

***Een geschikt instrument op participatiegebied
voor de behandeling van patiënten met een CVA
In de diagnostische- en evaluatiefase***



Laura Brussaard
0887994

**MAASSTAD
ZIEKENHUIS**



Titelpagina

Titel van het onderzoek:

Een geschikt instrument op participatiegebied voor de behandeling van patiënten met een CVA voor gebruik in de diagnostische- en evaluatiefase.

Onderzoeksvraag

Welk instrument is geschikt om in zowel de diagnostische- als in de evaluatiefase de participatiemogelijkheden bij volwassenen met een CVA in kaart te brengen en het resultaat van de behandeling te evalueren, in het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse?

Auteur:

Brussaard, Laura
HBO Ergotherapie 4A
Hogeschool Rotterdam
0887994@hr.nl
Jaar: 2017-2018

Opdrachtgever:

Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse
Afdeling revalidatiegeneeskunde
Aafke Ruiter en Marjolein Koning (ergotherapeuten)

Afstudeerbegeleider:

Joan Verhoef
Hogeschool Rotterdam
j.a.c.verhoef@hr.nl

Datum inlevering:

10-06-2018

Aantal woorden:

6744

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Een geschikt instrument op participatiegebied voor de behandeling van patiënten met een CVA welke gebruikt wordt in de diagnostische- en evaluatiefase'. Dit afstudeeronderzoek is uitgevoerd voor het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse. Dit is gedaan tijdens de afstudeerfase van de bachelor opleiding ergotherapie (2017-2018) aan de Hogeschool Rotterdam.

Ik wil iedereen bedanken die een bijdrage geleverd heeft aan onderzoek. In het bijzonder wil ik graag mijn stagebegeleiders Aafke Ruiters en Marjolein Koning bedanken voor alle hulp en ondersteuning die zij geboden hebben tijdens het onderzoek.

Daarnaast bedank ik Joan Verhoef, mijn scriptiebegeleider vanuit de Hogeschool Rotterdam, voor de gekregen begeleiding en feedback.

Hellevoetsluis, juni 2018

Laura Brussaard

Samenvatting

Inleiding

In het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse (MSZ) behandelen de ergotherapeuten onder andere patiënten na een Cerebro Vasculair Accident (CVA), ook wel beroerte genoemd. De leeftijd van de patiënten is laag wanneer dit wordt vergeleken met de gemiddelde leeftijd van mensen met een CVA. De gevolgen hiervan kunnen heel uiteenlopend zijn en hebben vaak invloed op alle handelingsgebieden, met name op participatiegebied. Het doel van het onderzoek is dat de ergotherapeuten van het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse een onderbouwd advies krijgen over een geschikt instrument om de participatiemogelijkheden van volwassenen met een CVA in kaart te brengen, in zowel de diagnostische- als in de evaluatiefase.

Tijdens het onderzoek is antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag:
Welk instrument is geschikt om in zowel de diagnostische- als in de evaluatiefase de participatiemogelijkheden bij volwassenen met een CVA in kaart te brengen en het resultaat van de behandeling te evalueren, in het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse?

Methode

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is literatuuronderzoek uitgevoerd, zijn er individuele interviews gehouden en is er een focusgroepinterview gedaan.

In het literatuuronderzoek is onderzocht welke instrumenten er zijn om participatiemogelijkheden in kaart te brengen, waarnaast ook het resultaat van de ergotherapeutische behandeling te evalueren is (bij volwassenen met een CVA).

Nadat het literatuuronderzoek afgerond is, zijn er individuele interviews gehouden met de vier werkzame ergotherapeuten in het MSZ. Tijdens het interview is gevraagd naar de mening van de ergotherapeuten over de instrumenten en over het mogelijke gebruik in de praktijk daarvan. Vervolgens is een focusgroepinterview opgezet om samen tot een geschikt instrument te komen dat gebruikt kan gaan worden tijdens de diagnostische- en evaluatiefase van de ergotherapeutische behandeling in het MSZ.

Resultaten

Uit het literatuuronderzoek komen vier mogelijk geschikte instrumenten naar voren: de COPM (Canadian Occupational Performance Assessment), de USER-P (Utrechtse Schaal Evaluatie Revalidatie-Participatie), de IPA (Impact op Participatie en Autonomie) en de P-scale (Participation Scale). De COPM wordt door meerdere bronnen aanbevolen om altijd als standaard af te nemen. De USER-P belicht de objectieve en subjectieve participatie en heeft een positieve bewoording. De IPA belicht veel verschillende gebieden en onderwerpen, maar is lang qua afnametijd in vergelijking met de andere instrumenten. In de P-scale kan de sociaaleconomische-problematiek in kaart gebracht worden, maar het instrument wordt als onduidelijk ervaren qua lay-out.

In het praktijkonderzoek is naar voren gekomen dat alle ergotherapeuten vinden dat de USER-P het meest geschikte instrument is om extra af te nemen naast de COPM, die standaard afgenomen moet blijven worden.

De ergotherapeuten verschilden in mening wanneer het instrument afgenomen moest worden. In het focusgroepinterview is duidelijk geworden dat na de eerste behandeling de USER-P meegegeven moet worden en dat het instrument binnen de eerste drie weken van het behandeltraject besproken moet worden, afhankelijk van de therapeut en de patiënt.

Aanbevelingen

De volgende aanbevelingen zijn gegeven, gebaseerd op de uitkomsten van het afstudeeronderzoek:

- Er wordt aanbevolen om de USER-P af te nemen bij patiënten met een CVA in de diagnostische -en in de evaluatiefase.
- Het gebruik van de USER-P opnemen in het CRT-protocol wordt aanbevolen.
- Het wordt daarnaast aanbevolen om de handelingswijze na zes maanden te evalueren door de ergotherapeuten.
- Een andere aanbeveling zou zijn dat er in een vervolgstudie onderzocht wordt of het toevoegen van de USER-P in het revalidatietraject een positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg en de behandeling van de patiënt.

Conclusie

Na het uitgevoerde literatuur-en praktijkonderzoek kan geconcludeerd worden dat de USER-P het meest geschikte instrument is. Dit instrument is kort in afdruk (5-10 min), het belicht de objectieve en subjectieve participatie en heeft een positieve bewoording. Door de patiënt de USER-P in te laten te vullen en de resultaten hiervan mee te nemen in de behandeling, kan de behandeling zo gericht, efficiënt en effectief mogelijk aangeboden worden. Daarnaast kunnen de resultaten van de behandeling geëvalueerd worden door de USER-P af te nemen in de evaluatiefase.

Inhoudsopgave

Titelpagina	2
Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	4
1. Inleiding.....	7
1.1 Participatie	8
1.2 Praktijkprobleem.....	8
1.3 Doel- en vraagstelling	9
1.4 Leeswijzer	9
2. Methode	10
2.1 Literatuuronderzoek.....	10
2.2 Praktijkonderzoek.....	12
3. Resultaten	14
3.1 Literatuurstudie	14
COPM (Canadian Occupational Performance Measure)	16
USER-P (Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie-Participatie)	16
IPA (Impact op Participatie en Autonomie)	17
P-scale (Participation Scale)	17
Vergelijkingen volgens onderzoeken	17
3.2 Praktijkonderzoek	19
3.2.1 Individuele interviews.....	19
3.2.2 Focusgroepinterview	22
4. Discussie	24
Sterke en zwakke kanten.....	25
Bijdrage kwaliteit van zorg	26
5. Aanbevelingen.....	26
6. Conclusie.....	26
Literatuurlijst.....	27
Bijlagen	30
Bijlage 1: Zoekhistorie databanken.....	30
Bijlage 2: Topiclijsten	33
Interview.....	33
Focusgroepinterview.....	33
Bijlage 3: Toegestuurde PowerPoint presentatie voor het interview	34
Bijlage 4: PowerPoint presentatie focusgroepinterview	41
Bijlage 5: Overzicht van de meetinstrumenten	46
Bijlage 6: Uitleg van de verschillende meetinstrumenten	47
Literatuurlijst: bronnen alleen gebruikt voor bijlage 2 en 3	49
Bijlage 7: Gebruikte bronnen voor tabel 2	50

1. Inleiding

Dit afstudeeronderzoek vindt plaats in de periode februari tot juli 2018. Het onderzoek wordt uitgevoerd op de polikliniek revalidatiegeneeskunde van het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse (verder afgekort naar MSZ). Hier werken vier ergotherapeuten. Zij behandelen voornamelijk patiënten met chronische pijn en neurologische problematiek, waaronder veel patiënten met een Cerebro Vasculair Accident (CVA).

Het afstudeeronderzoek is gericht op het inventariseren van welke meetinstrumenten bestaan om te gebruiken in de diagnostische fase om participatiemogelijkheden in kaart te brengen, waarbij tevens het resultaat van de behandeling geëvalueerd kan worden in het MSZ door dit instrument ook aan het einde van het behandeltraject af te nemen. Het onderzoek richt zich op volwassenen die een CVA hebben doorgemaakt.

Een CVA, ook wel beroerte genoemd, is een acute verstoring van de bloedvoorziening van de hersenen, die tot neurologische verschijnselen aanleiding geeft (Steultjens, Cup, Zajec & Van Hees, 2013).

In het MSZ zijn de patiënten die binnenkomen met een CVA van middelbare leeftijd (45 tot 65 jaar). Deze leeftijd is laag wanneer dit wordt vergeleken met de gemiddelde leeftijd van mensen met een CVA. Werk speelt hierdoor meestal een grote rol, daarnaast staat ook de zorg voor de (klein)kinderen en het sociale contact met familie en vrienden op de voorgrond. In de praktijk is te zien dat de gevolgen van een CVA erg uiteenlopend zijn, het kan veel gevolgen hebben op het handelen en op de participatie van een patiënt. Dit kan een negatieve invloed hebben op:

1. De motivatie voor of de mogelijkheid tot deelname aan een revalidatiebehandeling
 2. Het herstelverloop
 3. Het zelfstandig uitvoeren van dagelijkse handelingen
 4. De relatie met de partner
 5. Het sociaal functioneren/tijdsbesteding
 6. De arbeidsreïntegratie
- (Cup & Steultjens, 2005).

Balans tussen belasting en belastbaarheid is ook een groot item in de behandeling. Deze is vaak niet optimaal bij patiënten. De verdeling tussen de verschillende activiteiten vinden, ook op participatieniveau, is erg lastig voor de meeste patiënten.

Aangetoond is dat bijna 1 op de 2 overlevenden van een beroerte, één jaar na de beroerte, participatieproblemen ondervinden bij lichaamsbeweging, huishoudelijke taken en activiteiten buitenshuis. Verder wordt gesteld dat 1 op de 3 overlevenden van een beroerte niet tevreden zijn met hun cognitieve vermogen, activiteiten buitenshuis en werk/huishouden (Zee, Visser-Meily, Lindeman, Kappelle, & Post, 2013b).

CRT-protocol

Momenteel wordt een protocol voor Cognitieve Revalidatie Therapie (CRT) opgezet. Na afronding van dit onderzoek zal de uitkomst hierin meegenomen worden. Hierdoor is het voor alle ergotherapeuten duidelijk en wordt er meer aandacht besteedt aan het inventariseren, objectiveren en evalueren van de participatiemogelijkheden.

De uitkomst van het onderzoek is gebaseerd op de meningen en argumenten van de ergotherapeuten. Op deze manier wordt draagvlak gecreëerd en is het waarschijnlijker dat de verandering in handelen doorgevoerd wordt in de beroepspraktijk.

1.1 Participatie

Veel verschillende definities van participatie zijn beschreven binnen de gezondheidszorg.

- Vanuit het Model Of Human Occupation (MOHO) wordt het volgende benoemd: 'Participation refers to engagement in work, play, or activities of daily living that are part of one's sociocultural context and that are desired and/or necessary to one's wellbeing. Engagement involves not only performance but also subjective experience' (Kielhofner, 2002, pp. 115).
- Participatie betekent actieve betrokkenheid in het dagelijks leven, in gezinnen, op het werk en in gemeenschappen (Christiansen, Baum & Bass-Haugen, 2005).
- De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omschrijft in het International Classification, Disability and Health participatie met de definitie: *a person's involvement in life situations* (WHO, 2001).

In dit onderzoeksvoorstel wordt vanuit de brede zin van participatie gesproken en wordt vooral de eerste definitie van Kielhofner aangehouden. Deze definitie is voldoende omvattend en beschrijft meerdere vormen van participatie.

1.2 Praktijkprobleem

Huidige werkwijze

Op dit moment hebben de ergotherapeuten in het MSZ onvoldoende kennis van de verschillende ergotherapeutische instrumenten op participatieniveau die bestaan en ingezet kunnen worden. Dit om de participatiemogelijkheden bij patiënten met een CVA in kaart te brengen tijdens de diagnostische fase en daarnaast het resultaat van de behandeling te kunnen evalueren. Momenteel wordt gebruik gemaakt van een open intake en de Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Dit wordt gedaan om de door de patiënt ervaren problemen in het dagelijks handelen te achterhalen, om deze vervolgens centraal te stellen in de behandeling. Hiernaast wordt vaak gebruik gemaakt van een tijdschrijflijst die een patiënt invult, zodat een overzicht ontstaat van hoe de patiënt zijn/haar week indeelt. Met behulp van deze gegevens wordt het behandeltraject verder vormgegeven. Aan het eind van het behandeltraject wordt de COPM nogmaals gescoord op de aangegeven handelingsproblemen, om de vooruitgang van de patiënt vast te leggen.

Als er gekeken wordt naar de verschillende richtlijnen, adviseren de ergotherapierichtlijn CVA (Steultjens, Cup, Zajec & Van Hees, 2013) en de ergotherapierichtlijn beroerte (Cup & Steultjens, 2005) onder andere het gebruik van de COPM. In de richtlijnen met betrekking tot neurologische problematiek worden meer instrumenten genoemd, maar deze worden niet gebruikt in het MSZ. Naast de instrumenten die in de richtlijnen benoemd worden, zijn er meer beschikbaar.

Gewenste werkwijze

De gewenste werkwijze en daarbij ook de aanleiding voor dit onderzoek is een verder uitgebreide diagnostische fase waarin in kaart gebracht kan worden welke participatieproblemen een patiënt met een CVA ervaart. Daarnaast zal met dit instrument het resultaat van de ergotherapeutische behandeling geëvalueerd kunnen worden, aangezien het instrument kan dienen als een evaluatie-instrument naast de COPM. Doordat het resultaat van de behandeling geëvalueerd wordt, kan er gezegd worden of de revalidatiebehandeling klinisch relevant is geweest.

Door de diagnostische fase uit te breiden met een instrument op participatieniveau, wordt de problematiek van de patiënt beter in beeld gebracht. Hierdoor zal de behandeling beter aansluiten en kan deze gericht, effectiever en efficiënter aangeboden worden. Doordat de resultaten van de behandeling ook geëvalueerd worden aan het einde van het revalidatietraject, is een mogelijk verschil te objectiveren. Dit beide zal een bijdrage leveren aan de beroepspraktijk en hierdoor zal niet alleen verbetering van zorg plaatsvinden in de organisatie, maar dit zal ook de kwaliteit van de ergotherapeutische zorg voor de patiënt verbeteren. Het gebruik van het nieuwe instrument zal opgenomen worden in het CRT-protocol wat momenteel opgezet wordt.

1.3 Doel- en vraagstelling

Doelstelling

- Het doel van het onderzoek is dat de ergotherapeuten van het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse een onderbouwd advies krijgen over een geschikt instrument om de participatiemogelijkheden van volwassenen met een CVA in kaart te brengen, in zowel de diagnostische- als in de evaluatiefase.

Onderzoeksvraag

- Welk instrument is geschikt om in zowel de diagnostische- als in de evaluatiefase de participatiemogelijkheden bij volwassenen met een CVA in kaart te brengen en het resultaat van de behandeling te evalueren, in het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse?

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de methode voor het literatuur-en praktijkonderzoek weergegeven, in hoofdstuk 3 de resultaten hiervan. In hoofdstuk 4 leest u de discussie van het onderzoek en de aanbevelingen voor de opdrachtgever. Als laatste staat in hoofdstuk 5 de conclusie.

2. Methode

2.1 Literatuuronderzoek

Tijdens de literatuurstudie is gezocht naar artikelen in de databases: Cinahl & Medline. Na het gebruik van OTSeeker voor de probleemanalyse, bleken hier weinig tot geen relevante artikelen uit te komen. Om deze reden is niet verder gezocht in deze database. Naast het gebruik van de databases is gebruik gemaakt van de volgende richtlijnen en boeken om verdere verdieping te krijgen:

- Ergotherapie-richtlijn beroerte
- Multidisciplinaire-richtlijn Cognitieve Revalidatie NAH
- Ergotherapie-richtlijn CVA
- Ergotherapie-richtlijn vermoeidheid
- Grondslagen van de ergotherapie
- Zorgbasics

Naast deze bronnen, is het gebruik van andere bronnen op internet zoals artikelen van revalidatiecentra of Nederlandse onderzoekers niet uitgesloten.

Zoekvraag:

- Welke instrumenten zijn er om de participatiemogelijkheden in kaart te brengen waarmee ook het resultaat van de ergotherapeutische behandeling te evalueren is (bij volwassenen met een CVA)?

PICO

<i>Zoekwoorden voor in de databanken</i>		
	Trefwoord Nederlands	Trefwoord Engels
P	Beroerte	Stroke
	CVA	CVA
	Cerebro Vasculair Accident	Cerebro Vasculair Accident
I	Assessment	Assessment
	Diagnostiek	Diagnostics
	(Meet) instrument	(Measuring) instrument
	Ergotherapie	Occupational Therapy
	Evaluatie	Evaluation
O	Participatie	Participation

Tabel 1

- De trefwoorden van de P, I en O zijn gecombineerd.

- Zie [*bijlage 1*](#) voor de zoekresultaten.

Voor de eerste zoekopdrachten in de databanken zijn de volgende *inclusiecriteria* opgesteld:

- *Criteria a.*
- Artikel is in het Nederlands of Engels.
- Artikel is maximaal 15 jaar oud (voorkeur is 10 jaar).
- Artikel beschrijft een instrument vanuit de ergotherapie, gericht op participatie.

Na het onderzoek over de verschillende beschikbare instrumenten, zijn nieuwe criteria opgesteld om de zoekresultaten te specificeren.

- *Criteria b.*
- Instrument is in het Nederlands verkrijgbaar en vindbaar.
- Instrument is af te nemen bij de doelgroep *volwassenen* met een CVA.
- Voldoende informatie is beschikbaar (over de tijdsduur en de klinimetrische beoordeling).

In eerste instantie is breed gezocht, om een zo duidelijk en overzichtelijk mogelijk beeld te krijgen.

Na deze selectie zijn de instrumenten afzonderlijk onderzocht. Hierbij is gekeken naar de klinimetrische beoordeling zoals validiteit en betrouwbaarheid, maar ook de pragmatische factoren zoals de afnametijd, mogelijkheid tot een herhalingsonderzoek, de kosten, de aanwezigheid in het MSZ en de verplichting tot een scholing speelde een rol bij de keuze voor het instrument. De gebruikte gegevens voor deze informatie is verkregen uit de bronnen van het literatuuronderzoek.

Hierna zijn de zoekresultaten voor een laatste keer gespecificeerd door de volgende criteria:

- *Criteria c.*
- Minimaal 3 positieve beoordelingen (aangegeven met een '+') staan geregistreerd bij de klinimetrische beoordeling.
 - De testen waarbij minder dan 3 '+' tekens staan worden geëxcludeerd.
- De responsiviteit is bekend en voldoende (+).

Door de instrumenten waar minder dan 3 '+' tekens staan te excluderen, zijn de instrumenten van het hoogste kwalitatief beoordeelde niveau verder meegenomen in het onderzoek.

Het laatste criterium ('+' bij de responsiviteit) is van belang voor dit onderzoek. Door voldoende responsiviteit is verandering aantoonbaar te maken en is het resultaat van de behandeling te evalueren.

De overgebleven instrumenten zijn toegelicht met behulp van verschillende artikelen. Hierdoor zijn deze instrumenten verder uitgediept en is er een duidelijke omschrijving van de instrumenten beschikbaar, zodat er een goed onderbouwde conclusie geschreven kan worden.

Dit is daarnaast ook van toegevoegde waarde voor het praktijkonderzoek om informatie te verstrekken aan de ergotherapeuten, als de overgebleven instrumenten minder bekend zijn.

2.2 Praktijkonderzoek

Methode

Vraag praktijk onderzoek:

- Welk van de geselecteerde instrumenten (COPM, IPA, USER-P & P-Scale) is het meest geschikt om in de diagnostische fase de participatiemogelijkheden van volwassenen met een CVA in kaart te brengen waarnaast het resultaat van de ergotherapeutische behandeling te evalueren is, in het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse?

Er is kwalitatief praktijkonderzoek uitgevoerd door middel van semigestructureerde-interviews, waarin gebruik gemaakt is van een topiclist (zie [bijlage 2](#)).

Allereerst hebben individuele interviews plaatsgevonden met de vier werkzame ergotherapeuten in het MSZ. 'Interviews zijn de meest aangewezen methode als het gaat om het verzamelen van informatie over kennis en vaardigheden en attitudes en opinies' (Verhoef et al., 2016). De ergotherapeuten hebben voor aanvang (± een week) een PowerPoint presentatie (zie [bijlage 3](#)) ontvangen waarin de resultaten van het literatuuronderzoek weergegeven zijn.

In het daadwerkelijke interview is de uitwerking van de vier overgebleven instrumenten (COPM, IPA, USER-P & P-Scale) toegelicht. Deze instrumenten waren op papier aanwezig en uitgebreid doorlopen op het moment dat de ergotherapeut niet bekend was met het instrument. Hierna is het interview gestart door de ergotherapeut te vragen wat haar mening was over deze instrumenten en over het mogelijke gebruik in de praktijk daarvan. Aan het einde van het interview is een samenvatting van het gesprek gegeven aan de geïnterviewde ergotherapeut.

Het interview heeft gemiddeld 15 minuten geduurd (apart van de uitleg van de instrumenten) en is opgenomen.

Nadat alle ergotherapeuten afzonderlijk geïnterviewd waren, is er een focusgroepinterview gedaan. Hierbij waren drie¹ ergotherapeuten aanwezig. Er is gebruik gemaakt van een topiclijst (zie [bijlage 2](#)).

De conclusie van het literatuuronderzoek is tijdens de bijeenkomst kort benoemd en de instrumenten zijn nog kort doorlopen. Hierna zijn de resultaten en de argumenten uit de individuele interviews besproken. Dit is gedaan door middel van een PowerPoint presentatie, welke weergegeven is in [bijlage 4](#). Op het moment dat dit duidelijk was, is het gesprek gestart. Volgens het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO² (2004) is het de bedoeling dat in de focusgroep de ergotherapeuten een zorgvuldig geplande discussie voeren over hun ideeën, motieven, belangen en denkwijze omtrent een omschreven aandachtsgebied.

Het uiteindelijke doel van het focusgroepinterview was om samen tot een geschikt instrument te komen, die gebruikt kan gaan worden tijdens de diagnostische- en evaluatiefase van de ergotherapeutische behandeling in het MSZ.

Tijdens het focusgroepinterview heb ik als stagiaire ergotherapie als gespreksleider gefungeerd, maar het was van belang dat er onderling tussen de ergotherapeuten discussie zou blijven bestaan.

¹ Tijdens het focusgroepinterview was ergotherapeut 1 niet aanwezig vanwege ziekte.

² Centraal Begeleidings Orgaan

De reden dat ervoor gekozen is om eerst de ergotherapeuten afzonderlijk te interviewen, is om ieder een kans te geven om te benoemen wat hun meningen en argumenten zijn. In een groepsdiscussie kunnen de ergotherapeuten geneigd zijn om sociaal-geaccepteerde antwoorden te geven, wat door de individuele interviews ondervangen kan worden. Een voordeel hiervan is dat het de ergotherapeuten tijd geeft om verder na te denken over de instrumenten en dan eventuele aanvullingen in het focusgroepinterview besproken konden worden.

De individuele interviews en het focusgroepinterview zijn woordelijk getranscribeerd. De data-analyse is gedaan door middel van coderen. De informatie is inhoudelijk geordend door te zoeken naar en het expliciteren van de aspecten die voor het onderzoek relevant zijn. Vervolgens is gezocht naar patronen, thema's en samenhang in de resultaten (Verhoef et al., 2016). Dit is gedaan door een eerste codering te maken, met behulp van labeling. Hierna is open gecodeerd en axiaal gecodeerd waarbij de codes zijn samengevoegd. Als laatste is er een tweede, selectieve codering geweest.

De vier werkzame ergotherapeuten in het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse, die geïnterviewd zijn, worden met een nummer aangeduid om de anonimiteit te waarborgen.

Met de beschreven methode voor het praktijkgericht onderzoek worden de gedragsregels uit 'de gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo' in acht genomen (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters & Peij, 2010).

3. Resultaten

3.1 Literatuurstudie

Uit het literatuuronderzoek zijn 24 instrumenten gekomen. Zie [bijlage 5](#) voor dit overzicht. Een korte uitleg van de verschillende meetinstrumenten is opgenomen in [bijlage 6](#).

In de meeste instrumenten komen alle handelingsgebieden aan bod. Een paar instrumenten richten zich op een beperkt aantal handelingsgebieden.

Zo wordt in de *ACS-NL*³ en de *PC-Part*⁴ aandacht besteed aan de handelingsgebieden wonen/zorgen en vrije tijd/spel.

De instrumenten *ERS*⁵ en de *RCV2*⁶ bespreken het handelen alleen op het gebied van werken/leren.

Van de 24 beschreven instrumenten voldoen 10 instrumenten aan de opgestelde *criteria b* (zie methode literatuuronderzoek, blz.11). De uitkomsten van het (afzonderlijke) onderzoek naar de instrumenten, samen met een aantal eigenschappen, is weergegeven in tabel 2.

³ *Activity Card Sort*

⁴ *Personal Care-Participation Assessment and Resource Tool*

⁵ *Employability Rating Scale*

⁶ *Role checklist version 2*

Instrument	Klinimetrische beoordeling					Soort instrument	Afname tijd	Herhalings-onderzoek	Kosten	Aanwezig MSZ	Scholing
	Ct	Cs	Ib	Th	R						
COPM Canadian Occupational Performance Assessment	+	±	±	+	+	ET afnemen	30-45 min	Ja	€22,50	Ja	NV
OPHI II-NL Occupational Performance History Interview II	-	+	~	~	~	ET afnemen	110 min	Nee	€0	Nee	Nee
OSA Occupational Self Assessment	~	+	~	~	+	Zelf beoordeling	10-15 m	Mogelijk	~	Nee	Nee
SA-SIP30 Stroke-Adapted Sickness Impact Profile	~	+	~	~	±	Zelf beoordeling	5-10 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee
USER-P Utrechtse Schaal Evaluatie en Revalidatie -Participatie	~	+	~	+	+	Zelf beoordeling	5-10 min	Mogelijk	€0	Ja	Nee
IPA Impact op Participatie en Autonomie	+	+	~	+	+	Zelf beoordeling	20 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee
LIFE-H Assessment of Life Habits	+	+	+	+	~	Zelf beoordeling	20-25 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee
LHS London Handicap Scale	-	+	-	+	±	Zelf beoordeling	5-10 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee
P-scale Participation Scale	~	+	~	+	+	Zelf beoordeling	20 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee
CIQ-2 Community Integration Questionnaire	+	-	-	+	±	Zelf beoordeling	15 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee

Tabel 2

De kenmerken van de geselecteerde instrumenten van tabel 2 zijn verkregen door het gebruik van meerdere bronnen.

Zie [bijlage 7](#) voor het overzicht hiervan.

NV	Niet verplicht, wel aan te raden
~	Geen informatie beschikbaar
Ct	Contentvaliditeit
Cs	Constructvaliditeit
Ib	Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid
Th	Test-hertestbetrouwbaarheid
R	Responsiviteit

(Verhoef et al., 2016)

Naar aanleiding van dit onderzoek valt de OPHI II-NL af, aangezien de afnametijd erg lang is vergeleken met de andere instrumenten en de gehele test niet opnieuw afgenomen kan worden.

Door het toepassen van de laatste *criteria c*, vallen de volgende instrumenten af:

- OSA (2+)
- SA-SIP30 (1+)
- LIFE-H (geen R+)
- LHS (geen R+)
- CIQ-2 (geen R+)

De overgebleven instrumenten (COPM, IPA, USER-P & P-scale) worden hierna verder beschreven.

COPM (Canadian Occupational Performance Measure)

De COPM is een meetinstrument ontworpen voor het gebruik door ergotherapeuten om de beperkingen van cliënten te achterhalen op het gebied van zelfzorg, productiviteit en vrije tijd. Met behulp van een semigestructureerd-interview is de COPM een proces van vijf stappen dat individuele, door cliënten geïdentificeerde probleemgebieden in het dagelijkse functioneren weergeeft. Er worden twee scores voor uitvoering en tevredenheid verkregen (Law et al., 1990).

Het instrument is ontwikkeld als evaluatie-instrument om de effectiviteit van de interventie te meten. De COPM kan gebruikt worden bij cliënten uit verschillende leeftijdsgroepen en met diverse problemen in het handelen. (Hartingsveldt & Piškur, 2012)

De COPM en de methode waarmee specifieke doelen geëvalueerd worden, de Goal Attainment Scaling (GAS) zijn sensitieve meetinstrumenten die het een patiënt mogelijk maken om beperkingen op participatieniveau zelf in te kunnen schatten (Doig, Fleming, Kuipers & Cornwell, 2010). In de richtlijn vermoeidheid (Evenhuis & Eyssen, 2012) wordt beschreven dat de afname van de COPM als standaard wordt beschouwd om de handelingsproblemen te inventariseren. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de COPM tevens een geschikt instrument is om af te nemen bij cliënten met wie communicatie na een beroerte nog mogelijk is (Cup & Steultjens, 2005).

USER-P

(Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie-Participatie)

'The USER-P is a newly developed participation measure that aims to measure both objective and subjective participation. The USER-P consists of 31 items. It assesses 3 aspects of participation: frequency, experienced restrictions, and satisfaction' (Zee et al., 2010, pp. 753). Over het algemeen genomen en tussen de verschillende diagnosegroepen (waaronder hersenletsel), vertoonde de USER-P de beste responsiviteit. Dit in vergelijking met de gelijksoortige instrumenten; de FAI⁷, de IMPACT-SP⁸ en de P-Scale (Post et al., 2012).

De USER-P is een korte en overzichtelijke lijst. Een belangrijk punt is dat de USER-P vraagt naar tevredenheid. Hierdoor wordt snel duidelijk op welke gebieden hulpvragen zouden kunnen ontstaan. Het invullen van de uren en het aantal keer dat een activiteit uitgevoerd wordt is lastig, maar dwingt de revalidatie wel tot nadenken (Bosboom, Bulthuis & Verbeek, 2011).

⁷ Frenchay Activities Index

⁸ The participation subtotal score of the ICF Measure of Participation and Activities Screener

IPA (Impact op Participatie en Autonomie)

Met de IPA worden twee verschillende aspecten van participatie en autonomie geëvalueerd. Ten eerste kan met de IPA belemmeringen in participatie en autonomie vastgesteld worden. Ten tweede kan het mogelijk ervaren problemen in de participatie evalueren. Er wordt specifiek naar de mate van probleemervaring gevraagd, omdat een belemmering niet per definitie als een probleem ervaren hoeft te worden (Cardol, 2005).

De IPA wordt gezien als een valide en betrouwbaar meetinstrument. Dit instrument belicht enkel de subjectieve probleemervaring (Hartog, Tervoort, Westerlaken, Kroese & Tigchelaar, 2014).

In de richtlijn vermoeidheid (Evenhuis & Eyssen, 2012) staat beschreven dat het zinvol kan zijn de IPA af te nemen als aanvulling op de COPM, wanneer blijkt dat meer informatie nodig is over de activiteiten en participatie van de cliënt.

P-scale (Participation Scale)

'The Participation Scale measures experienced participation restrictions. The Participation Scale contains 18 items, each measuring the level of participation compared with peers and. In case of a lower level of participation, the extent to which the respondent experiences this as a problem' (Zee et al., 2010, pp. 753).

De participatieschaal is een op interviews gebaseerd instrument, om door cliënten ervaren participatie te meten. Het instrument is geschikt voor het beoordelen van de ernst van sociaaleconomische problematiek (Brakel et al., 2006).

Vergelijkingen volgens onderzoeken

COPM, USER-P & IPA

Gezegd kan worden dat het afnemen van de COPM waardevol is en daarnaast meer inzicht geeft over het participatie niveau. Naast de COPM kan ook de USER-P ingezet worden. De IPA is betrouwbaar en valide gebleken. Dit instrument belicht enkel de subjectieve probleemervaring, waar de USER-P zowel de subjectieve als objectieve probleemgebieden meet. Aanbevolen wordt om de COPM te gebruiken bij de intake om optimaal de cliëntgecentreerde zorg te kunnen bieden (Hartog et al., 2014).

USER-P & IPA

'The USER-P was at least as responsive as the IPA. Further, concurrent validity showed that satisfaction with participation as measured with the USER-P is highly similar to the concept of autonomy in participation as measured with the IPA. However, the participation frequency and the experienced restrictions in participation seemed to be different. Since participation is a multi-dimensional concept, the USER-P seemed to be more able to assess this complex phenomenon' (Zee, Baars-Elsinga, Visser-Meily & Post, 2013a, pp. 72).

Het gebruik van de USER-P wordt geadviseerd in de poliklinische revalidatie. Het gebruik van de IPA wordt niet uitgesloten. Wanneer de USER-P zowel aan het begin als aan het einde van de revalidatie afgenomen wordt, kan het als evaluatie-instrument gebruikt worden. Daarnaast nodigt de USER-P meer dan de IPA uit tot nabespreken en praten over participatie. De USER-P richt zich meer op positieve punten door na te denken over de mogelijkheden van de patiënt. De USER-P vraagt niet naar de voor de patiënt de belangrijkste onderwerpen (Bosboom et al., 2011).

Het feit dat de USER-P niet naar de belangrijkste onderwerpen vraagt, kan opgevangen worden door de COPM af te blijven nemen zoals momenteel gedaan wordt door de ergotherapeuten in het MSZ.

USER-P & P-scale

Uit een uitgevoerd onderzoek waarbij verschillende instrumenten vergeleken werden (de USER-P, P-scale en de IMPACT-S), blijkt dat de meeste respondenten de USER-P het fijnst vonden en de P-scale het minst fijne instrument om af te nemen. Dit aangezien de als P-scale onduidelijk werd ervaren (Zee et al., 2010).

Conclusie literatuuronderzoek

Het is belangrijk om de COPM af te blijven nemen. Het gebruik van de COPM wordt benoemd in meerdere richtlijnen. Het is een valide en betrouwbaar instrument en verschillende studies hebben onderzocht dat de COPM een geschikt instrument is om het participatieniveau in kaart te brengen en als geschikt evaluatie-instrument ingezet kan worden.

Daarnaast geven meerdere studies aan dat het gebruik van de USER-P aangeraden wordt. De USER-P gebruikt een positieve bewoording, het kan als evaluatie-instrument gebruikt worden en vraagt daarnaast vraagt het naar de subjectieve en objectieve participatie van een persoon. Het gebruik van de IPA als meetinstrument wordt niet uitgesloten, aangezien dit ook een valide en betrouwbaar instrument is waarin naar twee aspecten van participatie en autonomie gevraagd wordt. Echter wordt alleen gevraagd naar de subjectieve participatie.

De P-Scale is geschikt voor het beoordelen van de ernst van sociaaleconomische problematieken. Respondenten gaven in een uitgevoerd onderzoek aan, de P-scale als onduidelijk te ervaren.

3.2 Praktijkonderzoek

3.2.1 Individuele interviews

Door middel van de individuele interviews is de mening van vier ergotherapeuten werkzaam in het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse, in kaart gebracht. De interviews duurde 11, 13, 16 en 18 minuten, met een gemiddelde duur van 15 minuten. De resultaten worden weergegeven per instrument, met ondersteuning van citaten uit de interviews.

COPM

Op dit moment wordt de COPM als enige meetinstrument gebruikt in de diagnostische- en evaluatiefase.

Ergotherapeut 2 is van mening dat de COPM goed bruikbaar is, aangezien hij niet al te moeilijk is. Echter merkt zij wel dat het geven van een cijfer als lastig wordt ervaren. Zo blijkt uit het volgende citaat:

‘Ik ervaar zelf de COPM in ieder geval als een instrument wat heel goed bruikbaar is, en omdat hij volgens mij voor de patiënt ook aan de ene kant niet al te moeilijk is, omdat het vrij specifiek gaat over vijf dingen. Aan de andere kant merk ik dat mensen het vaak wel moeilijk vinden om een cijfer te geven, en is het denk ik wel prettig om daar een aanvullend iets bij te hebben wat meer naar een omschrijving vraagt, dan een cijfer’ (ergotherapeut 2).

Daarnaast menen de ergotherapeuten dat patiënten het lastig vinden om een cijfer te geven, dit kan namelijk voelen als goed of fout. Verder is er gezegd dat de COPM lastig kan zijn als een patiënt niet spraakzaam is en het is mogelijk dat de patiënt het gevoel heeft dat hij zijn⁹ verhaal dubbel moet vertellen. Daarnaast laat de COPM de patiënt wel nadenken wat belangrijk is om weer te kunnen en keuzes hierin te maken.

Benoemd wordt dat de COPM echter wel te open kan zijn, maar het een goed middel is om het gesprek mee te beginnen. Het is een instrument waarmee voortgang duidelijk zichtbaar gemaakt kan worden.

USER-P

De ergotherapeuten zijn van mening dat de mogelijkheid tot het invullen op een eigen moment positief is, maar daarbij dient de kanttekening gemaakt te worden of de patiënt dan wel (voldoende) gaat nadenken. De ergotherapeuten noemen ook veel voordelen:

‘Het is zowel objectief als subjectief. Ik ben er positief over, het geeft meer duidelijkheid voor ons. Je stelt gerichtere vragen, dus er is ook nog wel ruimte voor gesprekvoering, een stukje openheid en problemen wat de patiënt aangeeft’ (ergotherapeut 1).

Het fijne aan de USER-P is volgens de ergotherapeuten dat het een korte vragenlijst is, het helpt concretiseren, de resultaten zijn meetbaar en het zijn items waar een patiënt meestal zelf niet aan denkt. Daarnaast is een termijn van 4 weken positief, dit werkt stimulerend om een gemiddelde te nemen. Een nadeel aan de vragenlijst is wel dat administratie niet naar voren komt.

‘Terwijl administratie een hele executieve taak is, dat vindt ik eigenlijk wel belangrijk dat die erin zit’ (ergotherapeut 2).

IPA

⁹ Voor ‘hij’ en ‘zijn’ kan ook ‘zij’ en ‘haar’ gelezen worden.

Wanneer gesproken wordt over de IPA, worden er verschillende argumenten gegeven die het instrument positief, maar ook negatief belichten. Er wordt gezegd dat de IPA sturing en inzicht in mogelijkheden geeft, maar het instrument is erg lang (20 minuten) en belicht alleen de subjectieve participatie. De therapeuten verschillen in mening over de moeilijkheidsgraad van het invullen. Ook in de herbeoordeling kan het lastig zijn om vooruitgang waar te nemen. Ergotherapeut 2 benoemt dat het moeilijk is om problemen aan te geven en onderscheid te maken in de vragen.

Deze argumentaties worden ondersteund door de volgende citaten:

‘Maar ja als je al ziet hoe mensen soms hun weeklijst invullen, en dat dat al een hele onderneming is, dan denk ik dat dit ook best wel een onderneming is’ (ergotherapeut 2).

‘En dit is natuurlijk wel, waarschijnlijk heel goed, maar het is wel heel veel. Voor mensen om het te zien; van ohja, ik ben inderdaad vooruit gegaan’ (ergotherapeut 3).

Ergotherapeut 1 vraagt zich af of het graven en vragen naar antwoorden als therapeut echt nodig is.

Een voordeel wat genoemd wordt is dat het echt om de autonomie van de patiënt gaat en daarnaast administratie en de financiële situatie aan bod komen.

P-Scale

Meerdere ergotherapeuten hebben aangegeven dat het niet prettig is om een patiënt te laten vergelijken met iemand zonder beperking, meestal voelt de patiënt zich al minder. Het is lastig om aan te geven dat je anders bent. Het volgende wordt hierover benoemd: ‘Ik hou niet van vergelijken, het is niet patiëntgericht. Ik wil juist benadrukken dat elke patiënt uniek is, dat we moeten kijken naar wat de situatie van die persoon is en dan niet vergelijken met wat 'normaal' is, want wat is normaal? Normaal bestaat niet.’ (ergotherapeut 1).

‘Ik denk dat als ze zich dan graag willen vergelijken met andere mensen, dat ze dan zichzelf kunnen overschatten, of dingen kunnen bagatelliseren’ (ergotherapeut 2).

De ergotherapeuten geven ook aan dat het een onduidelijke lijst is, qua lay-out en moeilijk om in te vullen. Daarnaast zegt het niks over de belangrijkheid van de activiteiten. Zo blijkt uit het volgende citaat:

‘Wij willen weten, wat is belangrijk voor je? Je haalt er hier alleen uit; welk gebied is belangrijk? Dan kan je er wel verder op ingaan natuurlijk’ (ergotherapeut 4).

Een voordeel aan de P-Scale vinden de ergotherapeuten dat het een compacte vragenlijst is en er voorbeelden in staan.

Overig

Daarnaast wordt gezegd door ergotherapeut 2 dat een prestatie indicator¹⁰ gewenst is in de revalidatie. Dit hebben de ergotherapeuten nu niet.

Ook is het in kaart brengen van het functioneringsniveau belangrijk. Tevens wordt aangegeven dat een herbeoordeling een goed gevoel geeft.

Extra instrument in de praktijk

¹⁰ Tijdens het literatuuronderzoek was dit nog niet duidelijk, hier is op dat moment geen rekening mee gehouden.

De ergotherapeuten hebben een verschillende mening over wanneer het extra instrument afgenomen zou moeten worden in de praktijk. Ergotherapeut 1 en 3 benoemen dat zij zouden starten met de COPM. Als deze ongeschikt blijkt, een patiënt moeite heeft met problemen benoemen of bij missende informatie, zouden zij een extra instrument (gestructureerde vragenlijst) inzetten. Dit blijkt ook het volgende citaat: 'Voor echt iets meten is een extra instrument prima geschikt.. maar als je iets meet, dan vind ik dat je er iets mee moet. Meten voor het meten, daar wordt niemand wijzer van. En zeker niet in onze setting' (ergotherapeut 3).

Ergotherapeut 2 en 4 zijn van mening dat het extra instrument als standaard afgenomen kan worden. Hierbij wordt het instrument tegelijk met de COPM meegegeven, tijdens de eerste behandeling of al eerder tussen de screening en de eerste behandeling. Het gebruik van het extra instrument kan volgens ergotherapeut 4 ook multidisciplinair van toegevoegde waarde zijn, blijkt uit het volgende citaat:

'Niet alleen voor ons kan het van meerwaarde zijn, wij pakken de participatie mee, maar ik denk dat het voor andere teamleden ook handig is als we kunnen zeggen; dit is uit die lijst gekomen, dat het multidisciplinair verder ingezet kan worden' (ergotherapeut 4).

Conclusie individuele interviews

Er is unaniem naar voren gekomen dat de USER-P het beste instrument is om toe te voegen, naast de COPM. De resultaten en de conclusie van de individuele interviews dienen als uitgangspunt voor het focusgroepinterview.

3.2.2 Focusgroepinterview

Door middel van een focusgroepinterview zijn de drie¹¹ ergotherapeuten in gesprek gegaan om gezamenlijk tot een geschikt instrument en een geschikte manier te komen hoe het extra instrument gebruikt kan worden in de praktijk.

Het focusgroepinterview duurde 40 minuten.

De resultaten worden weergegeven per praktisch onderdeel met betrekking tot het instrument, waarbij ondersteunende citaten uit het focusgroepinterview gegeven worden.

Instrument zelf

De USER-P geeft een objectievere score en kun je gebruiken om inzicht te krijgen. Het wordt gezien als een breder inventarisatiemiddel en is een meerwaarde voor de behandeling ten opzichte van de COPM.

Echter, het item werk zit in de USER-P, terwijl CVA patiënten dit vaak niet meer doen. Zo blijkt uit het volgende citaat:

‘En dat is het lastige, hier zit natuurlijk ook werk in. Sommige mensen werken na een CVA natuurlijk helemaal niet. Dus dan vullen ze hier in 0 uur’ (ergotherapeut 3).

Moment van meegeven

Het moment van meegeven van de USER-P vinden de ergotherapeuten het beste na het eerste contact. Dit blijkt ook uit het volgende citaat:

‘Na de eerste behandeling meegeven. Dat je wel even contact hebt gehad met de patiënt, daar ben ik zeker voorstander van. En dat je dan ook kan toelichten waarom we die lijst meegeven’ (ergotherapeut 2).

Als de lijst voor enig persoonlijk contact meegegeven wordt, kan dit namelijk ervaren worden als niet patiëntvriendelijk. Door eerst een intake te doen kun je al een band opbouwen.

Hierbij geldt een kanttekening; er kan een verschil zijn in hoe de patiënt de USER-P invult, of dit voor of na het afnemen van de COPM gebeurt. Bij het van tevoren invullen van de USER-P, is er een kans dat er teveel gestuurd wordt bij het afnemen van de COPM. Dat blijkt ook uit de volgende uitspraak van ergotherapeut 4:

‘Het kan zijn dat op het moment dat je andere problemen aanhaalt, dat de patiënt ineens gaat denken, oh maar misschien moet ik dat nu belangrijker vinden, anders zou jij het niet zeggen. Terwijl het op dat moment misschien helemaal niet zo is’ (ergotherapeut 4).

Moment van bespreken

¹¹ Tijdens het focusgroepinterview was ergotherapeut 1 niet aanwezig vanwege ziekte. Na bespreking is zij het eens met de uitspraken en resultaten.

Het moment van bespreken is afhankelijk per therapeut en per patiënt, maar de USER-P dient wel binnen de eerste 3 weken afgenomen te worden. De ergotherapeuten hebben verschillende momenten genoemd.

- De USER-P bespreken voor de COPM afgenomen wordt. Hierdoor kunnen de resultaten gekoppeld worden aan de intake.
- Na de probleeminventarisatie van de COPM, de USER-P kort erbij pakken; hierdoor kunnen deze gegevens meegenomen worden bij het vervolg van de COPM. Na het afnemen van de COPM zal de USER-P nog uitgebreid besproken worden.
- De USER-P bespreken na het afronden van de COPM.

Zo blijkt uit het volgende citaat:

‘Ik zou hem er denk ik bij pakken, als ik de problemen heb geïnventariseerd van de COPM. Even een zijstapje; checken of we compleet zijn, en dan de belangrijkheid gaan scoren. Dan mix je ze wel een beetje’ (ergotherapeut 2).

Manier van bespreken

De manier van bespreken is ook afhankelijk van het moment van bespreken. In het volgende citaat staat een optie weergegeven hoe het gedaan zou kunnen worden, op het moment dat de ergotherapeut de USER-P kort bespreekt na de probleeminventarisatie van de COPM:

‘Ik zou dan denk ik meer vragen van; je geeft hier deze problemen aan, zijn er nog meer dingen waar u tegen aanloopt? Dan kan je kijken, zijn er vanuit de USER-P nog dingen naar voren gekomen?’ (ergotherapeut 2).

Op deze manier kunnen de items uit de USER-P nog terugkomen in de afname van de COPM.

Overig

Zoals in de individuele interviews ook benoemd is, blijkt ook uit het focusgroepinterview dat het gebruik van een prestatie indicator gewenst is:

‘Ik denk dat het ook belangrijk is dat we kijken of er een prestatie indicator toegevoegd kan worden als we de zorg meetbaar willen maken’ (ergotherapeut 2).

Daarnaast is het van belang om te weten hoe het bij de USER-P vastgesteld kan worden wanneer de behandeling klinisch relevant is geweest. Bijvoorbeeld bij de COPM kan gezegd worden dat er vooruitgang is bij een significant verschil van 2 punten hoger dan de eerste meting.

Volgens de ergotherapeuten is het een goede optie dat de USER-P toegevoegd wordt in het zorgportaal zodat de patiënt hiernaar verwezen kan worden. Dit scheelt ook uitwerktijd.

4. Discussie

Het doel van dit afstudeeronderzoek was om te onderzoeken welk instrument geschikt is om af te nemen bij volwassenen met een CVA in de diagnostische fase, om participatiemogelijkheden in kaart te brengen en daarnaast het resultaat van de behandeling te kunnen evalueren aan het einde van het revalidatie traject.

De belangrijkste resultaten uit het literatuuronderzoek zijn dat de COPM, de USER-P, de IPA en de P-scale als mogelijke instrumenten naar voren kwamen. De COPM wordt door meerdere bronnen aanbevolen om altijd als standaard af te nemen. De USER-P belicht de objectieve en subjectieve participatie en heeft een positieve bewoording. De IPA belicht veel verschillende gebieden en onderwerpen, maar is lang qua afname in vergelijking met de andere instrumenten. De P-scale is geschikt om de sociaaleconomische-problematiek in kaart te brengen, maar het instrument wordt als onduidelijk ervaren qua lay-out.

In het praktijkonderzoek is naar voren gekomen dat alle ergotherapeuten in het MSZ vinden dat de USER-P het meest geschikte instrument is om extra af te nemen naast de COPM. De ergotherapeuten verschilden in mening over wanneer het instrument afgenomen moest worden. In het focusgroepinterview is duidelijk geworden dat het de voorkeur heeft om de USER-P na de eerste behandeling mee te geven en dat het instrument binnen de eerste drie weken van het behandeltraject besproken moet worden, afhankelijk van de therapeut en de patiënt.

De resultaten van het praktijkonderzoek komen voor het grootste deel overeen met het literatuuronderzoek. Volgens de bronnen van het literatuuronderzoek is het aanbevolen om de COPM af te blijven nemen, de ergotherapeuten waren het hier volledig mee eens. De P-scale is afgefallen, aangezien deze als onduidelijk werd ervaren qua lay-out. Dit komt overeen met wat gevonden is in de literatuur (Zee et al., 2010).

De USER-P werd als positief ervaren, voornamelijk doordat er gesproken wordt over subjectieve en objectieve participatie, zo ook wat gevonden is in het literatuuronderzoek (Hartog et al., 2014). In de literatuur wordt ook benoemd dat de nabespreking bij de USER-P belangrijk is, deze wordt als fijn ervaren aangezien in dit instrument een positieve bewoording gebruikt wordt (Bosboom et al., 2011).

Door het uitgevoerde praktijk- en literatuuronderzoek kan er antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag. Dit antwoord is onderbouwd vanuit de literatuur en afgestemd op de meningen en argumenten van de ergotherapeuten die de verandering in werkwijze gaan bewerkstelligen.

Voor de resultaten zijn veel verschillende artikelen en bronnen gebruikt, deze zijn van verschillende niveaus. Er zijn meerdere richtlijnen gebruikt, gepubliceerde bronnen van verschillende niveaus en (goedgekeurde) afstudeerscripties op hbo-niveau.

Sterke en zwakke kanten

Tijdens het literatuuronderzoek is gezocht in twee databanken. Het zoeken in een derde databank is beëindigd, aangezien de resultaten niet relevant waren. Vervolgens is niet verder gekeken of andere databanken gebruikt konden worden, mogelijk waren er dan nog andere artikelen uitgekomen. Echter door het zoeken in deze twee databanken zijn veel bronnen (± 25) naar voren gekomen. De grote hoeveelheid bronnen kan verklaard worden door het feit dat er veel verschillende instrumenten gevonden zijn.

Door in eerste instantie een breed overzicht te beschrijven van de gevonden instrumenten, is dit deel van het onderzoek generaliseerbaar voor andere organisaties. Hierna is het onderzoek toegespitst op alleen het MSZ.

Qua tijd en organisatie was het niet haalbaar om ergotherapeuten vanuit de hoofdlocatie te interviewen en te laten deelnemen aan het focusgroepinterview. Dit houdt in dat een kleine populatie geparticipeerd heeft aan het praktijkonderzoek. Dit maakt het onderzoek speciaal op locatie Spijkenisse gericht, wat ook juist een voordeel kan zijn doordat het eindresultaat op hun mening afgestemd is.

Voor de ergotherapeuten was het lastig om een mening te geven op het moment dat het instrument niet bekend was. Door de van tevoren toegestuurde PowerPoint kon de ergotherapeut kennis opdoen, maar de uitleg over de instrumenten is gegeven tijdens het interview (vanwege praktische overwegingen). Hierdoor moesten zij de informatie snel verwerken. Een voordeel van het focusgroepinterview is dat de ergotherapeuten tijd hadden om na te denken na het individuele interview, om vervolgens nog eventuele aanvullingen te geven/vragen te stellen.

Tijdens het praktijkonderzoek is duidelijk geworden dat het door de ergotherapeuten ook gewenst is om een instrument te hebben wat als prestatie indicator kan dienen. Dit is niet meegenomen in het literatuuronderzoek, mogelijk zouden er dan nog andere uitkomsten geweest zijn. De USER-P is een prestatie indicator waarmee verandering in de revalidatiebehandeling kan worden vastgelegd (Revalidatie Nederland, VRA, LSR, Zorgverzekeraars Nederland, 2016). Hierbij kan gezegd worden dat als er een vooruitgang is van 9-10 punten, dat de behandeling klinisch relevant is geweest (persoonlijke communicatie met onderzoeker¹² betrokken bij onderzoek naar USER-P).

Als in de praktijk blijkt dat de gegeven oplossing niet werkt zoals verwacht, kan het opgestelde overzicht (tabel 2) gebruikt worden om nogmaals te kijken welke andere mogelijkheden er zijn.

Bijdrage kwaliteit van zorg

¹² Deze onderzoeker is betrokken geweest bij het onderzoek naar de USER-P.

De verwachting is dat de problematiek van de patiënt op participatieniveau breder in kaart gebracht wordt door het toevoegen van de USER-P. Hierdoor kan de ergotherapeut de vervolgbehandelingen beter vormgeven. Aan het einde van het behandeltraject zal de USER-P nogmaals afgenomen worden, hierdoor is verandering vast te leggen en het resultaat van de behandeling te evalueren. Dit maakt het voor de ergotherapeut en de patiënt inzichtelijk, naast de COPM, welke eventuele vooruitgang plaatsgevonden heeft binnen het behandeltraject. De verwachting is dat deze verandering in handelingswijze bijdraagt aan een hogere kwaliteit van zorg. Daarnaast voldoet de nieuwe handelingswijze aan de kwaliteitscriteria voor de ergotherapie vanuit het cliëntperspectief (Hulst & Wouda, 2012).

5. Aanbevelingen

De volgende aanbevelingen zijn geformuleerd naar aanleiding van het uitgevoerde onderzoek voor de ergotherapeuten van het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse.

- Er wordt aanbevolen om de USER-P af te nemen bij patiënten met een CVA in de diagnostische- en de evaluatiefase.
 - Hierbij dient de USER-P meegegeven te worden na de eerste behandeling. De bespreking is afhankelijk van de therapeut en de patiënt, maar het instrument moet wel binnen de eerste 3 weken van het behandeltraject besproken worden.
- Het gebruik van de USER-P opnemen in het CRT-protocol wordt aanbevolen.
 - Hierdoor is de nieuwe handelingswijze voor alle ergotherapeuten duidelijk en wordt er meer aandacht besteed aan het inventariseren, objectiveren en evalueren van de participatiemogelijkheden van de patiënt.
- Het wordt daarnaast aanbevolen om de handelingswijze na zes maanden te evalueren door de ergotherapeuten.
 - Dit is de lengte van ongeveer twee keer een behandeltraject. Deze taak neemt de coördinator vanuit de ergotherapie op zich. De evaluatie zal plaatsvinden tijdens een vakgroepoverleg waar alle ergotherapeuten aanwezig zijn.
- Een andere aanbeveling is dat er in een vervolgstudie onderzocht wordt of het toevoegen van de USER-P in het revalidatietraject een positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg en de behandeling van de patiënt.

6. Conclusie

De volgende onderzoeksvraag is gesteld aan het begin van het onderzoek:

Welk instrument is geschikt om in zowel de diagnostische- als in de evaluatiefase de participatiemogelijkheden bij volwassenen met een CVA in kaart te brengen en het resultaat van de behandeling te evalueren, in het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse?

Na het uitgevoerde literatuur- en praktijkonderzoek kan geconcludeerd worden dat de USER-P het meest geschikte instrument is om af te nemen, naast de COPM.

De USER-P is kort in afname (5-10 min), het belicht de objectieve en subjectieve participatie en heeft een positieve bewoording. Door de patiënt de USER-P in te laten te vullen en de resultaten hiervan mee te nemen in de behandeling, kan de behandeling zo gericht, efficiënt en effectief mogelijk aangeboden worden. Daarnaast kunnen de resultaten van de behandeling geëvalueerd worden door de USER-P af te nemen in de evaluatiefase.

Literatuurlijst

- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., Peij, S. (2010). *Gedragcode praktijkgericht onderzoek voor het hbo*. Den Haag: HBO Raad verenigingen van hogescholen.
- Bosboom, M., Bulthuis, M., Verbeek, M. (2011). *Revalidatie = Participatie!* (onderzoeksverslag). Ergotherapie, Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam.
- Brakel, W.H., van, Anderson, A.M., Mutatkar, R.K., Bakirtziev, Z., Nicholss, P.G., Raju, M.S., Das-Pattanayak, R.K. (2006). The Participation Scale – measuring a key concept in public health. *Disability and rehabilitation*, 28(4), 193-203.
<https://doi.org/10.1080/09638280500192785>
- Cardol, M. (2005) *Handleiding IPA*. Amsterdam: Afdeling Revalidatie van het Academisch Medisch Centrum.
- Christiansen, C.H., Baum, C.M., Bass-Haugen, J. (2005). *Occupational therapy: Performance, participation and well-being*. (3rd ed.). Thorafore (NJ): Slack.
- Cup, E.H.C., Steultjens, E.M.J. (2005). *Ergotherapierichtlijn Beroerte*. Utrecht, NVE.
- Doig, E., Fleming, J., Kuipers, P., Cornwell, P.L. (2010). Clinical utility of the combined use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling. *The American Journal of Occupational Therapy*, 64(6), 904-914.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2010.08156>
- Evenhuis, E., Eyssen I. (2012) *Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson*. Amsterdam: VUmc afdeling Revalidatiegeneeskunde, sectie Ergotherapie.
- Eyssen, I.C.J.M., Steultjens, M.P.M., Oud, T.A.M., Bolt, E.M., Maasdam, A., Dekker, J. (2011). Responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 48(5), 517-528.
<https://doi.org/10.1682/JRRD.2010.06.0110>
- Grondal, J.B. (2013). *Occupational Performance History Interview – Versie 2.1 (OPHI – II)*. Geraadpleegd op 4 april 2018, van
https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument155/155_1_N.pdf
- Groothuis-Oudshoorn, C.G.M., Chorus, A.M.J., Verrips, G.H.W., Detmar, S.B. (2015). Development and validation of the Dutch version of the London Handicap Scale. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 28(2), 401-408.
<https://doi.org/10.3233/BMR-140534>
- Hartingsveldt, M. van, Piškur, B. (Reds.) (2012). 15.2.3. Meetinstrumenten behorend bij de modellen. In Granse, M., le, Hartingsveldt, M., van, en Kinébanian, A. *Grondslagen van de ergotherapie* (pp. 418). Amsterdam: Reed Business.
- Hartingsveldt, M. van, Velden, L. van der, Labee, A., Berzíns, A. en Derksen, M. (Reds.) (2012). 24. Assessments in de ergotherapie. In Granse, M., le, Hartingsveldt, M., van, en Kinébanian, A. *Grondslagen van de ergotherapie* (pp. 579-599). Amsterdam: Reed Business.

- Hartog, T., den, Tervoort S., Westerlaken, E., Kroese, J., Tigchelaar, E. (2014). Een brug tussen participatie en oncologie. Geraadpleegd op 20 maart 2018, van <http://kennisbank.hva.nl/document/642844>
http://www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/9789036817035-c2.pdf?SGWID=0-0-45-1604071-p180568703
- Hulst, P., van der, Wouda, P. (Reds.) (2012). 25. Kwaliteitszorg. In Granse, M., le, Hartingsveldt, M., van, en Kinébanian, A. *Grondslagen van de ergotherapie* (pp. 601-619). Amsterdam: Reed Business.
- Kielhofner, G. (2002). Chapter 8. Dimensions of doing. In G. Kielhofner (Red.). *A Model of Human Occupation* (3e ed., pp. 115). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2004). *Handleiding focusgroep onderzoek*. Geraadpleegd op 17 april 2018, van <http://www.communicerenmetarmen.be/sites/default/files/HandleidingFocusgropenCBO200409.pdf>
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*; 57(2), 82 – 87.
- Lee, J-H., Park, J-H., Kim, Y. J., Lee, S. H., Post, M. W. M., Park, H. Y. (2017). Validity and Reliability of the Korean Version of the Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation. *Occupational Therapy International*, [9452051]. <https://doi.org/10.1155/2017/9452051>
- Magasi, S., Post, M. (2010). A Comparative Review of Contemporary Participation Measures' Psychometric Properties and Content Coverage. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9), 17-28. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.07.011>
- Post, M., Dijcks, B., Engelen, E. (2017) *Stroke-Adapted Sickness Impact Profile (SA-SIP-30)*. Geraadpleegd op 4 april 2018, van <https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument78/SA-SIP30%20form.pdf>
- Post, M.W.M., Zee, C.H., van der, Hennink, J., Schafrat, C.G., Visser-Meily, J.M.A., Berdenis van Berlekom, S. (2012). Validity of the Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation. *Disability and Rehabilitation*, 34(6), 478-85. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.608148>
- Rasquin, S.M.C., Van Heugten, C.M. (2007) *Richtlijn Cognitieve Revalidatie NAH*. Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen
- Revalidatie Nederland, VRA, LSR, Zorgverzekeraars Nederland. (2016). *Indicatorenverzameling Inzicht in Revalidatie 2016*. Geraadpleegd op 30 mei, van <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/Revalidatie/RegisterMeetinstrumentenDocumenten/Indicatorenset%20Inzicht%20in%20Revalidatie.pdf>
- Satink, T., Velde, D., van der, (Reds.) (2012). 2 Kerndomein van de ergotherapie. In Granse, M., le, Hartingsveldt, M., van, en Kinébanian, A. *Grondslagen van de ergotherapie*. Amsterdam: Reed Business.
- Steultjens, E.M.J., Cup, E.H.C., Zajec, J., Van Hees, S., (2013) *Ergotherapierichtlijn CVA*. Nijmegen/Utrecht, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland.

- Tse, T., Douglas, J., Lentin, P., Carey, L. (2011). Measuring Participation After Stroke: A Review of Frequently Used Tools. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2013, 94(1), 177-192. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.09.002>
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., Rosendal, H. (2015) *Zorgbasics Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: BoomLemma
- WHO. (2001). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization. Geraadpleegd op 22 mei 2018, van <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf>
- Wirth, M., Staehler, A., Joeris, S. (2011). *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. Geraadpleegd op 4 april 2018, van https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument151/151_1_N.pdf
- Zee, C., van der, Baars-Elsinga, A., Visser-Meily, J.M.A., Post, M.W.M. (2013a). Responsiveness of two participation measures in an outpatient rehabilitation setting. *Scandinavian Journal Occupational Therapy*, 2013(3), 201-208. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754491>
- Zee, C.H., van der, Kap, A., Rambaran, R., Schouten, E.J., Post, M.W.M. (2011). Responsiveness of four participation measures to changes during and after outpatient rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*; 43, 1003-1009. <https://doi.org/10.2340/16501977-0879>
- Zee, C.H., van der, Priesterbach, A.R., Dussen, L., vander, Kap, A., Schepers, V.P.M., Visser-Meily, J.M.A., Post, M.W.M. (2010). Reproducibility of three self-report participation measures: The ICF measure of participation and activities screener, the participation scale and the utrecht scale for evaluation of rehabilitation-participation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(8), 752-757. <https://doi.org/10.2340/16501977-0589>.
- Zee, C.H., van der, Visser-Meily, J.M.A., Lindeman, E., Kappelle, K.J., Post, M.W.M. (2013b). Participation in the chronic phase of stroke. *Topics in stroke rehabilitation*, 20(1), 52-61. <https://doi.org/10.1310/tsr2001-52>.

Bijlage 1: Zoekhistorie databanken

- [illegible]

- Zoekhistorie onderzoeksverslag eerste kans
 - Cinahl & Medline

[illegible]

- *Cinahl & Medline*

[illegible]

Bijlage 2: Topiclijsten

Interview

- Het doel van het interview zal benoemd worden:
 - De mening en argumentatie van de ergotherapeut in kaart brengen over het gebruik van een extra instrument in de praktijk.
- Het individuele interview zal gestart worden met een PowerPoint presentatie waarin de bevindingen van het literatuuronderzoek overzichtelijk gedeeld worden.
- De vier instrumenten (COPM, USER-P, IPA & P-Scale) worden toegelicht aan de ergotherapeuten.
 - Ben je bekend met het instrument ... ?
- Het gesprek zal geopend worden met de beginvraag;
 - Zou je je mening en argumentaties willen geven over de instrumenten en wat net verteld is?
- Hierbij zal vooral de ergotherapeut aan het woord zijn.
- Mogelijke vervolgvragen:
 - Wat is je mening over het instrument ... ?
 - Kan je dat verder toelichten?
 - Wat bedoel je daarmee?
 - Kun je daar een voorbeeld van geven?
 - *Hoe zou je dit zien/verwerklijken/toepassen in de praktijk?*
- Aan het einde van het interview zal er een korte samenvatting van het gesprek gegeven worden aan de geïnterviewde ergotherapeut.

Focusgroepinterview

De volgende punten worden benoemd door de gespreksleider:

- Het doel van het focusgroepinterview zal benoemd worden:
 - Gezamenlijk tot een geschikt instrument komen wat gebruikt kan worden in de praktijk.
- De resultaten van het literatuuronderzoek worden kort weergegeven.
- Een korte uitleg wordt gegeven over de geselecteerde instrumenten.
- De meningen en argumentaties van de ergotherapeuten worden samengevat benoemd.
- Het gesprek wordt geopend tussen de ergotherapeuten met de beginvraag;
 - Kunnen jullie je mening toelichten naar elkaar?
- Verder in het gesprek zal de gespreksleider de discussie leiden door te zorgen dat er niet door elkaar heen gesproken wordt, door verdere vragen te stellen als het gesprek stil valt en meermaals tussendoor samen te vatten wat er gezegd is.
- Mogelijke vervolgvragen:
 - Kan je dat verder toelichten?
 - Wat bedoel je daarmee?
 - Kun je daar een voorbeeld van geven?
 - Hoe zou je dit verwerklijken/toepassen in de praktijk?

Bijlage 3: Toegestuurde PowerPoint presentatie voor het interview



Doel- en vraagstelling afstudeeronderzoek

* Doelstelling

Het doel van het onderzoek is dat de ergotherapeuten van het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse een onderbouwd advies krijgen over een geschikt instrument om de participatiemogelijkheden van volwassenen met een CVA in kaart te brengen, in zowel de diagnostische- als in de evaluatiefase.

* Onderzoeksvraag

Welk instrument is geschikt om in zowel de diagnostische fase de participatiemogelijkheden bij volwassenen met een CVA in kaart te brengen, waarbij ook in de evaluatiefase het resultaat van de behandeling geëvalueerd kan worden, in het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse?



Overzicht eerste resultaten

Instrument
COPM (Canadian Occupational Performance Measure)
ACS-NL (Activity Card Sort)
OPHI II-NL (Occupational Performance History Interview)
OSA (Occupational Self Assessment)
SIP68 (Sickness Impact Scale)
SA-SIP30 (Stroke-Adapted Sickness Impact Scale)
ERS (Employability Rating Scale)
OCAIRS (Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale)
RCV2 (Role checklist version 2)
USER-P (Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie-Participatie)
IPA (Impact op Participatie en autonomie)
LIFE-H (Life Habits Assessment)
LHS (London Handicap Scale)
MQE (Measure of Quality of the Environment)
DIP (Disability and Impact Profile)
PC-Part (Personal Care-Participation Assessment and Resource Tool)
OGQ (Occupational Gaps Questionnaire)
P-scale (Participation Scale)
IMPACT-S (ICF Measure of Participation and Activities Screener)
CIM (Community Integration Measure)
POPS (Participation Objective, Participation Subjective)
KAP (The Keele Assessment of Participation)
CIQ-2 (Community Integration Questionnaire-2)
GPS (Gentse Participatie Schaal)

- * 24 verschillende instrumenten
- * Een paar instrumenten richten zich niet op alle handelingsgebieden.

Selectie na het instellen van inclusiecriteria

Inclusiecriteria:

- * Het instrument is in het Nederlands verkrijgbaar & vindbaar.
- * Het instrument is af te nemen bij de doelgroep volwassenen met een CVA.
- * Er moet voldoende informatie beschikbaar zijn (over de tijdsduur en de klinimetrische beoordeling).

Instrument	Klinimetrische beoordeling					Soort instrument	Afname tijd	Herhalings-onderzoek	Kosten	Aanwezig MSZ	Scholing
	Ct	Cs	Ib	Th	R						
COPM	+	±	±	+	+	ET afnemen	30-45 min	Ja	€22,50	Ja	NV
OPHI II-NL	-	+	-	-	-	ET afnemen	110 min	Nee	€0	Nee	Nee
OSA	-	+	-	-	+	Zelf beoordeling	10-15 m	Mogelijk	-	Nee	Nee
SA-SIP30	-	+	-	-	±	Zelf beoordeling	5-10 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee
USER-P	-	+	-	+	+	Zelf beoordeling	5-10 min	Mogelijk	€0	Ja	Nee
IPA	+	+	-	+	+	Zelf beoordeling	20 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee
LIFE-H	+	+	+	+	-	Zelf beoordeling	20-25 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee
LHS	-	+	-	+	±	Zelf beoordeling	5-10 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee
P-scale	-	+	-	+	+	Zelf beoordeling	20 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee
CIQ-2	+	-	-	+	±	Zelf beoordeling	15 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee

Laatste selectie

Inclusiecriteria:

- * Minimaal 3 'plus' tekens staan geregistreerd bij de klinimetrische beoordeling.
 - * De testen waarbij minder dan 3 'plus' tekens staan worden geëxcludeerd.
- * De responsiviteit is bekend en voldoende (+).

Na het toepassen van deze criteria blijven de volgende instrumenten over:

- * COPM
- * IPA
- * USER-P
- * P-Scale

Geëxcludeerd:

- OSA (2 +)
- SA-SIP30 (1 +)
- LIFE-H (geen R +)
- LHS (geen R +)
- CIQ-2 (geen R +)

COPM (Canadian Occupational Performance Measure)

- * Een geïndividualiseerd cliëntgecentreerd meetinstrument
 - * ontwikkeld voor het gebruik van ergotherapeuten om verandering in het cliëntperspectief ten aanzien van het handelen vast te leggen in de tijd.
- * Een evaluatie-instrument om de effectiviteit van de interventie te meten.
- * De COPM en de Goal Attainment Scaling (GAS) zijn sensitieve meetinstrumenten die het een patiënt mogelijk maken om beperkingen op participatieniveau zelf in te kunnen schatten.
- * In de richtlijn vermoeidheid wordt beschreven dat de afname van de COPM als standaard wordt beschouwd, om de handelingsproblemen te inventariseren.
- * Er zijn aanwijzingen dat de COPM een geschikt instrument is om bij cliënten met wie communicatie na een beroerte nog mogelijk is, te achterhalen welke activiteiten betekenisvol zijn en welke van deze activiteiten de cliënt niet meer naar wens kan uitvoeren.

Instrument	Klinimetrische beoordeling					Soort instrument	Afname tijd	Herhalings-onderzoek	Kosten	Aanwezig MSZ	Scholing
	Ct	Cs	Ib	Th	R						
COPM	+	±	±	+	+	ET afnemen	30-45 min	Ja	€22,50	Ja	NV

USER-P (Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie-Participatie)

- * De USER-P is een nieuw ontwikkeld valide participatie meetinstrument om objectieve en subjectieve participatie te meten. Het bestaat uit 31 items, welke 8 van de 9 activiteiten- en participatie gebieden van het ICF dekt. Het instrument toetst drie aspecten van participatie: frequentie, ervaren belemmeringen en tevredenheid.
- * Het is een korte en overzichtelijke lijst. Een belangrijk punt is dat de USER-P vraagt naar tevredenheid. Hierdoor wordt snel duidelijk op welke gebieden hulpvragen zouden kunnen ontstaan.
- * Het invullen van de uren en het aantal keer dat iets is uitgevoerd is lastig, maar dwingt de revalidant wel tot nadenken.

Instrument	Klinimetrische beoordeling					Soort instrument	Afname tijd	Herhalings-onderzoek	Kosten	Aanwezig MSZ	Scholing
	Ct	Cs	Ib	Th	R						
USER-P	~	+	~	+	+	Zelf beoordeling	5-10 min	Mogelijk	€0	Ja	Nee

IPA (Impact op Participatie en Autonomie)

- * Twee verschillende aspecten van participatie en autonomie worden geëvalueerd.
- * Belemmeringen in participatie en autonomie kwantificeren.
- * Mogelijk ervaren problemen in de participatie evalueren.
- * Bij de IPA wordt specifiek naar de mate van probleemervaring gevraagd, omdat een belemmering niet per definitie als een probleem ervaren hoeft te worden.
- * De IPA wordt gezien als een valide en betrouwbaar meetinstrument. Doordat je detecteert wijk je mogelijk af van het uitgangspunt van cliëntgecentreerd werken en behoud van de eigen regie.
- * In de richtlijn vermoeidheid staat beschreven dat het zinvol kan zijn de IPA af te nemen als aanvulling op de COPM, wanneer blijkt dat er meer informatie over de activiteiten en participatie van de cliënt nodig is.

Instrument	Klinimetrische beoordeling					Soort instrument	Afname tijd	Herhalings-onderzoek	Kosten	Aanwezig MSZ	Scholing
	Ct	Cs	Ib	Th	R						
IPA	+	+	~	+	+	Zelf beoordeling	20 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee

P-Scale (Participation Scale)

- * De P-Scale meet ervaren participatie belemmeringen.
- * Het dekt 8 van de 9 activiteiten- en participatie gebieden van het ICF.
- * Het instrument bevat 18 items, welke elk het niveau van participatie meet in vergelijking met leeftijdsgenoten.
- * In het geval van een lager niveau van participatie wordt gevraagd naar de mate waarin de revalidant dit als een probleem ervaart.
- * De participatieschaal is een op interviews gebaseerd instrument is, om door cliënten waargenomen participatie te meten.
- * Het instrument is geschikt voor het beoordelen van de ernst van sociaaleconomische problematiek (participatiebeperkingen).

Instrument	Klinimetrische beoordeling					Soort instrument	Afname tijd	Herhalings-onderzoek	Kosten	Aanwezig MSZ	Scholing
	Ct	Cs	Ib	Th	R						
P-scale	~	+	~	+	+	Zelf beoordeling	20 min	Mogelijk	€0	Nee	Nee

Vergelijkingen

COPM, USER-P & IPA

Hartog, Tervoort, Westerlaken, Kroese & Tigchelaar (2014) beschrijven dat de **conclusie** getrokken kan worden dat het afnemen van het **COPM waardevol is** en daarnaast **meer inzicht geeft op het participatie niveau**. Naast de COPM kan ook de **USER-P** ingezet worden.

De **IPA is betrouwbaar en valide** gebleken. Deze is **minder cliëntgecentreerd** en belicht enkel de **subjectieve probleemervaring**, waar de **USER-P** zowel de **subjectieve als objectieve probleemgebieden meet**. Zij bevelen aan om de **COPM** te gebruiken bij de intake om optimaal de **cliëntgecentreerde zorg** te kunnen bieden.

USER-P & P-Scale

Zee, et al. (2010) beschrijft dat de meeste respondenten van het uitgevoerde onderzoek de **USER-P het fijnste** vonden en de **P-Scale het minst fijne** instrument om te voltooien. Dit aangezien de **P-Scale onduidelijk** was.

USER-P & IPA

De **USER-P** is net zo **responsief** als de **IPA**. Verder toonde de validiteit aan dat **tevredenheid over participatie** zoals gemeten met de **USER-P** sterk **lijkt** op het concept van de **IPA**. De **frequentie** van participatie en de **ervaren beperkingen** leken echter anders te zijn dan dit bij de **IPA**. De **USER-P** leek dit **beter te kunnen beoordelen**. (Zee, Baars-Elsinga, Visser-Meily & Post, 2013)

De projectgroep (Bosboom, Bulthuis & Verbeek, 2011) **adviseert** het gebruik van de **USER-P** in de poliklinische revalidatie, maar **sluit het gebruik van de IPA niet uit**. Wanneer de **USER-P** aan het einde van de behandeling nogmaals afgenomen wordt, kan het als **evaluatie-instrument** dienen. Daarnaast nodigt de **USER-P** meer dan de **IPA** uit tot **nabespreken en praten** over participatie. De **USER-P** is **positiever**, omdat er **weinig** over **beperkingen of problemen** wordt gesproken. De **USER-P** vraagt **niet** naar de **belangrijkste onderwerpen**.

Het feit dat de **USER-P** niet naar de belangrijkste onderwerpen vraagt, kan opgevangen worden door het **COPM** af te **blijven nemen** zoals momenteel gedaan wordt door de ergotherapeuten in het MSZ.

Conclusie

Het is belangrijk om de **COPM** af te blijven nemen.

- Gebruik wordt benoemd in meerdere richtlijnen
- Een valide en betrouwbaar instrument
- Een geschikt instrument om het participatieniveau in kaart te brengen
- Geschikt evaluatie-instrument

Daarnaast geven meerdere studies aan dat het gebruik van de **USER-P** aangeraden wordt.

- Een positieve bewoording
- Een valide en betrouwbaar instrument
- Geschikt evaluatie-instrument
- Vraagt naar de subjectieve en objectieve participatie van een persoon.

Het gebruik van de **IPA** als meetinstrument wordt niet uitgesloten.

- Ook een valide en betrouwbaar instrument
- Wordt naar twee aspecten van participatie en autonomie gevraagd
- Echter wordt alleen gevraagd naar de subjectieve participatie
- Niet cliëntgecentreerd.

Over de **P-Scale** is de minste informatie te vinden.

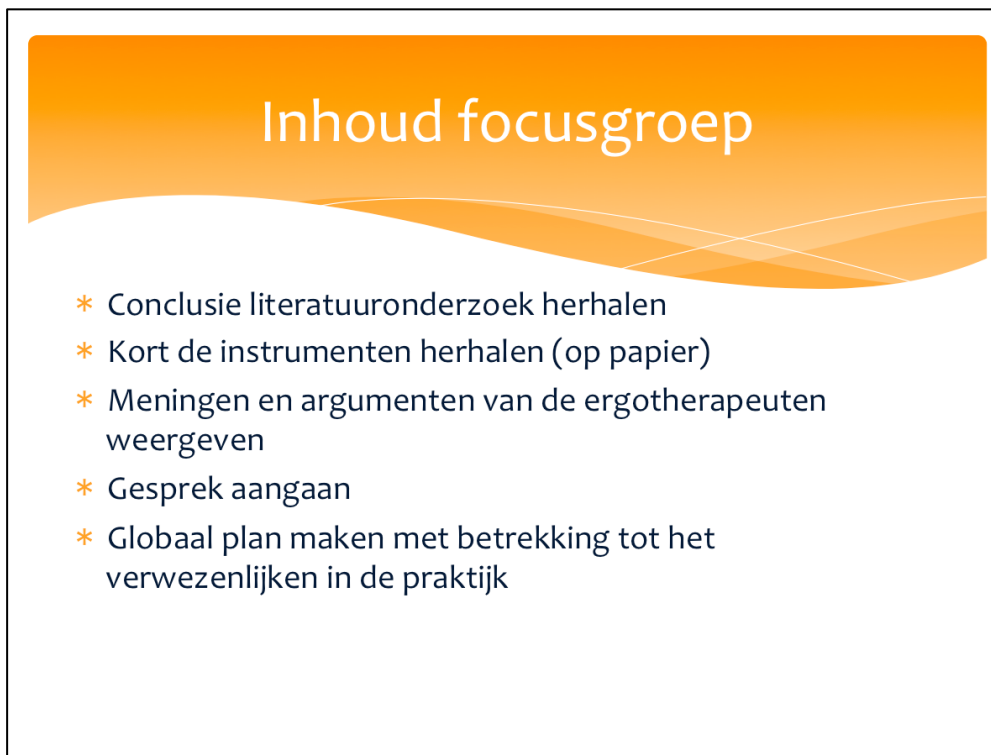
- Geschikt voor het beoordelen van de ernst van sociaaleconomische problematieken
- Respondenten uit een onderzoek ervoeren de P-scale als onduidelijk.

Praktijkonderzoek

* Vraag praktijk onderzoek

Welk van de geselecteerde instrumenten (COPM, IPA, USER-P & P-Scale) is het meest geschikt om in de diagnostische fase de participatiemogelijkheden van volwassenen met een CVA in kaart te brengen waarbij het resultaat van de ergotherapeutische behandeling te evalueren is, in het Maasstadziekenhuis, locatie Spijkenisse?

Bijlage 4: PowerPoint presentatie focusgroepinterview



Conclusie literatuuronderzoek

Het is belangrijk om de **COPM** af te blijven nemen.

- Gebruik wordt benoemd in meerdere richtlijnen
- Een valide en betrouwbaar instrument, ook een geschikt evaluatie-instrument
- Een geschikt instrument om het participatieniveau in kaart te brengen

Daarnaast geven meerdere studies aan dat het gebruik van de **USER-P** aangeraden wordt.

- Een positieve bewoording
- Een valide en betrouwbaar instrument, ook een geschikt evaluatie-instrument
- Vraagt naar de subjectieve en objectieve participatie van een persoon.

Het gebruik van de **IPA** als meetinstrument wordt niet uitgesloten.

- Ook een valide en betrouwbaar instrument
- Wordt naar twee aspecten van participatie en autonomie gevraagd
- Echter wordt alleen gevraagd naar de subjectieve participatie

Over de **P-Scale** is de minste informatie te vinden.

- Geschikt voor het beoordelen van de ernst van sociaaleconomische problematieken
- Respondenten uit een onderzoek ervoeren de P-scale als onduidelijk.

Kort de instrumenten herhalen (op papier)

* **COPM**

* **USER-P**

* **IPA**

* **P-Scale**

Meningen en argumenten van de ergotherapeuten weergeven

* Ergotherapeut 1 - [REDACTED]

De COPM blijven afnemen als standaard instrument. Denkt ze dat er meer achter zit, dat er meer uit zou kunnen komen, dan zou ze een vragenlijst toevoegen; de USER-P of de IPA. Welke van de twee is nog twijfelachtig.

De USER-P is fijn aangezien je subjectieve en objectieve participatie bekijkt, ook zijn het gerichte vragen. De IPA geeft sturing, inzicht in mogelijkheden en gaat echt in op de waarde van de PT. De P-scale valt af want hierbij moet je vergelijken, en dit lijkt haar niet fijn.

* Ergotherapeut 2 - [REDACTED]

De voorkeur gaat uit naar de USER-P, om dan altijd als *standaard* af te nemen, naast de COPM. De P-scale valt af, vooral door de vergelijking die gemaakt moet worden; dat is gewoon heel lastig. De IPA ziet ze mogelijkheden en voordelen van in, vooral op administratie gebied en sociaal contact gebied, alleen hij is wel erg lang en pittig voor patiënten.

Vervolg

* Ergotherapeut 3 - [REDACTED]

De COPM als eerst afnemen, op het moment dat je daarin nog dingen mist, dan mogelijk een extra instrument toevoegen. Kan helpen voor de mensen die niet zo heel goed zelf dingen kunnen benoemen, of patiënten komen niet met alles. Het extra instrument is niet voor alle patiënten standaard. Dan zou er gekozen worden voor de USER-P als je aanvullende informatie nodig heeft, vooral qua tijdsafname is deze het gunstigst, het helpt daarnaast concretiseren en de getallen voegen iets toe. De P-scale valt af qua onduidelijkheid en de IPA qua lengte.

* Ergotherapeut 4 - [REDACTED]

Bij het COPM haal je in het vraaggesprek wel veel eruit, alleen soms zie je bij een patiënt dat er nog weleens wat dingen mist/niet weten, dan kan het fijn zijn om iets ernaast te hebben. De USER-P lijkt het prettigst, voornamelijk doordat er gekeken wordt naar objectieve en subjectieve participatie. De P-Scale is minder aangezien je moet vergelijken. De IPA kan inzetbaar zijn, maar dit zegt niets over de daadwerkelijke uitvoering.

Het instrument zou een *standaard* middel kan zijn om in te zetten, naast de COPM. Afnemen tussen de screening en de intake, of tijdens eerste behandeling.

Gesprek aangaan



Globaal plan maken met betrekking
tot het verwezenlijken in de praktijk



Bedankt voor jullie tijd
en de gegeven input!

**MAASSTAD
ZIEKENHUIS**
een santeon ziekenhuis



Bijlage 5: Overzicht van de meetinstrumenten

Instrument	Bron
COPM (Canadian Occupational Performance Measure)	-(Steultjens, Cup, Zajec & van Hees, 2013) -(Cup & Steultjens, 2005) -(Hartingsveldt, Velden, Labee, Berzins & Derksen, 2012) -(Eyssen, Steultjens, Oud, Bolt, Maasdam & Dekker, 2011) -(Evenhuis & Eyssen, 2012)
ACS-NL (Activity Card Sort)	-(Steultjens, Cup, Zajec & van Hees, 2013)
OPHI II-NL (Occupational Performance History Interview)	-(Steultjens, Cup, Zajec & van Hees, 2013) -(Cup & Steultjens, 2005) -(Evenhuis & Eyssen, 2012)
OSA (Occupational Self Assessment)	-(Cup & Steultjens, 2005) -(Evenhuis & Eyssen, 2012)
SIP68 (Sickness Impact Scale)	-(Rasquin & van Heugten, 2007) -(Eyssen et al., 2011)¹¹
SA-SIP30 (Stroke-Adapted Sickness Impact Scale)	-(Rasquin & van Heugten, 2007)
ERS (Employability Rating Scale)	-(Rasquin & van Heugten, 2007)
OCAIRS (Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale)	-(Scott, Cacich, Fulk, Michel & Whiffen, 2017) -(Hartingsveldt et al., 2012)
RCV2 (Role checklist version 2)	-(Scott et al., 2017)
USER-P (Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie-Participatie)	-(Zee, Visser-Meily, Lindeman, Kapelle & Post, 2013b) -(Lee, Park, Kim, Lee, Post & Park, 2017) -(Zee, Baars-Elsinga, Visser-Meily & Post, 2013a)
IPA (Impact op Participatie en autonomie)	-(Zee et al., 2013a) -(Fallahpour, Jonsson, Joghataei & Kottorp, 2010) -(Hartingsveldt et al., 2012) -(Evenhuis & Eyssen, 2012)
LIFE-H (Life Habits Assessment)	-(Hartingsveldt et al., 2012)
LHS (London Handicap Scale)	-(Hartingsveldt et al., 2012) -(Groothuis-Oudshoorn, Chorus, Verrips & Detmar, 2015)
MQE (Measure of Quality of the Environment)	-(Hartingsveldt et al., 2012)
DIP (Disability and Impact Profile)	-(Eyssen et al., 2011)
PC-Part (Personal Care-Participation Assessment and Resource Tool)	-(Radia-George, Imms & Taylor, 2014) -(Darzins, Imms, Shields & Taylor, 2015)
OGQ (Occupational Gaps Questionnaire)	-(Eriksson, Tham & Kottorp, 2013)
P-scale (Participation Scale)	-(Zee et al., 2010)
IMPACT-S (ICF Measure of Participation and Activities Screener)	-(Zee et al., 2010)
CIM (Community Integration Measure)	-(Satink & Van de Velde, 2017)
POPS (Participation Objective, Participation Subjective)	-(Satink & Van de Velde, 2017)
KAP (The Keele Assessment of Participation)	-(Satink & Van de Velde, 2017)
CIQ-2 (Community Integration Questionnaire-2)	-(Satink & Van de Velde, 2017)
GPS (Gentse Participatie Schaal)	-(Satink & Van de Velde, 2017)

Bijlage 6: Uitleg van de verschillende meetinstrumenten

Meetinstrument	Uitleg
COPM (Canadian Occupational Performance Measure)	Participatieproblemen van een cliënt in kaart brengen. Cliënt stelt prioriteiten in behandeldoelen en scoort uitvoering van en tevredenheid over zijn handelen (Hartingsveldt et al., 2012).
ACS-NL (Activity Card Sort)	Het vaststellen van de activiteiten van oudere cliënten die uitvoeren op de gebieden IADL, vrije tijd en sociale contacten aan de hand van foto's (Hartingsveldt et al., 2012).
OPHI II-NL (Occupational Performance History Interview)	Functioneren van de cliënt in het heden en verleden vaststellen door middel van een semigestructureerd interview, scoreschalen en een verhaal over de levensgeschiedenis (Hartingsveldt et al., 2012).
OSA (Occupational Self Assessment)	Brengt de occupational performance in kaart. Zelfevaluatielijst waarin stellingen zijn opgenomen over alledaagse activiteiten. De cliënt beoordeelt de uitvoering van het handelen en de mate waarin hij hiermee tevreden is op een vierpuntschaal en prioriteert de aandachtsgebieden (Hartingsveldt et al., 2012).
SIP68 (Sickness Impact Scale)	Een generiek instrument om de gezondheidstoestand van individuen en populaties te meten. Met de SIP68 kan de invloed van ziekte en/of gezondheidsklachten op het dagelijks functioneren worden vastgesteld (Meulenbroek, 2010).
SA-SIP30 (Stroke-Adapted Sickness Impact Scale)	De SA-SIP30 is een korte versie van de Sickness Impact Profile (SIP) die bedoeld is voor gebruik bij mensen met een CVA. Het instrument meet gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven na een CVA (Post, Dijcks & Engelen, 2017).
ERS (Employability Rating Scale)	Het betreft een meetinstrument dat het niveau van iemands productiviteit/werkniveau meet, waarin aard van het werk en vaardigheden m.b.t. werken worden meegenomen. Het instrument werd specifiek ontwikkeld voor het meten van de mate van arbeidsgeschiktheid aan het einde van een trainingsprogramma en voor de follow-up metingen (Jungen, 2015).
OCAIRS (Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale)	Verzamelen, analyseren en rapporteren van de gegevens over de omvang en de aard van de adaptie en participatie van een cliënt door middel van een semigestructureerd interview, een schaal en een samenvatting (Hartingsveldt et al., 2012).
RCV2 (Role checklist version 2)	De RCV2 is een korte screeningtool die de participatie uit het verleden, het heden en de toekomst meet in gewaardeerde rollen. Deze beoordeling stelt ergotherapeuten in staat de beroepsmatige participatie en rolprestaties van patiënten te verzamelen om cliëntgerichte, op beroep-gebaseerde doelen te stellen (Scott et al., 2017).
USER-P (Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie-Participatie)	De USER-Participatie is een meetinstrument om het effect van poliklinische revalidatie voor volwassenen te evalueren. Er worden objectieve gegevens gemeten; hoeveel uur besteedt iemand per week aan bijvoorbeeld werk of huishouden. Maar er wordt ook naar de subjectieve beleving gevraagd. Dit geeft een compleet beeld en is een handig hulpmiddel voor professionals (De Hoogstraat Revalidatie, z.d.).
IPA (Impact op Participatie en autonomie)	De door een cliënt ervaren belemmeringen in participatie en autonomie vastleggen, om de mogelijk ervaren problemen in participatie te evalueren (Hartingsveldt et al., 2012).
LIFE-H (Life Habits Assessment)	Participatiemogelijkheden van de cliënt worden in kaart gebracht in de categorieën voeding, fitheid, persoonlijke verzorging, communicatie, verblijf, mobiliteit, verantwoordelijkheid, interpersoonlijke relaties, gemeenschap, onderwijs, beroep en recreatie (Hartingsveldt et al., 2012).
LHS (London Handicap Scale)	Mate van participatie meten voor verschillende doeleinden, in de volgende domeinen; mobiliteit, handelen, fysieke onafhankelijkheid,

	sociale integratie, oriëntatie en economische zelfstandigheid (Hartingsveldt et al., 2012).
MQE (Measure of Quality of the Environment)	Evalueren van de invloed van omgevingsfactoren op prestaties binnen dagelijkse activiteiten en sociale rollen. Maakt belemmeringen en mogelijkheden voor participatie inzichtelijk (Hartingsveldt et al., 2012).
DIP (Disability and Impact Profile)	De DIP is een zelfevaluatie vragenlijst over activiteiten die mogelijk beperkt zijn vanwege een belemmerende ziekte. Het bestaat uit 39 vragen over symptomen en de vijf domeinen: mobiliteit, zelfzorg, sociale activiteit, communicatie en psychologische status (Eyssen et al., 2011).
PC-Part (Personal Care-Participation Assessment and Resource Tool)	De PC-PART is ontworpen om beperkingen in participatie te meten in activiteiten in het dagelijks leven die nodig zijn voor het gemeenschapsleven. Het bevat twee schalen die metingen op intervalniveau bieden: Zelfverzorging en het gezinsleven (Darzins, Imms, Shields & Taylor, 2015).
OGQ (Occupational Gaps Questionnaire)	De OGQ kan het verzamelen van informatie over en het begrijpen van de situatie van de cliënt met betrekking tot dagelijkse bezigheden vergemakkelijken. OGQ-maatregelen: 1) in welke mate een persoon activiteiten uitvoert die hij of zij wil uitvoeren, en 2) in welke mate dezelfde persoon geen activiteiten uitvoert die hij of zij niet wil uitvoeren (Eriksson, Tham & Kottorp, 2013).
P-scale (Participation Scale)	De participatieschaal is een zelfevaluatie vragenlijst en meet de ervaren participatiebeperkingen. Het beslaat 8 van de 9 ICF-activiteiten en participatiehoofdstukken (Zee et al., 2010).
IMPACT-S (ICF Measure of Participation and Activities Screener)	De IMPACT-S beoordeelt ervaren beperkingen in activiteiten en participatie, bestaande uit 32 items die alle 9 hoofdstukken van de activiteiten- en participatiecomponent van het ICF bestrijken (Zee et al., 2010).
CIM (Community Integration Measure)	De CIM is een korte, eenvoudige cliëntgerichte maat voor integratie. Het bestaat uit 10 verklaringen die waargenomen participatie-integratie meten in vier domeinen: algemene assimilatie, ondersteuning, beroep en zelfstandig leven (McColl et al., 2001).
POPS (Participation Objective, Participation Subjective)	De POPS bestaat uit een lijst met 26 "items", welke allen elementen van participatie zijn. Voor elk item worden twee soorten vragen gesteld. Objectieve vragen en subjectieve vragen (Brown, 2006).
KAP (The Keele Assessment of Participation)	De KAP is een zelfevaluatie instrument dat is ontworpen om schattingen te geven van door personen waargenomen participatiebeperkingen in bevolkingsonderzoeken (Wilkie, Peat, Thomas, Hooper & Croft, 2005).
CIQ-2 (Community Integration Questionnaire-2)	Meet de maatschappelijke integratie na traumatisch hersenletsel. De lijst telt 15 vragen, onderverdeeld in: thuisintegratie, sociale integratie en productieve activiteiten (Hartingsveldt et al., 2012).
GPS (Gentse Participatie Schaal)	De GPS operationaliseert participatie met behulp van 15 subjectieve en twee objectieve variabelen en is georganiseerd in drie subschalen. 1.) 'Zelf uitgevoerde activiteiten in overeenstemming met persoonlijke keuzes en wensen'. 2.) 'Zelf uitgevoerde activiteiten die leiden tot waardering en sociale acceptatie'. 3.) 'Gedelegeerde activiteiten' (Van de Velde et al., 2016).

Literatuurlijst: bronnen alleen gebruikt voor bijlage 2 en 3

- Scott, P.J., Cacich, D., Fulk, M., Michel, K., Whiffen, K. (2017) Establishing Concurrent Validity of the Role Checklist Version 2 with the OCAIRS in Measurement of Participation: A Pilot Study. *Occupational Therapy International*, 2017(3), 1-6. <https://doi.org/10.1155/2017/6493472>
- Fallahpour, M., Jonsson, H., Joghataei, M., Kottorp, A. (2010). Impact on Participation and Autonomy (IPA): Psychometric evaluation of the Persian version to use for persons with stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2011, 18(1), 59-71. <https://doi.org/10.3109/11038121003628353>
- Radia-George, C., Imms, C., Taylor, N.F. (2014). Interrater Reliability and Clinical Utility of the Personal Care Participation Assessment and Resource Tool (PC-PART) in an Inpatient Rehabilitation Setting. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(3), 334-343. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.009878>.
- Darzins, S.W., Imms, C., Shields, N., Taylor, N.F. (2015). Responsiveness, construct and criterion validity of the Personal Care-Participation Assessment and Resource Tool (PC-PART). *Health & Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0322-5>.
- Eriksson, G., Tham, K., Kottorp, A. (2013). A cross-diagnostic validation of an instrument measuring participation in everyday occupations: The Occupational Gaps Questionnaire (OGQ). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 152-160. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.749944>
- Meulenbroek, T. (2010). *Sickness Impact Profile (SIP)*. Geraadpleegd op 29 april 2018, van https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument57/57_1_N.pdf
- Jungen, M.J.H. (2015). *Employability Rating Scale (ERS)*. Geraadpleegd op 29 april 2018, van https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument167/167_1_N.pdf
- McColl, M.A., Davies, D., Carlson, P., Johnston, J., Minnes, P. (2001). The community integration measure: Development and preliminary validation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(4), 429-434. <https://doi.org/10.1053/apmr.2001.22195>
- Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E., Hooper, H., Croft, P.R. (2005). The Keele Assessment of Participation: a new instrument to measure participation restriction in population studies. Combined qualitative and quantitative examination of its psychometric properties. *Quality of life research*, 14(8), 1889-1899. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-4325-2>
- Van de Velde, D., Coorevits, P., Sabbe, L., De Baets, S., Hove, G., van, Josephsson, S., Ijsbroukx, S., Straeten, G., van der. (2016). Measuring participation as defined by the WHO in the ICF. Psychometric properties of the GPS. *Clinical Rehabilitation*, 31(3), 379-393. <https://doi.org/10.1177/0269215516644310>

Website:

- Brown, M. (2006). Participation Objective, Participation Subjective. *The Center for Outcome Measurement in Brain Injury*. Geraadpleegd op 29 april 2018, van <http://www.tbims.org/combi/pops>.
- De Hoogstraat Revalidatie. (z.d.). *USER-Participatie, meetinstrument voor poliklinische revalidatie*. Geraadpleegd op 29 april 2018, van <http://www.dehoogstraat.nl/onderzoek-innovatie/producten/producten/meetinstrument-user-p>

Bijlage 7: Gebruikte bronnen voor tabel 2

De kenmerken van de geselecteerde instrumenten van tabel 2 zijn verkregen door het gebruik van de volgende bronnen:

- (Cardol, 2005)
- (Cup & Steultjens, 2005)
- (Evenhuis & Eyssen, 2012)
- (Eyssen, et al., 2011)
- (Grondal, 2013)
- (Groothuis-Oudshoorn, Chorus, Verrips & Detmar, 2015)
- (Hartingsveldt, Velden, Labee, Berzins & Derksen, 2012)
- (Lee, et al., 2017)
- (Magasi & Post, 2010)
- (Post, Dijcks & Engelen, 2017)
- (Post, et al., 2012)
- (Rasquin & Van Heugten, 2007)
- (Satink & Van de Velde, 2017)
- (Steultjens, Cup, Zajec & van Hees, 2013)
- (Tse, Douglas, Lentin & Carey 2011)
- (Wirth, Staehler & Joeris, 2011)
- (Zee, Baars-Elsinga, Visser-Meily & Post, 2013a)
- (Zee, et al., 2010)