelfs helemaal voor hun rekening genomen. Naast de auteurs hebben veel anderen hun inspiratie gegeven aan dit boek. Om te beginnen, in de praktijk, de cliënten, die willen weten wat ergotherapie te bieden heeft en daarover veel vragen hebben. Op de opleidingen Ergotherapie de studenten, die altijd weer kritische vragen stellen en docenten uitnodigen tot het helder

formuleren van het ergotherapeutisch gedachtegoed. Dan de collega's met wie naar aanleiding van de tweede druk van *Grondslagen* vele discussies gevoerd zijn in de afgelopen jaren. De redactie dankt de cliënten, studenten en collega's voor die opbouwende vragen en discussies.

De totstandkoming van het boek heeft tot vele interessante inhoudelijke gesprekken geleid. De klankbordgroep heeft daar vooral aan bijgedragen. Zij was net als vorige keer samengesteld uit vertegenwoordigers uit Nederland en Vlaanderen, met ergotherapeuten uit de praktijk (Jacqueline Coppers, Inge van de Leij, Barry Nugteren en Merel van Uden), docenten ergotherapie (Nele Debats, Karen van de Putte en Marc Warmoes) en studenten ergotherapie (Sara Taels en Renée Marchal). De eveneens uitgenodigde cliënt heeft er helaas van afgezien om mee te doen aan de klankbordgroep. In de periode van het schrijven van de hoofdstukken werden zeer plezierige en inspirerende discussies gevoerd met de leden van de klankbordgroep, heel veel dank daarvoor!

Ook auteurs hebben veel ondersteuning van collega's gekregen, die hier in het bijzonder worden bedankt. Marjan Stomph heeft aan verschillende hoofdstukken adviezen bijgedragen over diversiteit. Marie-Antoinette van Kuyk-Minis begeleidde de studenten bij hun afstudeeronderzoek voor hoofdstuk 24. Pieter Vaes, Marianne de Lange, Dorothé Wassink en Jonnie Peeters gaven adviezen bij hoofdstuk 3. Saskia Hofstede van project De Baarsjes en Annemie van Engelen van project De Katrol boden ondersteuning bij hoofdstuk 5. Stephanie Saenger gaf als *COTEC-delegatee* adviezen aangaande de COTEC-tekst in hoofdstuk 6. Minjou Lemette ondersteunde hoofdstuk 13a. Remco Klopper en Jochem Bilderbeek gaven advies over het PRPP-systeem in hoofdstuk 19. Een speciaal woord van dank ook voor Inka Logister die alle vragen voor de StudieCloud gemaakt heeft.

Verder danken we mevrouw Jopie Verhoeven, voorzitter van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). We stellen het zeer op prijs dat zij vanuit het perspectief van de cliëntenorganisatie het voorwoord heeft willen schrijven. Haar laatste alinea geeft de essentie van het beroep uitstekend weer:

'Hoe kan de cliënt op weg geholpen worden ... ergotherapie is hierbij ondersteunend, advise-rend en dicht bij de cliënt'.

In het cliëntgecentreerd werken geven cliënt en ergotherapeut in bondgenootschap vorm aan de interventie. En de laatste zin is helemaal van toepassing op alle gebruikers van het boek: 'En dat is waar u als therapeut het nu of straks allemaal voor doet'.

Verder danken we Nelleke Brongers voor het vervaardigen van de mindmap die op het omslag, de schutbladen en aan het begin van elk deel terugkomt. Wij vinden de mooie vormgeving een meerwaarde voor het boek.

Dank ook aan het management en docenten van de opleiding Ergotherapie van de Hogeschool van Amsterdam en van de Zuyd Hogeschool in Heerlen. Dank voor de tijd en de faciliteiten die beschikbaar waren om dit boek te realiseren. Ook de belangstelling van het management en de ondersteuning van collega's zijn essentieel geweest bij de totstandkoming van deze herziene druk. Verder dankt de redactie de secretaresses Niermela Chote-Sobha en Ans van der Zee voor hun hulp in de totstandkoming van het boek.

Ook willen we de auteurs en studenten van de vorige druk van *Grondslagen*, die om allerlei verschillende redenen niet meer betrokken waren bij de derde druk, bedanken: de tweede druk van *Grondslagen* die jullie hebben geschreven was de basis voor deze derde druk en de bijdrage van jullie aan het gedachtegoed van *Grondslagen* beschouwen wij als heel waardevol!

Een hartelijk dank aan: Jomina van Dam, Marie José Driessen, Filip Dejonckheere, Marlou Driessen, Ank Eijkelkamp, Kirsten Hanekamp, Berte van Hoey, Dick van der Kuip, Henk van Loon, Esther Looijen, Els Peters, Frans Schoonbrood, Marjolein Thijssen, Monique Wijntjes, Wil de Vries-Kempes en Ruth Zinkstok.

Tot slot uiteraard dank aan Agnes van Reenen, Betty van Wijngaarden en Mieke van den Berg van Reed Business voor de prettige samenwerking en jullie deskundige begeleiding. Het gezamenlijk optrekken bij het tot stand brengen van *Grondslagen* is zeer plezierig verlopen.

PERSPECTIEF

De totstandkoming van dit eerste Nederlandse boek over ergotherapie, in 1998, was een mijlpaal in de ontwikkeling van de ergotherapie in Nederland.

De eerste druk vond gretig aftrek, evenals de tweede druk waarbij het verspreidingsgebied zich uitbreidde naar Vlaanderen. De redactie hoopt dat deze derde, geheel herziene druk van *Grondslagen* en de bijbehorende digitale versie wederom bruikbaar zullen zijn voor studenten en voor de praktijk. Over een aantal jaren zal ongetwijfeld een vierde druk nodig zijn. Mede door de groei van het wetenschappelijk onderzoek in de ergotherapie verbreedt de theoretische basis van het beroep zich snel, en dat heeft zijn weerslag op de praktijk (en vice versa). Wij hopen dat op deze derde druk nog een reeks van herziene drukken zal volgen.

NOTA BENE

In dit boek wordt veelvuldig gebruik gemaakt van citaten uit Engelstalige ergotherapieliteratuur. Meestal heeft de redactie ervoor gekozen deze citaten in de oorspronkelijke taal weer te geven, zeker waar het teksten uit de vroege geschiedenis van de ergotherapie betreft, omdat deze karakteristiek zijn voor die tijd. Bij het vertalen van typische Engelse ergotherapietaal in het Nederlands gaat vaak de essentie verloren. In het kader van internationalisering is het bovendien nodig dat ergotherapeuten zich in het Engels weten uit te drukken. Een introductie in dit Engelse begrippenkader is daarom gewenst. Daarom zijn in alle hoofdstukken begrippen die uit het Engels komen cursief tussen haakjes achter de Nederlandse vertaling geplaatst.

Aangezien in de praktijk steeds vaker de term 'cliënt' gebruikt wordt, heeft de redactie voor die term gekozen wanneer het gaat om de mensen die gebruik maken van de diensten van de ergotherapeut. In het hoofdstuk over de ontwikkeling van de ergotherapie is daar bewust van afgeweken om recht te doen aan het historisch perspectief van dat hoofdstuk. Een enkele maal is ook in andere hoofdstukken de term 'patiënt' gebruikt als de context daarom vroeg. Het begrip 'cliënt' kan ook patiënten, bewoners, zorgvragers, leerlingen, werknemers, wijkbewoners, bezoekers, consumenten, revalidanten, pupillen, wettelijk vertegenwoordigers, personen in het sociale netwerk en opdrachtgevers omvatten, en, als het om groepen gaat, zelfs organisaties en populaties. In navolging van het *Beroepsprofiel ergotherapeut* wordt in plaats van de term 'diagnostiek' het begrip 'probleeminventarisatie- en analyse' gebruikt. In plaats van de term 'behandelen'

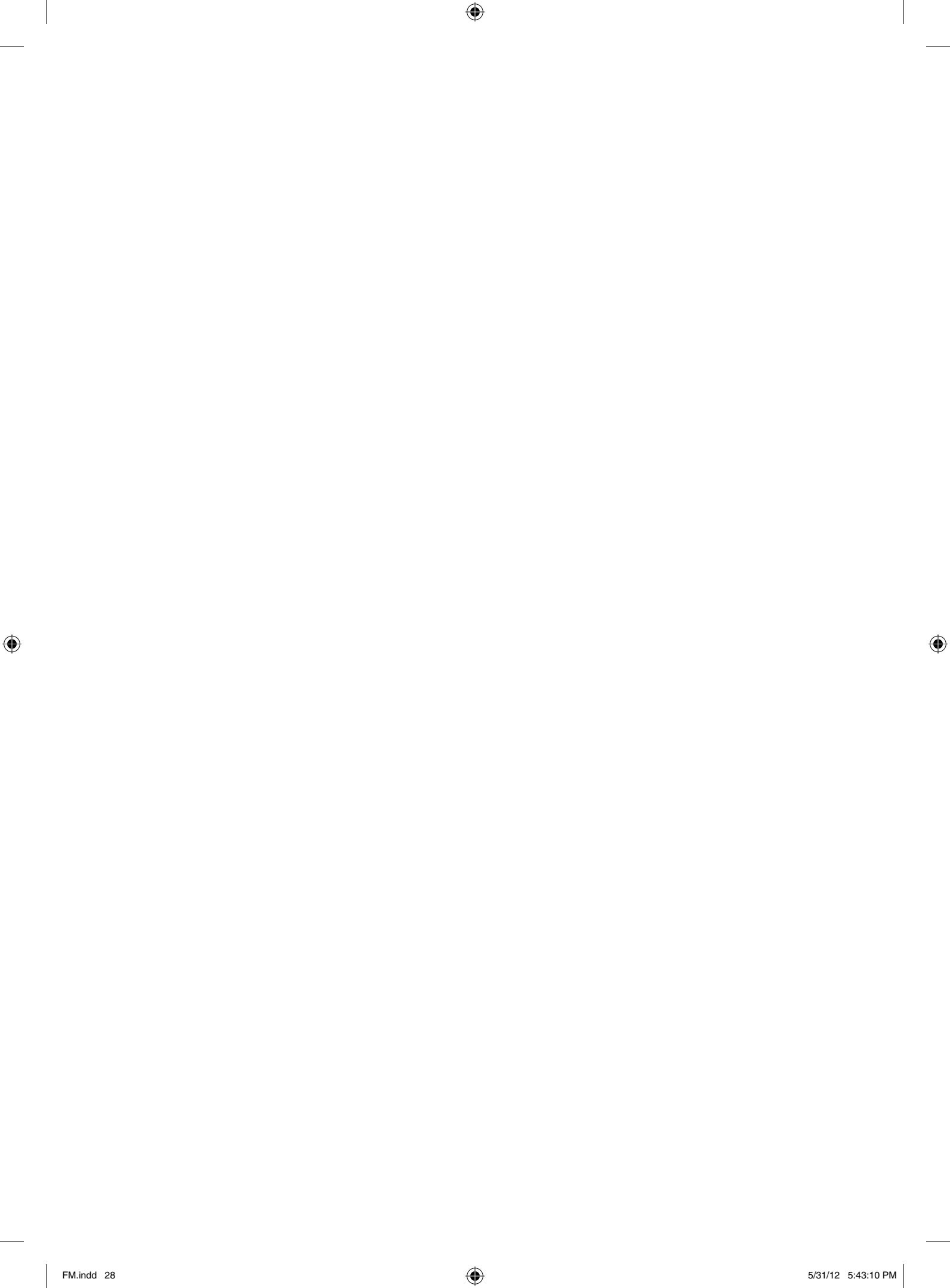
wordt in dit boek het begrip ‘uitvoeren van het plan van aanpak’ of ‘interventie’ gebruikt. Deze begrippen sluiten beter aan bij de focus op handelen en participatie van de ergotherapie en het breder wordende perspectief op de cliënt (de persoon en zijn systeem, de organisatie of de populatie). Overal waar in de mannelijke vorm geschreven is, kunnen ‘hij’, ‘zijn’ en ‘hem’ vervangen worden door ‘zij’ en ‘haar’.

Heerlen, Maasbommel, Amsterdam, 2012

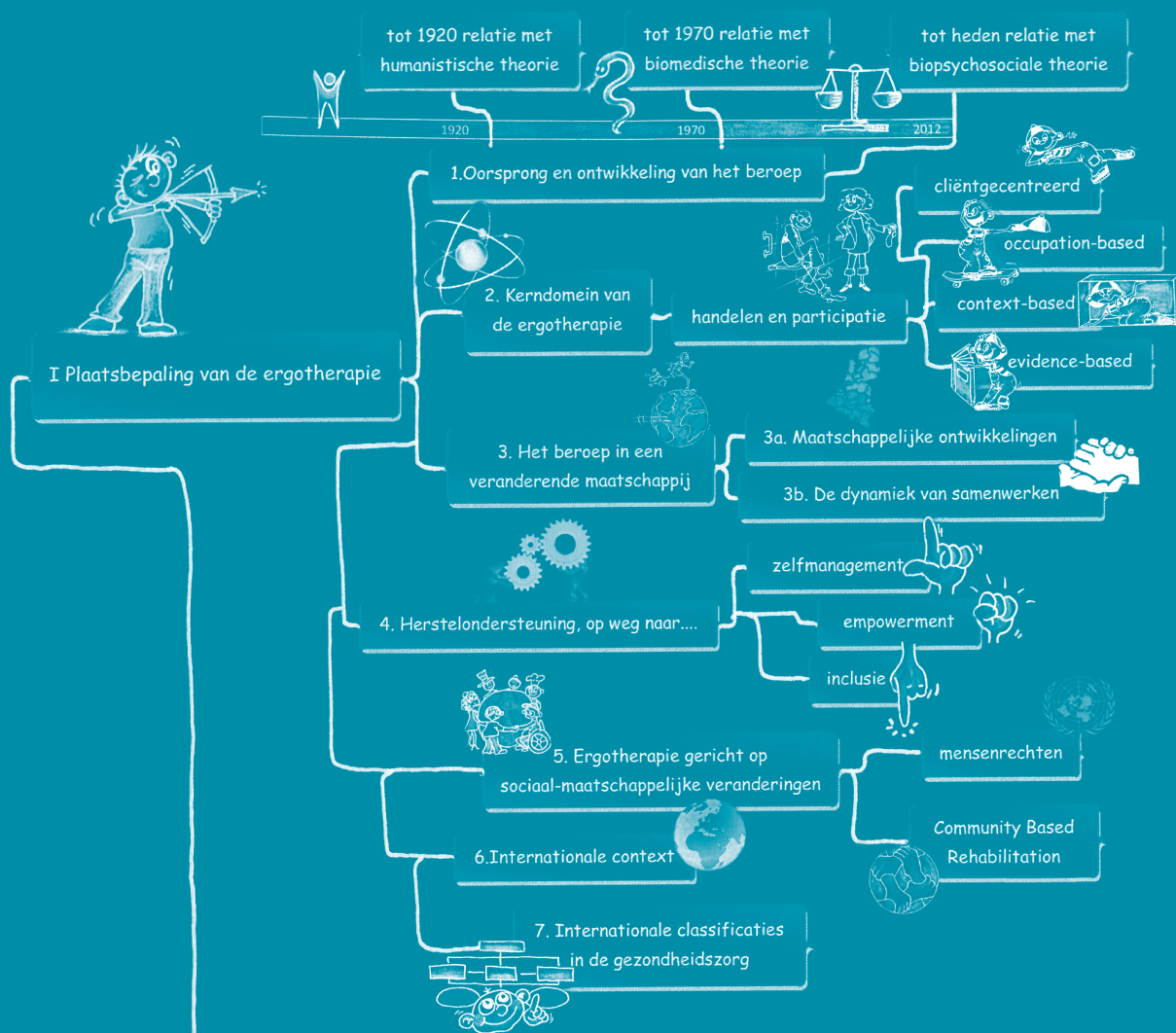
Mieke le Granse
Margo van Hartingsveldt
Astrid Kinébanian

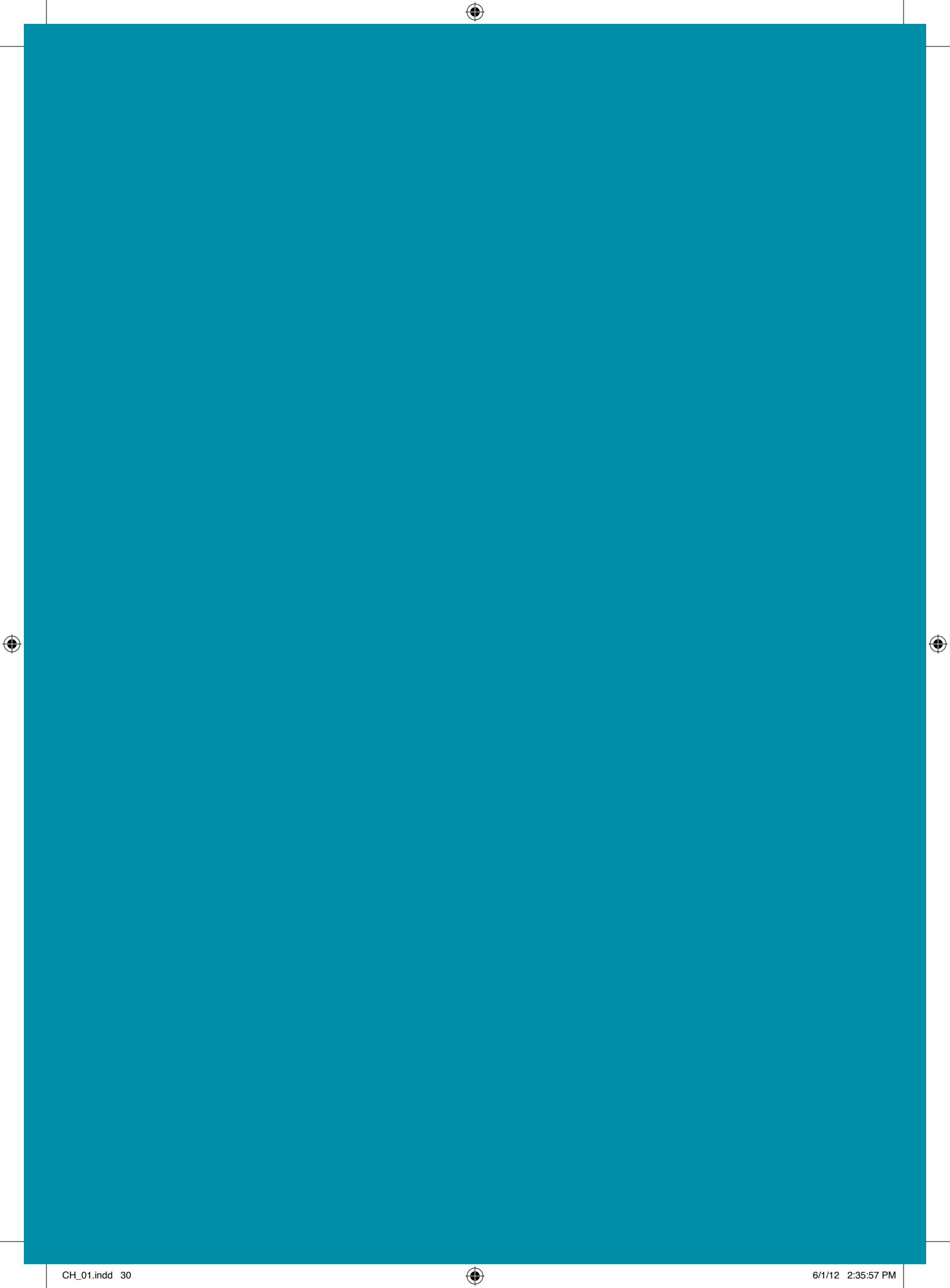
LITERATUUR

- Kinébanian, A. & Kuiper, C. (2011). *Kleine wondertjes: Verhalen over bijzondere ervaringen in de ergotherapie*. Den Haag: Boom Lemma.
- Speth-Lemmens, I., Tonneijck, H. & Jakobs, M. (2012). *Ergovaardig 1: Probleeminventarisatie en -analyse* (2e druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Speth-Lemmens, I., Stomph, M., Vries, K. de, Laban, I. & Dijk, K. van (2012). *Ergovaardig 2 Uitvoeren van interventies* (2e druk). Den Haag: Boom Lemma.



Deel I Plaatsbepaling van de ergotherapie





Verhaal uit de praktijk 1

Hoe een eendje een lost case redde!

Astrid Kinébanian en Linda Walgemoet

Dit praktijkverhaal is een combinatie van een interview met Lia Mollevanger, in 2005 opgetekend door Linda Walgemoet, en het verhaal van haar ergotherapeute in 1966, Astrid Kinébanian (gepubliceerd in *Kleine wonderjes*, 2011).

Lia Mollevanger, geboren in 1946 te Rotterdam, heeft al 38 jaar ervaring met ergotherapie. In het voorjaar van 1952 werd de diagnose reuma gesteld. Er volgden twee lange ziekenhuisopnames, tien weken in 1952 en van februari 1954 tot oktober 1955, maar die konden niet verhinderen dat Lia ernstige vergroeiingen opliep en rolstoelafhankelijk werd.

Lia vertelt: 'In de 38 jaar ergotherapie die ik heb meegemaakt is er technisch gezien steeds meer mogelijk. Ik heb verschillende perioden van ergotherapie gehad. Dat heeft me goed op weg geholpen. In de jaren vijftig waren er geen behoorlijke, laat staan aangepaste rolstoelen, zeker niet voor kinderen. Daarom bevestigde mijn vader op het onderstel van de kinderwagen een verlaagde keukenstoel en met wat verfraaiingen werd dat een alternatief rolstoeltje waar ik jarenlang plezier van heb gehad. Na verloop van tijd groeide ik daar echter uit en op een zaterdagmiddag kwam mijn vaders baas voorrijden, belde aan, zette een opvouwbare duwstoel neer en vertrok, ons in verbazing en blijdschap achterlatend. Ik ben in 1966 in aanraking gekomen met ergotherapie. In die tijd was er geen poliklinische ergotherapie, maar was er een ziekenhuisopname nodig. Dit was echter niet gewenst. Met de nodige creativiteit is dit toen opgelost. Ik werd er stiekem bij in geschoven. De reumatoloog werkte daar wel aan mee, hij liet me elke week terugkomen voor een consult, maar feitelijk had ik ergotherapie. Ik kreeg in de pauze van de ergotherapeuten therapie. De reumatoloog kwam af en toe even kijken.'

Ergotherapeute Astrid Kinébanian: 'De eerste keer dat ik Lia ontmoette in 1966 staat me nog levendig voor

de ogen. Een klein teruggetrokken angstig jong meisje in een rolstoel, kon zich totaal niet bewegen en praatte nauwelijks. De reumatoloog had aangegeven dat het een *lost case* was, maar had toch gevraagd of de ergotherapie eens wilde kijken wat er mogelijk was. Ik zat om het zo maar te zeggen wel even met mijn handen in het haar. Waar kon ik een begin vinden? Een andere patiënt was bezig een heel klein houten eendje te vijlen en te schuren. Ik zag dat Lia vanuit haar ooghoeken (ze kon haar hoofd niet draaien) naar dat eendje keek en het leek dat zij dat eendje leuk vond. We zijn toen begonnen met het maken van dat eendje, die andere patiënt heeft het samen met haar uitgezaagd en zij is het heel voorzichtig gaan schuren met twee vingers. Prachtig glad werd het. Van daaruit is het verdergegaan. Ze leerde zichzelf aan te kleden, naar het toilet te gaan, op een elektrische typemachine te typen – toen het nieuwste van het nieuwste. Later kreeg ze zelfs een baan en is zelfstandig gaan wonen in een focuswoning en ze leerde autorijden. Niks *lost case* dus!'

Lia: 'In het begin was de therapie voornamelijk gericht op het oefenen van aan- en uitkleden om te kijken of ik daarmee overweg kon. In die tijd gaf ik zelf niet echt iets aan en overleg was niet echt mogelijk. Ik was na alle ziekenhuisopnames apathisch geworden. De ergotherapeut heeft heel goed gekeken en geluisterd en dingen geprobeerd zoals dat eendje. Ik had wel kenbaar gemaakt dat ik wilde werken, maar wist niet wat. Ik kon niet zelf naar het toilet, dus dat was niet bepaald handig om aan het werk te komen. De ergotherapeut heeft bedacht dat ik dat eerst maar eens onder de knie moest krijgen voordat er überhaupt van werken sprake kon zijn. Daar was ik het wel mee eens hoor, want ik wilde heel graag aan de slag. In die tijd was niet makkelijk aan werk te komen. De sociale wetten werkten dat ook tegen. Al die moeite die nodig was, de werkplek en het toilet moesten worden aangepast en daar hadden werkgevers en uitkeringsinstanties geen kaas van gegeten. Het was

makkelijker om mij thuis te laten zitten en een uitkering te geven. In 1968 ben ik gaan werken, dus toen is de ergotherapie gestopt. Ik ging via de sociale werkvoorziening administratief werk doen en werd later in de praktijk opgeleid tot secretaresse. En ik leerde autorijden!

Ik was intussen al wat ouder en wilde net als mijn leeftijdgenoten ook wel zelfstandig wonen. Dat was de volgende hobbel voor mij. Degene bij wie ik toen werkte had geregeld dat ik bij een revalidatiecentrum terechtkon. Daar werd alles wat ikzelf thuis zou moeten doen om zelfstandig te kunnen wonen aangepakt, zoals koken en huisaanpassingen. De ergotherapeut was ook erg enthousiast en dat motiveerde mij natuurlijk, dat werkte heel inspirerend. Het huis waar ik na drie jaar instroomde, was geen rolstoelwoning. Het was een klein huisje van nog geen vijftig vierkante meter, en dat is voor een rolstoel niet echt ruim. Het bleek dat ik me niet goed genoeg kon redden omdat de woning te klein was. Die stond ook dicht bij mijn moeder, die constant verwachtte dat ik langskwam. Ik wilde toch meer op eigen benen staan, dus toen ben ik bij de ergotherapie en de revalidatiearts in het ziekenhuis terechtgekomen. Samen zijn we aan de slag gegaan om te kijken wat voor eisen en wensen er waren. Samen hebben we gekeken naar wat haalbaar en mogelijk was. Ergotherapie in het ziekenhuis bestond voornamelijk uit het aanleren van vaardigheden aan het aanrecht, koken, bakken en huisaanpassingen. Een paar jaar later ben ik voor rolstoelaanpassingen teruggeeweest.

Momenteel kom ik opnieuw bij de ergotherapie. Ik ben bezig met rolstoelaanpassingen. Tevens heb ik

aangepast bestek gekregen. Ook wil ik nog iets hebben voor mijn mobiele telefoon, omdat ik deze niet zelf aan mijn oor kan houden. Ergotherapie is nu wel korter en biedt meer doelgerichte hulp in vergelijking met vroeger. Het is hierdoor efficiënter, maar minder gemoedelijk geworden. Je kunt niet meer rustig dit of dat doen of iets uitproberen. Toch vind ik het prettig dat ergotherapeuten heel klantgericht werken, dat ze naar je luisteren. Dat inspireert me enorm. Daar ben ik het meeste bij gebaat, dat brengt plezier met zich mee, ook dat is kwaliteit van leven. Ergotherapie vind ik heel praktisch. Ik ben er altijd zoveel verder mee gekomen, dus ik kan niet anders dan positief zijn. De onderbouwing van waaruit je iets doet, zal tegenwoordig beter zijn, maar zoals ik benaderd ben vanaf het begin is grotendeels hetzelfde; opbouwend. Ergotherapie, daar ga ik voor mijn plezier naartoe!

Astrid Kinébanian: 'Door de jaren heen heb ik contact gehouden met Lia, ik zocht haar af en toe op. In de jaren tachtig heeft ze enkele malen les gegeven op de opleiding Ergotherapie in Amsterdam, waar zij studenten uitlegde hoe zij ondanks haar forse handicaps toch zelfstandig leefde. In 2005 heb ik Lia (inmiddels ver in de vijftig) weer opgezocht om haar te vragen of zij geïnterviewd wilde worden voor de tweede druk van *Grondslagen*, waarin we enkele patiëntenverhalen wilden opnemen. Ik kwam bij haar binnen en zag het eendje bij haar op het bureau staan. Verbaasd riep ik uit: "Heb je dat eendje nog steeds?" "Ja", zei Lia, "want altijd als ik denk dat het niet meer gaat, of als ik het niet meer zie zitten dan kijk ik naar dat eendje en denk het is me toen gelukt het zal me nu ook lukken."

1 Oorsprong en ontwikkeling van het beroep

Astrid Kinébanian en Dominique Van de Velde

Alles is al eerder bedacht. Het is alleen de kunst om er weer aan te denken (J.W. von Goethe, 1749-1832)

Kernbegrippen

Naamgeving

- Ergotherapie.
- Arbeidstherapie.
- Actieve therapie.
- Activerende therapie.
- *Beschäftigungstherapie.*
- *Occupational therapy.*

Oorsprong van de ergotherapie

- *Moral treatment* (Frankrijk, Engeland 1800).
- *No restraint* (Engeland 1850).
- Verbeteren van handelen door activiteiten (Verenigde Staten 1910).

Periode 1914-1918

- Therapeutische toepassing van activiteiten bij oorlogsinvaliden.

Periode 1918-1945

- Biomechanische theorieën.
- Functieherstel.

Periode 1945-1970

- Uitbouw van de natuurwetenschappelijke onderbouwing.
- Reductionistisch denken.

Periode 1970-2012

- Handelen meer fenomenologisch geïnterpreteerd.
- Handelen in relatie tot sociaal-culturele omgeving.
- *Occupational science.*
- Professionalisering.
- Afscheiding van andere beroepen.
- Ontwikkeling van een opleiding.

- Oprichting van een beroepsorganisatie.
- Naamsverandering.
- Uitbouwen van opleidingen en theorievorming.
- Erkenning door het publiek en de praktijk.
- Formele wettelijke erkenning.
- Ontwikkeling van een beroepscode.
- Ontwikkeling van kwaliteitsbeleid.
- Voortdurende politieke strijd.

Nederland 1965: ergotherapie in een revalidatiecentrum, armprothesetraining

Op de afdeling lichte arbeidstherapie (*ergotherapie, red.*) wordt de fijne pincetgreep geoefend. De patiënt komt daarvoor één à anderhalf uur per dag gedurende veertien dagen op de afdeling. In deze tijd kan precies een theeblad (*houtenblad met pincetrand, red.*) gemaakt worden. Sommigen houden nog wat dagen over, gedurende welke bijvoorbeeld geëmailleerd kan worden. Een theeblad wordt gekozen, omdat men hiervoor vele gereedschappen en fijne handelingen van de lichte arbeidstherapie kan gebruiken: zagen, boren, schuren, lakken, vlechten (met prothese). Vrijwel elke patiënt met een normale intelligentie speelt het klaar volkomen zelfstandig een vlechtstrand te maken. Het grootste resultaat bereikte een patiënt die een heel fotoalbum maakte, waarbij slechts het lijmen hem voor problemen stelde. Al is het dan de bedoeling dat de patiënt na zijn training op het revalidatiecentrum de prothese als hulphand gebruikt, toch moet hij gedurende zijn verblijf op de lichte arbeidstherapie leren vlechten met zijn prothese. Dit om een optimale oefening van de prothese te bereiken die het hem gemakkelijker zal maken deze later vlot voor allerlei handelingen te gebruiken (Mulder, 1965).

1.1 INLEIDING

De ergotherapie heeft in de twintigste eeuw grote ontwikkelingen doorgemaakt. Mandenvlechten, eens een van de karakteristieke activiteiten van de ergotherapie, is vrijwel overal verdwenen als therapeutische activiteit. De aandacht is verschoven van wat mensen doen naar hoe mensen kunnen handelen, ondanks beperkingen en handicaps. Handelen zoals dat vorm krijgt in rollen, activiteiten, taken en verantwoordelijkheden.

Dit hoofdstuk schetst de ontwikkeling en de professionalisering van het beroep, internationaal en specifiek in Nederland en België. Begonnen wordt met een korte uiteenzetting over het begrip 'ergotherapie'. Vervolgens komen de inhoudelijke veranderingen binnen het beroep aan de orde, evenals de feitelijke ontwikkelingen. Dit gebeurt in chronologische volgorde, waarbij per periode wordt aangegeven hoe verworven inzichten uit een vorige periode doorwerken in de huidige ergotherapie.

De eerste fase van de ontwikkelingen met betrekking tot ergotherapie in Europa dateert van rond de tijd van de Franse Revolutie (1789-1798). De opkomst van ergotherapie in de Verenigde Staten volgt rond 1910. Na de Eerste Wereldoorlog en met name na de Tweede Wereldoorlog 'waait' de ergotherapie weer terug naar Europa. Daarop volgt een tweede fase van ontwikkeling van de ergotherapie in Europa. In navolging van de Verenigde Staten en Europa komt nu ook in andere werelddelen (Azië, Australië, Afrika) de ergotherapie tot ontwikkeling.

Tot besluit van deze periodisering zullen wij uitgebreider aandacht besteden aan de ontwikkeling van de ergotherapie in Nederland en België sinds de Tweede Wereldoorlog.

De ontwikkeling van een beroep kan behalve vanuit chronologisch en inhoudelijk perspectief ook vanuit professionaliseringsoogpunt besproken worden. Professionalisering is voor een beroep van groot belang omdat het daarmee bestaansrecht verwerft en verdedigt. Om die reden is ervoor gekozen om de geschiedenis van de ergotherapie eveneens vanuit professionaliseringsstandpunt te bezien.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting en een korte bespreking van drie discussiepunten. Hoewel in het hele boek de term 'cliënt' gebruikt wordt om de groep mensen aan te duiden aan wie de ergotherapie haar dienstverlening aanbiedt, wordt in dit hoofdstuk vanwege de historische context ook regelmatig het begrip 'patiënt' gebruikt.

Dit hoofdstuk sluit aan bij hoofdstuk 2, 6, 21 en 26.

1.2 HET BEGRIIP 'ERGOTHERAPIE'

De World Federation of Occupational Therapists (WFOT), het overkoepelende orgaan van alle nationale ergotherapieverenigingen, heeft in 1970 'ergotherapie' uitgeroepen tot officiële vertaling in niet-Engelstalige landen van het begrip *occupational therapy* (Beroepsomschrijving, 1974). Het Griekse *ergon* betekent 'werk' in de ruimste zin van het woord: actieve betrokkenheid, lichamelijke en geestelijke activiteit, prestatie, verrichting, handeling. De toepassing van arbeid en activiteiten als therapeutisch middel heeft gedurende de geschiedenis vele verschijningsvormen en benamingen gekend, zoals actieve therapie, activerende therapie, arbeidstherapie, bezigheidstherapie en activiteitenbegeleiding. In het Engelse taalgebied werd gesproken over *moral treatment*, *manual work*, *invalid occupation*, *reconstruction aid* en, sinds 1921, *occupational therapy*. In Duitsland wordt het begrip *Beschäftigungstherapie* veelvuldig gebruikt naast *Ergotherapie*. In Scandinavië (*ergoterapi*) en het Franse taalgebied (*ergothérapie*) houdt men het bij de officiële vertaling.

In de loop der jaren hebben zich verschillende beroepen ontwikkeld die activiteiten gebruiken als middel om gedrag van mensen te beïnvloeden. In Nederland zijn zo onder andere de activiteitenbegeleiding en de ergotherapie ontstaan. In oorsprong hebben deze beroepen een gemeenschappelijke geschiedenis. Waar wij in dit hoofdstuk steeds spreken over het ontstaan van de ergotherapie, gaat veel daarvan dus ook op voor bijvoorbeeld activiteitenbegeleiding. In België is activiteitenbegeleiding nooit een apart beroep geweest. Historisch gezien werd in België voor diverse cliëntenpopulaties wel belang gehecht aan arbeid en zinvolle activiteiten, maar de begeleiding van deze activiteiten werd uitgevoerd door andere disciplines zoals verpleegkundigen.

1.3 DE EUROPESE WORTELS VAN DE ERGOTHERAPIE, 1780-1850

Hoewel reeds in de oudheid melding werd gemaakt van de heilzame werking van arbeid, activiteiten en spel op lichaam en geest, liggen de wortels van de ergotherapie toch in de negentiende eeuw. Ergotherapie is nauw verbonden met een humane benadering van mensen, waarin gelijkwaardigheid een grote rol speelt. Het is dan ook niet verwonderlijk dat ten tijde van de Franse Revolutie (vrijheid, gelijkheid, broederschap) voor het eerst vormen van ergotherapie worden toegepast (Licht, 1948). De Franse psychiater Philippe



Figuur 1.1 Philippe Pinel bevrijdt geesteszieken van hun ketenen

Naar een schilderij van Tony Robert Fleury, 1876. Bron: Psychiatrisch Ziekenhuis Robert Fleury, Leidschendam.

Pinel bevrijdde op 24 mei 1798 een aantal krankzinnigen van hun ketenen (figuur 1.1) en introduceerde in datzelfde jaar ‘werk’ als behandeling in het Parijse krankzinnigengasthuis Hospice de Bicêtre.

In 1801 beschreef Pinel zijn behandelmethode in een boek: de arts schreef patiënten lichamelijke oefeningen en handenarbeid voor. Pinel vond dat in alle krankzinnigengestichten ‘werktherapie’ behoorde te worden toegepast omdat:

‘... strikt uitgevoerde lichamelijke arbeid de beste methode is om discipline en moraal te handhaven. De terugkeer van herstellende patiënten naar hun vroegere interesse en werk, naar nijverheid en volhardendheid, zijn voor mij altijd de beste tekenen van uiteindelijk herstel geweest’ (Kramer, 1990).

Deze opvatting over herstel uit 1801, terugkeer naar vroegere interesse en werk, komt verbluffend veel overeen met de huidige opvattingen over participatie van cliënten. Niet alleen was Pinel de eerste die in de literatuur ‘arbeid’ voorschreef als medische behandeling, hij maakte als eerste arts ook onderscheid tussen criminelen en krankzinnigen. Daarmee opende hij de weg naar een meer medische en tolerante benadering van mensen met afwijkend gedrag.

Hoewel Pinel de krankzinnigen van hun ketenen bevrijdde, was er nog geen sprake van autonomie van de patiënt. Hoe revolutionair zijn werkwijze ook was, hij gebruikte arbeid toch als middel om mensen met

afwijkend gedrag te disciplineren, als vervanger van de ketenen. Die disciplinerende werd rond 1800 door de betrokkenen natuurlijk wel ervaren als een bevrijding, maar de wereldgeschiedenis laat zien dat arbeid door machthebbers keer op keer gebruikt is om mensen te disciplineren en te onderdrukken in plaats van ze te bevrijden.

In Engeland introduceerde de quaker Samuel Tuke in navolging van Pinel arbeid als therapie voor krankzinnigen in 1800. Samuel Tuke werkte als psychiater in de Retreat, een quakerhospitaal in York, en zijn behandeling was gebaseerd op humanitaire principes. Hij legde de nadruk op een menselijke benadering van de patiënten, als *rational beings who have the capabilities of self-restraint*. Deze behandeling noemde hij *moral treatment*. Ketenen noch lichamelijke straffen werden gebruikt, alle patiënten droegen gewone kleren en werden bewogen *to adopt orderly habits and participate in exercise and labour*. Tuke was overtuigd van de waarde en individualiteit van ieder mens en liet dat blijken door patiënten met respect en vriendelijkheid te benaderen. Uitermate belangrijk vond hij het zelfvertrouwen van mensen:

‘Much advantage was found [...] from treating the patient as much in the manner of a rational being and that considerable advantage may certainly be derived [...] from an acquaintance with the previous habits, manners and prejudices of the individual’ (Creek, 1997).

Anders dan bij Pinel sluit de behandeling bij Tuke dus al aan bij de gewoonten, manieren en voorkeuren van mensen. Individualiteit wordt gerespecteerd. Vijftig jaar later, in 1856, ontwikkelde Conolly deze visie verder tot het *no-restraint*-systeem:

‘Dwang is niet noodzakelijk, nooit gerechtvaardigd en altijd schadelijk. Dwang kan vervangen worden door classificering van zieken, waakzaamheid, observatie dag en nacht, door vriendelijkheid en aandacht voor gezondheid, properheid, comfort, activiteiten en arbeid’ (Bierenbroodspot, 1969).

1.3.1 Invloed van de voorlopers op de huidige ergotherapie

De psychiaters Pinel, Tuke en Conolly worden als voorlopers van de ergotherapie gezien. Hun humanistische uitgangspunten bij de behandeling van