

Het gebruik van richtlijnen door ergotherapeuten in Nederland

Dr. Joan Verhoef en dr. Mieke Cardol; Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorginnovatie/opleiding ergotherapie

Samenvatting

Inleiding. Richtlijnen ondersteunen ergotherapeuten bij het nemen van beslissingen over diagnostiek en behandeling en dragen bij aan goede kwaliteit van zorg. Dit onderzoek evalueert het gebruik van richtlijnen door ergotherapeuten in Nederland, en hun behoefte aan richtlijnen. **Methode.** Met behulp van een vragenlijst is een cross-sectioneel inventariserend onderzoek uitgevoerd onder 246 ergotherapeuten in Nederland. De gegevens zijn geanalyseerd met SPSS versie 27. **Resultaten.** Bijna alle deelnemende ergotherapeuten zijn bekend met richtlijnen en ruim 90% van de respondenten raadpleegt richtlijnen. De belangrijkste reden om richtlijnen te raadplegen is als steun bij het nemen van beslissingen over zorg en om cliënten te informeren. De ergotherapie richtlijnen CVA en valpreventie worden het meest gebruikt. Van de respondenten heeft 29% de afgelopen 6 maanden een ergotherapeutische of multidisciplinaire richtlijn gemist. Een meerderheid van de respondenten is geïnteresseerd in een ander type richtlijnen, zoals persoonsgerichte of uitkomstgerichte richtlijnen. **Conclusie.** Richtlijnen zijn goed bekend bij ergotherapeuten en een grote meerderheid gebruikt richtlijnen, met name om beslissingen te ondersteunen en cliënten te informeren. Meer diversiteit en flexibiliteit in richtlijnen kan bijdragen aan het blijven gebruiken van richtlijnen en het blijven bieden van kwalitatief goede zorg.

Summary

Introduction. Clinical practice guidelines (CPGs) support occupational therapists in making decisions about diagnosis and treatment and contribute to quality of care. This study aims to evaluate the use of guidelines by Dutch occupational therapists, and their need for guidelines. **Method.** A cross-sectional study was performed among 246 Dutch occupational therapists, using a paper and online questionnaire. Data were analysed with SPSS version 27. **Results.** Almost all occupational therapists are familiar with guidelines and over 90% of the respondents consults guidelines. The most important reasons to consult guidelines are to support decisions about care and to inform clients. The guidelines occupational therapy in stroke and prevention of falls are most used. Of the respondents, 29% has missed a guideline during the last 6 months. A majority of the respondents is interested in a different type of guidelines, for instance person-centred or outcome-centred guidelines. **Conclusion.** Guidelines are well-known among Dutch occupational therapists and a great majority of the participants consults guidelines, mainly to support decisions in care and to inform clients. More diversity and flexibility in guidelines may contribute to the structural use of guidelines and delivering high-quality care.

Inleiding

Richtlijnen spelen een belangrijke rol in de Nederlandse gezondheidszorg en ondersteunen professionals en cliënten in de besluitvorming over kwalitatief goede en passende zorg.^{1,2} Vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw worden richtlijnen in de zorg gebruikt met als doel de kwaliteit van zorg te garanderen en te verbeteren. Het gebruik van richtlijnen maakt het handelen van zorgverleners transparant en onderbouwt dit met beschikbare kennis. Een richtlijn wordt

omschreven als 'een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers'.³ Richtlijnen hebben een adviserend karakter en bieden onderbouwde aanbevelingen die dienen als een leidraad voor diagnostiek en behandeling. Richtlijnen dragen bij aan de kwaliteit van het proces

van professioneel redeneren en aan de gezamenlijke besluitvorming met de cliënt over goede en gewenste zorg. Daarbij kan ook gemotiveerd worden afgeweken van de (algemene) aanbevelingen, bijvoorbeeld als er sprake is van comorbiditeit, als mogelijke nadelen voor de cliënt relatief zwaar wegen of de cliënt positieve ervaringen heeft met andere behandeling dan die de richtlijn aanbeveelt, of als er sprake is van specifieke omstandigheden waardoor toepassing van de richtlijn (deels) niet mogelijk of wenselijk is.⁴

Aankankelijk was de methodiek van richtlijnontwikkeling gebaseerd op consensus tussen professionals, maar vanaf de jaren tachtig werden in toenemende mate evidence based richtlijnen ontwikkeld.^{5,6} Daarbij werd naast de expertise van behandelaars meer gebruik gemaakt van beschikbare wetenschappelijke inzichten. Met het gebruik van richtlijnen worden wetenschappelijke inzichten geïntegreerd in de dagelijkse praktijk en wordt de toenemende informatiestroom hanteerbaar gemaakt voor zorgverleners.¹ Vanaf de jaren negentig werden in veel landen programma's opgezet om richtlijnen te ontwikkelen, met als doel kwalitatief goede zorg te bieden die doelmatig is en toegankelijk is voor iedereen.

Tegenwoordig bieden richtlijnen een overzicht van het huidige wetenschappelijke bewijs, met daarbij expliciete aanbevelingen over goede diagnostiek en behandeling. Daarbij dient ook het cliëntenperspectief onderdeel uit te maken van de richtlijn. De expertise en ervaringen van de zorggebruikers (met betrekking tot de in de richtlijn beschreven zorg) moeten hierbij zo goed mogelijk tot hun recht komen.³ Recent ontwikkelde richtlijnen bestaan uit modules, waardoor de richtlijnen efficiënter geraadpleegd en herzien kunnen worden (www.richtlijndatabase.nl).

Binnen de ergotherapie ondersteunen richtlijnen individuele ergotherapeuten bij het nemen van beslissingen over diagnostiek en behandeling.⁷ Zij maken de ergotherapeutische zorg transparant en dragen bij aan uniformiteit van handelen en het verminderen van verschillen in aanpak. Uit een onderzoek onder 94 Zweedse ergotherapeuten in de eerstelijnszorg bleek dat hun houding tegenover richtlijnen zeer positief was, en dat zij richtlijnen belangrijk vonden om cliënten de best mogelijke zorg te bieden. Een ruime meerderheid was bekend met relevante richtlijnen en gebruikte vaak richtlijnen.²

Richtlijnen kunnen ook de (multidisciplinaire) samenwerking stimuleren en leidend zijn voor het opstellen van samenwerkingsafspraken, en daarmee bijdragen aan ketenkwaliteit.¹

Daarom worden ook interdisciplinaire richtlijnen ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld de richtlijnen ziekte van Parkinson (2020) en oncologische revalidatie (2017).

De commissie Richtlijnen van Ergotherapie Nederland biedt een overzicht van landelijke richtlijnen die voor de ergotherapie relevant zijn. Voor ergotherapeuten in Nederland zijn er negen monodisciplinaire (behandel)richtlijnen beschikbaar en circa 40 multidisciplinaire richtlijnen (info.ergotherapie.nl/Richtlijn). Vrijwel al deze richtlijnen zijn diagnosegericht. De Ergotherapierichtlijn verslaglegging hebben we buiten beschouwing gelaten, omdat dit geen behandelrichtlijn is.

Er zijn veel richtlijnen beschikbaar voor ergotherapeuten, maar het is niet bekend in welke mate deze richtlijnen in de praktijk worden gebruikt, met welke reden richtlijnen worden gebruikt, hoe vaak ze worden gebruikt, of ze goed toegankelijk en begrijpelijk zijn en of de huidige richtlijnen voldoen aan de behoefte. Dit leidde ons tot de onderzoeksvraag: *Welke ervaringen hebben ergotherapeuten in Nederland met het gebruik van richtlijnen?* Daarnaast wil het onderzoek nagaan welke behoefte er is aan nieuwe of andere richtlijnen.

Method

Er is een cross-sectioneel inventariserend onderzoek uitgevoerd onder ergotherapeuten in Nederland met behulp van een vragenlijst. De vragenlijst bevatte in totaal 20 vragen (waarvan 16 meerkeuzevragen) over het gebruik van richtlijnen (13 vragen) en de werksituatie (7 vragen). De vragenlijst kon van januari tot mei 2017 op papier worden ingevuld of online via de website van Ergotherapie Nederland.

Voor het opstellen van de vragenlijst is literatuur gezocht over het gebruik van richtlijnen en ergotherapeutische richtlijnen, in de databases Cinahl en Medline en in Google Scholar, met de trefwoorden: clinical practice guidelines, practice standards, professional standards, in combinatie met (AND) occupational therapy.

De vragenlijst is gebaseerd op een onderzoek naar het gebruik van richtlijnen in de oncologische en palliatieve zorg en een richtlijnenoverzicht van de commissie Richtlijnen van Ergotherapie Nederland.⁸ De gegevens zijn geanalyseerd met SPSS versie 27 en beschrijvend weergegeven.

Resultaten

De vragenlijst is ingevuld door 246 ergotherapeuten (235 vrouwen, 11 mannen) uit verschillende werkvelden, online (n=139) of op papier (n=107). *Tabel 1* beschrijft kenmerken van de deelnemers.

Tabel 1*Kenmerken van de deelnemers (n=246)*

Gemiddelde leeftijd (range) in jaren	37 (22-64)
Gemiddeld aantal jaren werkervaring (range)	14 (0-42)
Werksetting:	
• Verpleeghuis	82 (33%)
• Eerste lijn/eigen praktijk	78 (32%)
• Revalidatie	35 (14%)
• Ziekenhuis	23 (9%)
• GGZ	9 (4%)
• Anders	19 (8%)
Voornamelijk werkzaam met:	
• Ouderen	87 (35%)
• Kinderen	69 (28%)
• Volwassenen	47 (19%)
• Divers	43 (18%)

Bijna alle respondenten (99%) waren bekend met richtlijnen en 91,5% had het afgelopen jaar een of meerdere (80%) richtlijnen geraadpleegd. Een meerderheid van de ergotherapeuten raadpleegt de richtlijn meerdere keren per jaar (40%), maandelijks (21%) of minimaal eenmaal per jaar (15%); een klein aandeel wekelijks (7%) of dagelijks (4%) en 4% weet niet hoe vaak hij een richtlijn raadpleegt. *Tabel 2* geeft een overzicht van de richtlijnen die ergotherapeuten raadpleegden in het afgelopen jaar (meerdere antwoorden mogelijk) en de richtlijn die zij het meest raadpleegden in het afgelopen jaar.

De ergotherapierichtlijnen CVA en Valpreventie worden door de meeste ergotherapeuten geraadpleegd, en zijn tevens de meest geraadpleegde richtlijnen voor een aanzienlijk deel van de respondenten. De ergotherapierichtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA en de ziekte van Parkinson is door 30% van de ergotherapeuten geraadpleegd, maar is voor slechts zeven respondenten de meest geraadpleegde richtlijn het afgelopen jaar. Ook de richtlijnen ergotherapie bij de ziek-

Tabel 2*Door ergotherapeuten in Nederland geraadpleegde richtlijnen*

Richtlijn	Geraadpleegd (N, (%))	Meest geraadpleegde richtlijn (N)
Ergotherapierichtlijnen		
Ergotherapierichtlijn CVA	130 (53%)	61
Ergotherapierichtlijn Valpreventie	115 (47%)	34
Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA en de ziekte van Parkinson	75 (30%)	7
Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson	73 (30%)	26
Ergotherapie bij dementerende ouderen en hun mantelzorgers	67 (27%)	18
Ergotherapie binnen een onderwijssetting	36 (15%)	16
Diagnostiek en behandeling van apraxie bij CVA	25 (10%)	-
Ergotherapierichtlijn Amyotrofische Laterale Sclerose (ALS)	25 (10%)	-
Multidisciplinaire richtlijnen		
Cognitieve revalidatie bij Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH)	41 (17%)	4
Multidisciplinaire richtlijn Ziekte van Parkinson	38 (16%)	-
Diagnostiek en behandeling van kinderen met Cerebrale Parese (CP)	35 (15%)	23
Diagnostiek en behandeling van COPD	30 (12%)	6
Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte	23 (9%)	1
Oncologische revalidatie	21 (9%)	5
Multiple Sclerose	21 (9%)	5
Diagnostiek en behandeling van Reumatoïde artritis	20 (8%)	-
Complex regionaal pijn-syndroom type 1	15 (6%)	-
Medische begeleiding van kinderen met het Downsyndroom	13 (5%)	1
Aspecifieke Klachten Arm, Nek en/of Schouders (KANS)	13 (5%)	2

te van Parkinson en Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers worden door veel ergotherapeuten geraadpleegd. Daarnaast wordt een aantal multidisciplinaire richtlijnen door veel ergotherapeuten geraadpleegd, waarbij de richtlijn Diagnostiek en behandeling van kinderen met Cerebrale Parese (CP) voor 23 respondenten ook de meest geraadpleegde richtlijn is.

Met betrekking tot de richtlijn die het meest is gebruikt het afgelopen jaar vindt 56% van de respondenten deze makkelijk te vinden en begrijpelijk, 40% kan de benodigde informatie vinden in de richtlijn, 37% vindt dat de informatie in de richtlijn helpt bij het maken van een keuze over behandeling of zorg en 31% is van mening dat hij door het gebruik van de richtlijn kwalitatief betere zorg heeft geboden. Een klein deel vindt echter dat de richtlijn te uitgebreid is (12%) of overbodige informatie bevat (10%) en 4% vindt de richtlijn moeilijk leesbaar. In de toekomst zou 87% van de respondenten de richtlijn weer gebruiken in een soortgelijke situatie.

Tabel 3

*Redenen om richtlijnen te gebruiken
(meerdere antwoorden mogelijk)*

Reden	N (%)
Het nemen van beslissingen over zorg	167 (68%)
Het informeren van cliënten en hun naasten	95 (39%)
Informeren van management	34 (14%)
Tijdens of ter voorbereiding van Multidisciplinair overleg	32 (13%)
Anders, namelijk ...	46 (19%)

Andere redenen om richtlijnen te gebruiken zijn: ontwikkeling van (interne) protocollen of behandelprogramma's, voorbereiding van de behandeling, onderbouwing, maken van keuzes voor assessments, zichzelf informeren, intervisie, toetsen van eigen behandeling of als naslagwerk.

Behoeftte aan/ontwikkeling van richtlijnen

De afgelopen 6 maanden heeft 29% van de respondenten een richtlijn gemist of niet kunnen vinden. In totaal zijn 45 verschillende onderwerpen genoemd, veelal maar door een enkele persoon benoemd. In het algemeen geven respondenten aan behoefte te hebben aan ergotherapeutische richtlijnen. Door meerdere ergotherapeuten werden richtlijnen gemist voor sensorische informatieverwerking (n=11), schrijfproblemen (n=7), DCD (n=6), spierziekten (n=6), chronische en/of onverklaarde pijn (n=5), autisme (n=4), execu-

tieve functies/cognitieve problemen (n=4) en MS (n=4), oncologie (n=3), (keuzeprocess bij) advisering van voorzieningen (n=3), verstandelijke beperking (n=3), handfunctie (n=3), COPD (n=2), hypermobiliteit (n=2), palliatieve zorg (n=2) en arbeidsproblemen (n=2).

Veel respondenten zijn geïnteresseerd in uitkomstgerichte richtlijnen (75%) of persoonsgerichte richtlijnen (63%), als aanvulling op diagnosegerichte richtlijnen. Uitkomstgerichte richtlijnen zijn daarbij beschreven als richtlijnen die gericht zijn op het gewenste resultaat van de ergotherapiebehandeling, zoals bijvoorbeeld participatie, zelfmanagement, balans in dagelijks handelen, eigen regie, of wonen; persoonsgerichte richtlijnen zijn omschreven als richtlijnen die gericht zijn op bijvoorbeeld het betrekken van familie, de persoonlijke situatie, ervaringskennis, ondersteunen van mantelzorgers of gezamenlijke besluitvorming.

De 21 respondenten (8,5%) die aangaven geen richtlijnen te gebruiken geven als redenen daarvoor aan (meerdere antwoorden mogelijk):

- Ik heb geen tijd om de richtlijnen op te zoeken (n=21)
- Ik kan de aanbevelingen uit de richtlijnen niet direct gebruiken in mijn praktijk (n=19)
- Ik ben niet bekend met de richtlijnen (n=17)
- Ik kan de richtlijnen niet (eenvoudig) vinden (n=17)
- Ik vind de richtlijnen te uitgebreid (n=13)

In mindere mate werden genoemd dat zij de benodigde informatie niet in de richtlijnen kunnen vinden (n=6), de richtlijnen moeilijk leesbaar vinden (n=5), zelf voldoende kennis en ervaring hebben (n=5), de aanbevelingen in de richtlijn te strikt geformuleerd vinden (n=4) en dat de richtlijn niet helpt bij het maken van een keuze voor behandeling of diagnostiek (n=3).

Discussie

De resultaten geven een positief beeld van de bekendheid en het gebruik van richtlijnen door ergotherapeuten in Nederland: bijna alle respondenten zijn bekend met richtlijnen en een overgrote meerderheid raadpleegt richtlijnen. De belangrijkste reden om richtlijnen te raadplegen is als steun bij het nemen van beslissingen over zorg. De richtlijnen die het meest gebruikt worden zijn de ergotherapierichtlijnen CVA en valpreventie. Hoewel bij de behoefte aan richtlijnen vooral diagnoses worden genoemd, geeft een meerderheid van de respondenten aan ook geïnteresseerd te zijn in een ander type richtlijnen, zoals persoonsgerichte of uitkomstgerichte richtlijnen.

De resultaten komen overeen met de resultaten van het

onderzoek onder Zweedse ergotherapeuten, waarbij een groter deel van de Nederlandse ergotherapeuten bekend is met richtlijnen, richtlijnen kan vinden en richtlijnen raadpleegt.² De resultaten zijn mogelijk positief beïnvloed doordat een meerderheid van de respondenten de vragenlijst heeft ingevuld via de website of cursussen van de beroepsvereniging. Aangezien richtlijnen door de beroepsvereniging (mede) worden ontwikkeld en verspreid zijn richtlijnen voor deze ergotherapeuten goed beschikbaar. Onder de respondenten zijn 66 cursisten van de specialisatie kinderergotherapie, dit kan verklaren dat bij richtlijnen die gemist worden veel onderwerpen genoemd zijn over de behandeling van kinderen.

De vragenlijst is ingevuld in 2017. Sindsdien zijn de monodisciplinaire richtlijnen Ergotherapie bij de ziekte van MS (2017) en Ergotherapierichtlijn bij Q-koorts vermoeidheidssyndroom (2017) ontwikkeld, en is de ergotherapierichtlijn ALS (2020) herzien. Daarnaast zijn circa 20 multidisciplinaire richtlijnen herzien of ontwikkeld, zoals palliatieve zorg bij COPD (2021), revalidatie en nazorg bij COVID-19 (2021), richtlijn DCD (2021), richtlijn Duchenne spierdystrofie (2021) en Dwarslaesie revalidatie (2019).

In de inhoud van recente ergotherapeutische richtlijnen worden zelfmanagement, betekenisvolle activiteiten en participatie benoemd. Vanuit het perspectief van persoonsgerichte zorg pleiten wij voor meer nadruk op (voor de cliënt) relevante uitkomsten bij de ontwikkeling van richtlijnen. Persoonsgerichte zorg vraagt om gerichte toepassing van beschikbare kennis en om het delen en bespreken van deze kennis met de cliënt, zodat deze zijn eigen afwegingen kan maken. Richtlijnen waarin beschikbare kennis is samengevat bieden een leidraad voor een dialoog met de cliënt over de behandelmogelijkheden en voor gezamenlijke besluitvorming. Het persoonsgerichte aspect kan meer invulling krijgen als de ergotherapeut, in aanvulling op de wetenschappelijke en professionele kennis die verwerkt is in een richtlijn, informatie zoekt over collectieve ervaringskennis (*evidence* van cliënten) over behandeling en het leven met een aandoening, en ook deze kennis bespreekt met de cliënt (www.eur.nl/patientervaringen). Tegenwoordig wordt bij innovatie van richtlijnen meer aandacht besteed aan gerichtheid op de individuele cliënt, onder andere door patiëntpaden, (*shared*) *decision support systems* en patiëntversies (www.zonmw.nl). Ook behandelaars kunnen bijdragen aan het beter geschikt maken van richtlijnen voor bepaalde groepen mensen. Dit gebeurt bijvoorbeeld met de 'Methodiek voor op ouderen afgestemde Richtlijnontwikkeling'⁹, omdat bij ouderen de uitkomsten en neveneffecten van behandelingen anders kunnen zijn, en

de kortere levensverwachting en bijkomende aandoeningen anders meewegen in de (gezamenlijke) besluitvorming.

Voor het gebruik van richtlijnen zijn de inhoud, vorm en context van richtlijnen belangrijk. Recent constateerde de *World Health Organisation* (WHO) dat de aanbevelingen in richtlijnen minder worden opgevolgd, waardoor vaker ineffektieve zorg wordt geleverd.¹⁰ Dit gebeurt onder andere in Nederland. Redenen daarvoor zijn dat richtlijnen niet altijd actueel zijn, en dat de vaak lange teksten in een richtlijn niet bij de huidige tijd passen. Om toepassing van richtlijnen te bevorderen wordt informatie steeds vaker gevisualiseerd, gedoseerd en binnen een bepaalde context aangeboden. Daarom is het aantal ergotherapeutische en multidisciplinaire richtlijnen dat recent is herzien of ontwikkeld en het modulair aanbieden van nieuwe richtlijnen, zoals de richtlijn DCD, een positieve ontwikkeling om het gebruik van richtlijnen te (blijven) stimuleren.

Wij concluderen op basis van dit inventariserende onderzoek dat bijna alle deelnemende ergotherapeuten bekend zijn met richtlijnen en dat ruim 90% richtlijnen gebruikt, met name om beslissingen te ondersteunen en cliënten te informeren. Meer diversiteit en flexibiliteit in inhoud en vorm van richtlijnen kan bijdragen aan meer persoonsgerichte toepassing en aan het blijven gebruiken van richtlijnen, en daarmee aan het blijven bieden van kwalitatief goede zorg. 

Referenties:

1. Steultjens, E. & Vermeulen, H. (2020). Richtlijnen. In: Kuiper, C., Verhoef, J., Munten, G. & Hoegen, P. (Red.). *Evidence-based practice voor paramedici. Gezamenlijke, geïnformeerde besluitvorming* Amsterdam, Nederland: Boom uitgeverij.
2. Lindström, A.C. & Bernhardsson, S. (2018). Evidence-Based Practice in Primary Care Occupational Therapy: A Cross-Sectional Survey in Sweden. *Occup Ther Int*; 2018:5376764. doi: 10.1155/2018/5376764. eCollection 2018.
3. Regieraad Kwaliteit van zorg (2012). Richtlijn voor richtlijnen. Den Haag. ([Richtlijn_voor_Richtlijnen_derde_herziene_versie.pdf](#) (nvog.nl))
4. Koerselman, G.F. & Korzec, A. (2008). Voorstel voor een checklist bij het afwijken van richtlijnen. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2008;152:1757-9
5. Vermeulen, H., Berben, S., Heinen, M. (2017). Evidence based richtlijnen, werken volgens de laatste stand van wetenschap. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz*; 2017; 49:67–68 DOI 10.1007/s12452-017-0115-9.
6. Burgers, J. (2017). Persoonsgerichte zorg in richtlijnen: contradictie of paradox? Maastricht: Universiteit Maastricht (te raadplegen via [Oratie_Burgers.pdf](#) (maastrichtuniversity.nl))

7. Stergiou-Kita, M. (2010). Implementing clinical practice guidelines in occupational therapy practice: recommendations from the research evidence. *Australian Occupational Therapy Journal* (2010), 57:76–87.
8. Verhoof, E., Uitdehaag, M., Van der Veer, W. & Veerbeek, L. (2013). Evaluatie gebruik richtlijnen oncologische en palliatieve zorg. Onderzoeksverslag. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).
9. Van Munster, B., Arends, A., van Barneveld, T. & de Beer, J. (2017). Maak richtlijnen op maat voor ouderen. Medisch Contact (Maak richtlijnen op maat voor ouderen | medischcontact).
10. Kieny, M., Evans, T.G.; Scarpetta, S.; Kelley, E.T., Klazinga, N., Forde, I., Veilard, H.H.M, Leatherman, S., Syed, S., Kim, Sun M, Nejad, S.B.; Donaldson, L. (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development. World Bank Group; 2018

Websites:

- info.ergotherapie.nl/richtlijn
- www.richtlijndatabase.nl
- www.aota.org/Practice/Researchers/practice-guidelines.aspx
- www.guidelinecentral.com/summaries/professions/occupational-therapists/
- www.eur.nl/patientervaringen
- www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/kwaliteits-instrumenten/innovatie-van-richtlijnen/