



Hogeschool van Amsterdam

GEWOON DOEN

DAGELIJKS HANDELEN DRAAGT BIJ
AAN GEZONDHEID EN WELZIJN

Dr. Margo van Hartingsveldt



CREATING TOMORROW

Gewoon DOEN

Gewoon DOEN

*Dagelijks handelen draagt bij
aan gezondheid en welzijn*

Lectorale rede

in verkorte vorm uitgesproken op dinsdag 8 maart 2016

door

Margo van Hartingsveldt

lector Ergotherapie – Participatie en Omgeving
aan de Hogeschool van Amsterdam
faculteit Gezondheid



Hogeschool van Amsterdam

HvA Publicaties is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is tot stand gekomen onder auspiciën van de Hogeschool van Amsterdam.

Omslagillustratie: foto en collage van bertzuiderveen.nl

Vormgeving omslag: Kok Korpershoek, Amsterdam
Opmaak binnenwerk: JAPES, Amsterdam

ISBN 978 90 5629 771 8
e-ISBN 978 90 4853 370 1 (pdf)

© Margo van Hartingsveldt / HvA Publicaties, Amsterdam 2016

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Inhoud

Inleiding	7
1 Gezondheid, welzijn en DOEN	8
1.1 <i>Gezondheid en leefstijl</i>	8
1.2 <i>Het concept gezondheid</i>	9
1.3 <i>Determinanten van gezondheid</i>	11
1.4 <i>Welzijn en dagelijks handelen</i>	12
2 Dagelijks handelen: gewoon DOEN	16
2.1 <i>Het dagelijks handelen</i>	16
2.2 <i>De betekenis van het dagelijks handelen</i>	17
3 Ergotherapie: hoe maken we DOEN mogelijk?	18
3.1 <i>De ontwikkeling van het beroep</i>	19
3.2 <i>De cliënt</i>	20
3.3 <i>Mogelijk maken van het dagelijks handelen</i>	21
3.4 <i>Participatie als doel van ergotherapie</i>	23
3.5 <i>Omgeving</i>	24
3.6 <i>Professioneel redeneren</i>	25
3.7 <i>Twee perspectieven in de ergotherapie</i>	26
3.8 <i>Beroepspraktijk</i>	26
4 Maatschappelijke ontwikkelingen	29
4.1 <i>Het ouder worden van de bevolking</i>	30
4.2 <i>De toename van technologisering en digitalisering</i>	30
4.3 <i>Gelijkheid in gezondheid: een recht van mensen</i>	30
4.4 <i>De toename van migratie</i>	31
4.5 <i>De ontwikkelingen in zorg en welzijn in Nederland</i>	32
4.6 <i>Meer verantwoordelijkheid bij de burger</i>	33
4.7 <i>Participatie: een recht van mensen</i>	34
5 Het opleiden van de professional van de toekomst	35
5.1 <i>Flexibele gezondheidsprofessional</i>	36
5.2 <i>Het opleiden van de ergotherapeut van de toekomst</i>	36
6 Lectoraat Ergotherapie – Participatie en Omgeving; wat te DOEN?	39
6.1 <i>Amsterdam Centre Of Innovative Health Practice (ACHIEVE)</i>	39
6.2 <i>Lectoraat Ergotherapie – Participatie en Omgeving</i>	40
6.3 <i>Trias onderzoek, onderwijs en praktijk</i>	41
6.4 <i>Complex care</i>	41
6.5 <i>Urban Vitality</i>	42

6.6 <i>Interprofessioneel samenwerken</i>	42
6.7 <i>Wat gaan we DOEN en wat willen we bereiken (ACHIEVE)?</i>	42
6.8 <i>De toekomst</i>	45
Dankwoord	46
Literatuur	48

Inleiding

GEWOON DOEN.....

- 06.15 Opstaan, waarschijnlijk al een half uurtje wakker.
- 06.30 Klaarmaken en aankleden.
- 06.45 Koffie/thee zetten en ontbijt maken.
- 07.15 De afwas doen.
- 07.30 Even naar buiten om de krant uit de bus te halen.
- 07.35 Krant lezen met kopje koffie/thee.
- 08.30 Boodschap doen.
- 09.30 Dutje.
- 10.30 Een kruiswoordpuzzel maken, wat lezen.
- 12.00 Boterham eten.
- 12.30 Afwasje doen.
- 12.45 Dutje.
- 14.00 Post halen.
- 14.15 Beetje stoffen en zuigen, wasje draaien.
- 15.00 Praatje met de buurvrouw.
- 16.00 Avondeten koken.
- 17.00 Eten.
- 17.30 Afwas doen.
- 18.00 Journaal en tv kijken.
- 19.00 Bezoek van overbuurvrouw.
- 20.00 Journaal kijken.
- 21.30 Wat wegduppen.
- 22.00 Naar bed.

In deze rede staat gewoon doen, het dagelijks handelen van mensen, centraal. Dagelijks handelen is net als bewegen, voeding en het vermijden van genotsmiddelen een belangrijke factor voor gezond leven.

Het dagelijks handelen van mensen bestaat uit al de gewone en vertrouwde dingen die mensen elke dag doen (Bass, Baum en Christiansen 2015). Zoals slapen, douchen, koken, eten, zorgen voor je kind, werken, studeren, spelen, naar de film gaan, sporten, een museum bezoeken, uitgaan, lezen, boodschappen doen, tv kijken, naar muziek luisteren, skypen enzovoort. Mensen zijn handelende wezens en het leven is niet voor te stellen zonder dat we bezig zijn. In het dagelijks leven zijn mensen voortdurend – alleen, maar vaak met anderen – betrokken in

activiteiten, ook als men 'vrij' is en eigenlijk niets hoeft te doen (Wilcock en Hocking 2015). Het dagelijks handelen, het kerndomein van de ergotherapie, sluit aan bij het 'functioneren' dat centraal staat in het advies 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. In dit advies wordt functioneren beschreven als het 'in staat zijn van mensen om zoveel mogelijk het leven te leiden dat ze willen leiden ... het omvat het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren en betreft het functioneren in het dagelijks leven op individueel en op collectief niveau' (Kaljouw en Van Vliet 2015).

In deze Lectorale rede ga ik in op het dagelijks handelen in relatie met gezondheid en welzijn. Van daaruit zoom ik in op het dagelijkse doen en de betekenis die dat voor mensen individueel en collectief heeft. Dan ga ik door op ergotherapie, het beroep dat gericht is op het mogelijk maken van het dagelijks doen en laten bij mensen die door ouderdom, een fysieke of mentale beperking of door sociale omstandigheden de activiteiten die zij belangrijk vinden niet meer naar wens kunnen uitvoeren. Daarna ga ik van de huidige trends in Europa naar de ontwikkelingen in zorg en welzijn in Nederland en naar de gezondheidsprofessional van de toekomst. Als 'professional in the lead' combineer ik het opleidingsmanagement en het onderzoek van het lectoraat. Als opleidingsmanager van de bachelor en master Ergotherapie heb ik de ambitie om de flexibele ergotherapeut en onderzoeker van de toekomst op te leiden, waarbij interprofessionele samenwerking het uitgangspunt is. Als lector heb ik de ambitie om samen met het lectoraat Ergotherapie – Participatie en Omgeving bij te dragen aan het dagelijks handelen van mensen als bepalende factor voor gezondheid en welzijn. De invloed van de omgeving op het dagelijks handelen en op de participatie van mensen is het uitgangspunt van het praktijkgericht onderzoek, dat gericht is op innovatieve interventies ten behoeve van het behoud en het mogelijk maken van dagelijks handelen en participatie van burgers.

1 Gezondheid, welzijn en DOEN

'Gezondheid is het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven' (Huber et al. 2011).

1.1 Gezondheid en leefstijl

Gezondheid wordt beïnvloed door verschillende factoren en daar is op het moment in de media veel aandacht voor. Dat gaat dan over leefstijlfactoren waar burgers zelf invloed op hebben. Iedereen weet dat 30 minuten bewegen per dag (Hartstichting 2015), gezond eten volgens de nieuwe richtlijnen van gezonde voeding (Gezond-

heidsraad 2015) en het vermijden van middelen zoals sigaretten, drugs en alcohol (GGD 2015) positief effect hebben op onze gezondheid. Dat bewegen ook een risicovolle kant heeft, is een feit. Bewegen en sporten zorgden ervoor dat in 2011 op de eerstehulpafdelingen van ziekenhuizen 160.000 sportblessures behandeld werden (RIVM 2015). Voeding heeft ook een ziekmakende kant: bijna de helft van de volwassenen en veel kinderen zijn te zwaar. Na roken is overgewicht de belangrijkste oorzaak van de huidige welvaartsziekten (Rijksoverheid.nl 2015).

In zijn boek 'Lichamelijke oefening' vertelt Midas Dekkers op zijn ironische en afstandelijke wijze over de nutteloosheid, en vaak schadelijkheid, van het sporten en zet hij de 'Homo Adidas' te kijk. Dit boek eindigt met: 'Om het plezier, een betere reden is er niet voor sport. Het nutteloze, dat is het aardigste van heel de sport. Het houdt in dat je het ook kunt laten' (Dekkers 2006).

Naast de leefstijlfactoren bewegen, voeding en het vermijden van middelen, is het dagelijks handelen, het doen van de gewone dingen van alledag, van invloed op gezondheid en het ervaren van welzijn. Het kijken naar gezondheid vanuit dit 'doen'-perspectief is essentieel, omdat veel gezondheidsproblemen gerelateerd zijn aan wat mensen doen of niet doen (Wilcock en Hocking 2015).

Werken heeft bijvoorbeeld invloed op gezondheid. Rotterdams onderzoek liet zien dat bij mensen zonder baan met een kwetsbare gezondheid het hervatten van betaald werk al binnen een half jaar leidde tot positieve gezondheidseffecten (Schuring et al. 2011). Maar werken heeft een andere kant en kan een ziekmaker zijn: een derde van het ziekteverzuim in Nederland wordt veroorzaakt door werkgerelateerde psychische klachten. Daarmee is zogenoemde psychosociale arbeidsbelasting (PSA) de meest voorkomende beroepsziekte in ons land (Rijksoverheid.nl 2013).

Dagelijks handelen en de invloed op gezondheid en welzijn staat centraal in deze rede. Het dagelijks handelen van mensen op het gebied van zorgen, wonen, leren, werken, spelen en vrije tijd is zo gewoon, dat men er nauwelijks bij stilstaat hoe 'gewoon doen' onze gezondheid positief en ook negatief kan beïnvloeden.

1.2 Het concept gezondheid

Het Engelse woord 'health' komt voort uit het Oudgermaanse woord 'hailiz' dat staat voor begrippen als heel, compleet, solide en fit. Het Engelse werkwoord 'to heal' betekent letterlijk heel maken (Harper 2015). In de oude Griekse cultuur werd gezondheid gezien als een toestand van evenwicht en heelheid. Deze visie

op gezondheid heeft lang bestaan en is pas in de Renaissance, door de inzichten van Descartes, veranderd. Vanaf die tijd was de geneeskunde gericht op het verkennen van de observeerbare en lichamelijke grondslag van ziekten, waarbij de psychologische, emotionele en sociale factoren vaak buiten beschouwing werden gelaten. Het gevolg was dat gezondheid steeds meer beschouwd werd als de afwezigheid van ziekte (Huber 2014, Christiansen, Baum en Bass 2015a).

Met de oprichting van de World Health Organization (WHO) in 1948, werd een brede en idealistische definitie van gezondheid geformuleerd. Deze definitie beschrijft gezondheid als een toestand van volledig fysiek, mentaal en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte (WHO 1948). Het doel van deze idealistische definitie was om het geluk en welzijn van de hele wereldbevolking na te streven. Met de toename van chronische ziekten, in combinatie met de voortgaande ontwikkeling van de medische technologie en diagnostiek, werd deze definitie contraproductief. Alles wat niet overeenkomt met de statische toestand van compleet welzijn wordt met deze definitie als abnormaal en ongezond gezien en daarvoor wordt behandeling gezocht. Een editorial in *The Lancet*, het Britse medische tijdschrift, is kritisch ten aanzien van het 'volledig welzijn' en schrijft in 2009: 'By replacing perfection with adaptation, we get closer to a more compassionate, comforting, and creative programme for medicine – one to which we can all contribute' (Lancet 2009).

Huber (2011) heeft om deze reden een nieuw concept van gezondheid voorgesteld: 'gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven' (Huber et al. 2011). Dit concept beschrijft, net als de WHO-definitie, gezondheid vanuit een breed en integraal perspectief als het fysieke, mentale en sociale domein van de mens (Huber 2014). In dit concept gaat het om het zich kunnen aanpassen aan verstoringen, veerkracht hebben en een balans weten te handhaven of te hervinden (Kaljouw en Van Vliet 2015).

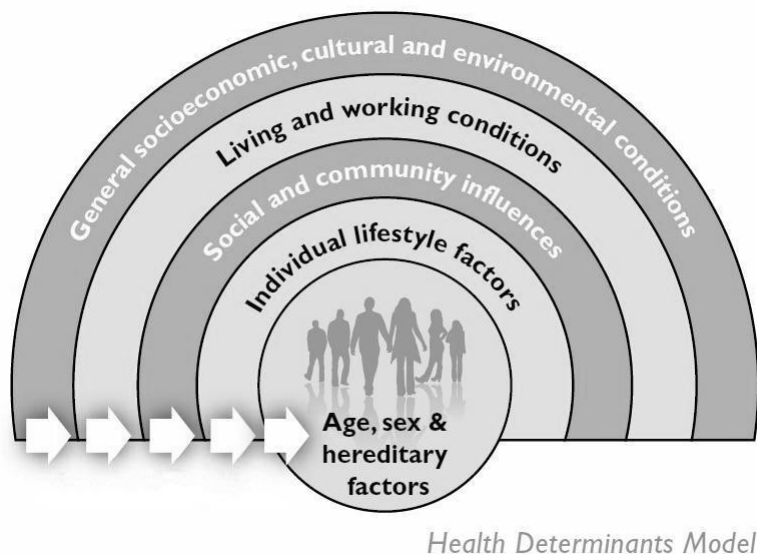
In dit nieuwe concept van gezondheid staat het functioneren van mensen centraal en niet langer de aandoening. Dit komt overeen met het domein van ergotherapie, waarbij het dagelijks handelen van mensen centraal staat. Het uitgangspunt van ergotherapie is dat het dagelijks handelen van mensen gezondheid en welzijn bevordert (Wilcock en Hocking 2015).

Het begrip 'positieve gezondheid' van Huber (2014) omvat zes dimensies (lichamelijke functies, mentale functies en beleving, de spirituele/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren) die, zoals cliënten het in haar onderzoek omschrijven, 'over het hele leven gaan'. Professionals in de zorg typeren 'positieve gezondheid' als een integratie van het zorg- en het sociale domein (Huber 2014). Een kanttekening is dat in het nieuwe concept van gezondheid van Huber (2011) de relatie met welzijn ontbreekt.

1.3 Determinanten van gezondheid

De belangrijke rol van de samenleving in relatie tot gezondheid is terug te zien in de oprichting van de WHO Commission on Social Determinants of Health (WHO 2015). De commissie gebruikt het regenboogmodel van Dahlgren en Whitehead (2006) om op eenvoudige manier in kaart te brengen wat de belangrijkste determinanten van gezondheid zijn.

Figuur 1 Het regenboogmodel van Dahlgren en Whitehead



Health Determinants Model

Bron: Dahlgren & Whitehead, 2006

Het regenboogmodel maakt duidelijk dat gezondheid en welzijn naast een individuele ook een maatschappelijke component hebben. In het hart van het model staan de vaststaande individuele kenmerken. In de bogen daaromheen staan factoren die beïnvloedbaar zijn. De eerste boog vormen persoonlijke leefstijlfactoren zoals bewegen, voeding, roken, drugs en alcohol. Vanuit het perspectief dat dagelijks handelen bijdraagt aan gezondheid en welzijn (Wilcock en Hocking 2015) zou het voor de hand liggen om het uitvoeren/het doen van dagelijkse activiteiten toe te voegen aan deze leefstijlfactoren. De tweede boog wordt gevormd door de invloed van de sociale omgeving zoals het gezin, familie, vrienden en de buurt. De

derde boog bevat de invloed van de woon-, leef- en werkomstandigheden, maar ook de toegang tot essentiële voorzieningen zoals onderwijs, gezondheidszorg, cultuur en sport. De vierde boog maakt duidelijk dat gezondheid ook wordt bepaald door economische, politieke, culturele en milieufactoren (Alleman 2012, Dahlgren en Whitehead 2006). Bij het ervaren van gezondheid zijn al de verschillende factoren in het regenboogmodel van invloed op de persoon, de groep of populatie. Daarbij is het belangrijk dat er balans is tussen de verschillende factoren, pas dan vindt er een gewaarwording van gezondheid en welzijn plaats.

1.4 Welzijn en dagelijks handelen

Welzijn is een toestand waarin het fysiek, mentaal en sociaal goed met je gaat. In de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wordt het 'the good life' genoemd (WHO 2001). Welzijn wordt onderverdeeld in fysiek welzijn, mentaal welzijn en sociaal welzijn.

1.4.1 Fysiek welzijn en dagelijks handelen

Fysiek welzijn is het aspect van gezondheid dat de meeste aandacht krijgt en het gemakkelijkst te begrijpen is. Fysiek welzijn of fitness weerspiegelt het uithoudingsvermogen van een persoon, zijn spierkracht, flexibiliteit en lichamelijke gesteldheid. Gezonde voeding, een juist gewicht, seksuele gezondheid, hygiëne, voldoende slaap en de leefstijlfactoren bewegen, voeding en het vermijden van middelen dragen bij aan fysiek welzijn (Nordqvist 2015).

Vanuit het perspectief van het dagelijks handelen wordt bij fysiek welzijn ook mentaal en sociaal welzijn ervaren (Wilcock en Hocking 2015).

Fietsen is een fysieke activiteit en daarbij kunnen alle drie de vormen van welzijn betrokken zijn:

- *als iemand op zijn hometrainer een half uur fietst, is dit bij de meeste mensen vooral gericht op fysiek welzijn;*
- *als dezelfde persoon een half uur door de natuur fietst en tegelijkertijd geniet van de totale activiteit dan heeft dat invloed op fysiek en mentaal welzijn;*
- *als die persoon dit doet met een groep vrienden en geniet van de activiteit en van het samenzijn heeft dat invloed op fysiek, mentaal en sociaal welzijn.*

Het integreren van fysieke activiteiten in de dagelijks routine is een belangrijke manier om voldoende te blijven bewegen. Uit onderzoek komt naar voren dat vrouwen van middelbare en oudere leeftijd fysieke activiteiten in huis en tuin waarderen als een indicator van hun functionele mogelijkheden en zelfstandig wonen. Deze huis-, tuin- en keukenactiviteiten geven eigenwaarde en dragen bij aan fysiek en mentaal welzijn (Peeters et al. 2014).

Mijn schoonmoeder van 82 is bewust bezig met bewegen. Ze houdt van wandelen en heeft dat altijd veel met haar echtgenoot gedaan. Nu ze alleen is, is het belangrijk dat het dagelijks wandelen voor haar een doel heeft. Zo doet ze elke dag een paar boodschappen en wandelt bewust met plezier naar een supermarkt op een loopafstand van 30 minuten terwijl ze die boodschappen bij het winkelcentrum tegenover haar huis kan doen...

Dat het uitvoeren van fysieke dagelijkse activiteiten belangrijk is voor lichamelijke gezondheid is algemeen bekend. Daarbij is er steeds meer bewijs dat deze activiteiten ook positieve invloed hebben op het mentale welzijn. Uit een review naar het effect van fysieke training op depressie wordt duidelijk dat fysieke training effectief is voor mensen met een milde of matige depressie die gemotiveerd en fysiek gezond genoeg zijn om deel te nemen aan dergelijke programma's (Josefs-son, Lindwall en Archer 2014).

1.4.2 Mentaal welzijn en dagelijks handelen

Mentaal welzijn of geestelijke gezondheid wordt door de WHO als volgt beschreven: 'a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stress of life, can work productively, and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community' (WHO 2005 p.2). In deze definitie worden twee componenten van mentaal welzijn benoemd: de subjectieve ervaring (emotioneel welzijn) en het effectief functioneren van het individu in de zin van zelfrealisatie (psychologisch welzijn) (Bohlmeijer et al. 2013).

Vanuit het perspectief van het dagelijks handelen wordt mentaal welzijn gestimuleerd als mensen activiteiten uitvoeren die bijdragen aan hun spirituele, cognitieve en emotionele ontwikkeling. Voor mentaal welzijn is het belangrijk dat het uitvoeren van de activiteit een ervaring geeft die betekenisvol is. Het meest ultiem is dat je tijdens het uitvoeren van activiteiten een flow-ervaring hebt en even de tijd vergeet (Wilcock en Hocking 2015).

Csikszentmihályi, die tien jaar geleden de positieve psychologie als wetenschappelijke discipline op de kaart heeft gezet, bestudeerde de ervaringen van mensen tijdens het uitvoeren van activiteiten. Hij liet zien dat de mate van betrokkenheid beïnvloed wordt door het feit in hoeverre de 'match' tussen de persoonlijke vaardigheden en de uitdaging die wordt aangegaan (activiteit in een omgeving) in evenwicht zijn. Hij introduceerde de term 'flow' als de optimale ervaring waarbij mensen zó betrokken zijn in het de uitvoering van de activiteit, dat zij alles om zich heen vergeten. Tijdens een flow-ervaring voelen mensen zich significant meer blij, sterk, tevreden, creatief en geconcentreerd dan op andere momenten, en vergeten zij even de tijd (Csikszentmihályi 1999). Flow is een goede beschrijving van het ervaren van mentaal welzijn. Uit een studie die de relatie beschrijft tussen flow en het ervaren van blijdschap bij ouderen komt naar voren dat flow is verbonden met positieve affectieve ervaringen van de ouderen (Collins, Sarkisian en Winner 2009). Sinds de jaren negentig wordt het begrip flow in de ergotherapie-literatuur gebruikt om de aspecten van de activiteit, de omgeving en de persoon, die een bijdrage leveren aan 'just right challenge', daadwerkelijk te begrijpen (Rebeiro en Polgar 1999). Christiansen en Baum (1997, in Christiansen, Baum en Bass 2015b) definiëren flow als een term die de subjectieve kwaliteit van een ervaring aanduidt. Dit heeft te maken met de betekenis en waarde die een activiteit voor iemand heeft. Onderzoek bij flow wijst op het belang van die betekenis en verbindt dat met de essentiële rol die dagelijks handelen kan hebben in de bijdrage aan welzijn (Wright, Sadlo en Stew 2007).

Hoe heerlijk is het om na een volle werkdag 's avonds naar mijn cursus modeltekenen te gaan. In een inspirerende omgeving ben ik bezig met schetsen, tekenen en lijnen op papier te zetten. Doordat het model steeds een andere pose aanneemt lukt het me om steeds lossere en kernachtiger te werk te gaan..., daarbij ben ik zo bezig, vergeet alles om me heen en heb geen idee meer van de tijd..., dit is de ultieme manier om mijn drukke baan even achter me te laten...

Er is beginnend onderzoek naar het effect van het ervaren van positieve emoties bij het uitvoeren van activiteiten op het verminderen van stress en depressie (Veehof, Bohlmeijer en Geschwind 2013). Bijvoorbeeld het hebben van vrijetijdsbesteding bij ouderen heeft invloed op gezondheid en heeft een beschermend effect op cognitieve achteruitgang (Wang et al. 2013).

1.4.3 Sociaal welzijn en dagelijks handelen

Sociaal welzijn kan plaats hebben op het microniveau van de persoon en zijn omgeving en op het macroniveau van de maatschappij. Vanuit het perspectief van het dagelijks handelen wordt sociaal welzijn bevorderd wanneer een persoon binnen zijn dagelijkse activiteiten sociale contacten ontwikkelt en onderhoudt met zijn gezin, familie en vrienden, op school, op het werk en in de gemeenschap. Dagelijkse activiteiten die bijdragen aan sociaal welzijn zijn die gezamenlijke activiteiten waar mensen zich goed over voelen, die een bepaalde sociale status geven en die hun vrijheid geven om effectief hun persoonlijke mogelijkheden in het samen doen in te zetten (Wilcock en Hocking 2015).

Er is veel bewijs uit onderzoek waaruit blijkt dat het hebben van sociale netwerken effect heeft op gezondheid en welzijn. Hoe groter het sociale netwerk van vrienden, familie en clublidmaatschappen, hoe beter iemands geestelijke en lichamelijke gezondheid (Jetten et al. 2014). Een recente meta-analyse toont het effect en de omvang van deze effecten aan. Op basis van 148 studies en meer dan 300.000 deelnemers, werd het hebben van sterke sociale relaties geassocieerd met een langere levensduur, en de grootte van het effect was vergelijkbaar met het stoppen met roken (Holt-Lunstad, Smith en Layton 2010).

Het gezamenlijk uitvoeren van activiteiten heeft invloed op sociaal welzijn en deze relatie verandert met de leeftijd. Uit onderzoek komt naar voren dat juist bij ouderen het effect van sociale activiteiten het grootst is op het ervaren van welzijn (Huxhold, Miche en Schüz 2014).

De film *Babette's Feast* (Axel en Dinesen 1988) geeft een krachtig portret van de maaltijd als een gezamenlijke activiteit. Babette, een vluchteling uit Frankrijk die terechtgekomen is in het Deense Jutland, wint de loterij en wil het prijzengeld aanwenden om een Frans feestmaal te organiseren voor het hele dorp. Het wordt een avond om nooit te vergeten...

De meeste mensen zijn zich niet zo bewust van het feit dat 'gewoon doen' van invloed is op gezondheid en welzijn. Dit komt omdat het gaat over de gewone dagelijkse activiteiten die we vaak gedachteloos uitvoeren en die zo gewoon zijn dat we er niet meer bij stilstaan. Het vanuit het perspectief van het dagelijks handelen kijken naar fysiek, mentaal en sociaal welzijn maakt echter duidelijk dat het uitvoeren van dagelijkse activiteiten bijdraagt aan alle vormen van welzijn. Naast de aandacht voor de leefstijlfactoren die van invloed zijn op het fysieke welzijn van mensen, zoals bewegen en voeding, draagt daarnaast het uitvoeren en betrekken

zijn bij dagelijkse activiteiten, die vaak samen met anderen uitgevoerd worden, ook bij aan mentaal en sociaal welzijn.

Christine Boland, internationaal trendanalist en toekomstdenker, zegt: 'de belangrijkste trend van 2016 is samen te vatten in het woord "grip" ... we willen weer grip op ons leven krijgen door stil te staan bij kleine dingen, zoals dagelijkse rituelen ... mental well-being wordt heel belangrijk...' (HP/De Tijd december 2015-januari 2016)

2 Dagelijks handelen: gewoon DOEN

'In het weekend werk ik. Op zaterdag sta ik iets later op dan normaal, om een uur of negen. Ontbijt sla ik altijd over. Ik ga meteen naar mijn atelier. Daar is het dan rustig en kan ik fijn mijn eigen dingetjes doen. Rustig tekenen. Rustig mouleren. Soms komt er een vriendin langs om tussendoor een kopje koffie te drinken, maar ik vind het vooral lekker om op zaterdag vrij te kunnen fantaseren. Een weekendgevoel heb ik eigenlijk nooit gehad. Dat je op vrijdagavond denkt: nu gaan we los. Mijn werk stopt niet en mijn hoofd ook niet. Werken is mijn voetbal, mijn tennis en mijn bridgeclub. Ik heb altijd een jurk in mijn hoofd.' – Jan Taminiau, modeontwerper (NRC Handelsblad, 26-03-2011)

2.1 Het dagelijks handelen

Wilcock en Hocking (2015) definiëren het dagelijks handelen (*occupation*) als 'all the things that people need, want or have to do across the sleep-wake continuum, individually and collectively'. Het wetenschapsdomein *Occupational Science* bestudeert de relatie tussen het dagelijks handelen (*occupational performance and engagement*) en gezondheid (Pierce 2014, Wilcock en Hocking 2015). Dit wetenschapsdomein zorgt voor de theoretische onderbouwing van het beroep ergotherapie.

Bij het dagelijks handelen gaat het om het daadwerkelijke doen bij het uitvoeren van activiteiten (*doing*), het zijn en reflecteren op het doen (*being*), het doen in relatie tot anderen (*belonging*), en de factoren van het doen die van invloed zijn op groei, ontwikkeling en het worden die we willen zijn (*becoming*). Het uitgangs-

punt van ergotherapie is het dagelijks handelen dat van invloed is op gezondheid en welzijn (Wilcock en Hocking 2015). Bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten dragen *doing, being, belonging* en *becoming* bij aan het ervaren van fysiek, mentaal en sociaal welzijn.

2.2 De betekenis van het dagelijks handelen

De betekenis die mensen geven aan wat ze doen, heeft belangrijke gevolgen voor hun identiteit en gevoel van welzijn. De subjectieve ervaring van het handelen wordt beschreven als: 'An occupation is the experience of a person, who is the sole author of the occupation's meaning' (Pierce 2001). De toevoeging 'betekenisvol' (*meaningful*) wordt veel gebruikt en *meaningful occupations* staat voor het handelen dat gekozen en uitgevoerd wordt door personen of groepen om ervaringen op te doen die betekenis hebben en voldoening geven (Pierce 2001). Van Nes (2012) heeft onderzoek gedaan naar gezamenlijke activiteiten (*co-occupations*) bij ouder wordende echt)paren, waarvan een van de partners een beroerte had door-gemaakt. In dit onderzoek wordt duidelijk dat de activiteiten die samen worden uitgevoerd persoonlijke en gezamenlijke betekenissen hebben, en bijdragen aan de continuïteit in het samenleven en aan persoonlijke en gezamenlijke identiteit (Van Nes et al. 2012).

Maar is het inderdaad zo dat al het dagelijks handelen dat we op een dag doen betekenisvol is en voldoening geeft, en is het inderdaad zo dat ergotherapeuten alleen gericht zijn op het betekenisvol handelen van mensen? Jonsson (2008) heeft longitudinaal onderzoek gedaan naar de betekenis van het handelen van Zweedse burgers die met pensioen gaan. Uit dat onderzoek kwam naar voren dat sommige activiteiten belangrijker zijn dan andere en dat deze ook verschillend bijdragen aan het gevoel van welzijn. Op basis van gegevens uit diepte-interviews met deze groep gezonde burgers heeft hij het dagelijks handelen als volgt verdeeld:

- *engaging occupations* – activiteiten waar mensen graag bij betrokken zijn en waar ze tijd voor vrijmaken;
- *basic occupations* – activiteiten die een mens moet doen, dit is vaak onderdeel van persoonlijke routines en gewoonten, zoals de zorg voor jezelf en voor anderen;
- *social occupations* – activiteiten gericht op de sociale interactie van mensen;
- *relaxing occupations* – activiteiten gericht op ontspannen, zoals wandelen en het maken van kruiswoordraadsels;
- *regular occupations* – activiteiten die dagelijks of wekelijks gedaan worden en waar mensen niet echt bij betrokken zijn, maar die ze meer doen uit routine, zoals het boodschappen doen of het dagelijks uitlaten van de hond;

- *irregular occupations* – activiteiten die je kiest om te doen en die een positieve betekenis hebben, zoals het op vakantie gaan;
- *time-killing occupations* – activiteiten waar men niet bij betrokken is en die gebeuren om de tijd te doden.

Het gevoel van welzijn dat deze groep mensen ervoer bij het dagelijks handelen was het grootst bij *engaging occupations* en liep af in de volgende volgorde: *social, relaxing, regular, irregular, time-killing* en als laatste *basic occupations* (Jonsson, 2008). Uit dit onderzoek blijkt dat de betekenis die mensen aan het dagelijks handelen geven niet altijd bijdraagt aan hun welzijn en dat activiteiten niet altijd betekenisvol zijn. Juist de *basic occupations* beoordeelde deze groep mensen als iets wat gedaan moet worden maar geen wezenlijke bijdrage levert aan het gevoel van welzijn.

Het is opvallend dat juist de *basic occupations* vaak onderwerp van de ergotherapie-interventie zijn, en de vraag is hoe dat gerelateerd is met ergotherapie gericht op het betekenisvol handelen. Als mensen het dagelijks handelen, gericht op zorgen voor zichzelf en anderen, niet meer kunnen uitvoeren, verandert de waarde die ze aan deze *basic occupations* toekennen. Als het wel weer lukt om deze activiteiten uit te voeren levert dat een belangrijke bijdrage aan het gevoel van welzijn. Iedereen die ziek is geweest heeft zelf ervaren hoe belangrijk het is om na een periode van verzorgd te worden, weer zelf de gewone dagelijkse activiteiten uit te kunnen voeren. Daarnaast maken mensen die niet meer alles kunnen doen op een dag verschillende keuzes over welke activiteiten ze willen blijven uitvoeren. Het mogelijk maken dat de *basic occupations* door anderen gedaan worden en daardoor energie overhouden voor de *engaging occupations* kan bijdragen aan het welzijn van mensen. Het is voor de ergotherapie van groot belang om verder onderzoek te doen over welke activiteiten het welzijn van cliënten bevorderen (Jonsson 2008, 2011).

3 Ergotherapie: hoe maken we DOEN mogelijk?

‘Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and well-being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modi-

fying the occupation or the environment to better support their occupational engagement' (WFOT 2012).

3.1 De ontwikkeling van het beroep

Ergo in ergotherapie komt van het Griekse *ergon*, dat betekent 'werk' in de ruimste zin van het woord: actieve betrokkenheid, lichamelijke en geestelijke activiteit, prestatie, verrichting, handeling (Kinébanian en Van der Velde 2012).

Het beroep ergotherapie is in het begin van de vorige eeuw ontstaan in de Verenigde Staten. In die tijd werd in de gezondheidszorg gestimuleerd om patiënten te activeren door hen arbeid en activiteiten aan te bieden. Een belangrijk voorvechter daarvan was de Amerikaanse psychiater Meyer. Hij ging ervan uit dat actief zijn, mentaal en fysiek, beter is dan nietsdoen: 'Nietsdoen hoort niet bij de mens'. Men zag de mens als een essentiële eenheid van lichaam en geest, die zichzelf in de wereld handhaaft door te handelen (Kinébanian en Van der Velde 2012). In de beginperiode van het beroep stond het uitvoeren van activiteiten centraal en werd de relatie gelegd met het bevorderen van gezondheid: '... occupation is as necessary to life as food and drink. Every human should have occupations, which they enjoy. Sick minds, sick bodies, sick souls may have be healed through occupation ...' (Dunton 1915).

In de Eerste Wereldoorlog (WO) kwamen de eerste ergotherapeuten, als *reconstruction aides*, naar Europa om met de oorlogsslachtoffers te werken. Deze *aides* werkten zowel met orthopedische, chirurgische als met psychiatrische patiënten (Kinébanian en Van der Velde 2012, Cohen 2015). Na WO I was de invloed van artsen groot, waardoor het beroep verder af kwam te staan van de oorspronkelijke uitgangspunten. Ergotherapie richtte zich steeds meer op de biomechanische benadering, waarbij specifieke bewegingen werden geoefend binnen handvaardigheidsactiviteiten. Doordat de patiënt tegelijkertijd ook nog wat zinvol maakte, was hij gemotiveerd om door te gaan. De vorderingen werden 'opgemeten' en ook dat werkte motiverend.

Doordat men in Groot-Brittannië tijdens WO I kennis had gemaakt met ergotherapie en er na de oorlog veel oorlogsslachtoffers waren, werd daar in 1925 de eerste afdeling ergotherapie gestart en vijf jaar later de eerste opleiding. In de jaren tussen de twee wereldoorlogen kwam ergotherapie steeds meer onder de invloed van het medisch model en accepteerde het beroep het reductionistisch denken, dat resulteerde in een uitgebreid scala van oefeningen en trainingsschema's, gericht op het verbeteren van sensomotorische functies.

In Nederland kwam ergotherapie pas tot ontwikkeling na WO II. Uitgeweken regeringsleden hadden in de oorlog in Groot-Brittannië kennis gemaakt met het beroep en haalden het naar Nederland. In de revalidatiecentra die na WO II ont-

stonden, begonnen de eerste ergotherapeuten te werken. In 1954 startte de eerste opleiding voor arbeidstherapie in Amsterdam gericht op het toepassen van handvaardigheidsactiviteiten vanuit een reductionistische visie. Dit was ver verwijderd van het oorspronkelijke uitgangspunt van het beroep, dat het uitvoeren van activiteiten invloed had op de verschillende aspecten van welzijn.

In de jaren tachtig van de vorige eeuw begon men opnieuw na te denken over de waarden en normen van het beroep. Een beweging die in de Verenigde Staten al eerder, in 1963, in gang was gezet door Mary Reilly: ‘... man, through the use of its hands as they are energized by mind and will, can influence the state of its own health’ (Reilly 1963). In de jaren tachtig ontstond hierdoor in de Verenigde Staten de *Occupational Science*, een wetenschapsdomein dat zorgt voor de theoretische onderbouwing van het beroep ergotherapie (Pierce 2014, Wilcock en Hocking 2015).

Er heeft zich in de vorige eeuw een golfbeweging voorgedaan in het denken over ergotherapie. Van de visie op de mens als biopsychosociale eenheid bij de start van het beroep, naar een reductionistische visie op ergotherapie in de jaren dertig tot en met de jaren zeventig, en weer terug naar een visie waarin het dagelijks handelen in relatie tot de omgeving staat en tot de eisen die de mens er zelf aan stelt. Het huidige doel van ergotherapie is mensen in staat te stellen deel te nemen aan de activiteiten van het dagelijks leven die voor hen belangrijk zijn. Dit wordt bereikt door de mogelijkheden van personen en hun systeem, organisatie of populaties met betrekking tot het uitvoeren van activiteiten te vergroten, dan wel door de omgeving aan te passen en/of te gebruiken (Van Hartingsveldt, Logister-Proost en Kinébanian 2010).

Ergotherapie heeft zich de afgelopen eeuw ontwikkeld als een duidelijk omschreven, breed gedragen, internationaal erkend en wetenschappelijk onderbouwd beroep. Concepten die in de huidige tijd centraal staan, zoals sociale inclusie, participatie, thuis oud worden, gezondheidsbevordering, samenwerken met formele en informele zorg, wijkgerichte zorg, populatie-gebaseerde zorg, zorgtechnologie en zelfmanagement, geven ergotherapeuten de mogelijkheid het beroep steeds beter vorm te geven. Het versterken en ondersteunen van het dagelijks handelen van burgers faciliteert kinderen, volwassenen en ouderen om actief te blijven in de activiteiten die belangrijk voor hen zijn (Christiansen, Baum en Bass 2015a).

3.2 De cliënt

De cliënt is een persoon (en zijn systeem), een organisatie of een populatie met een (dreigend) vraagstuk (*occupational need*) op het gebied van het dagelijks handelen en participatie (Van Hartingsveldt, Logister-Proost en Kinébanian 2010). Ergotherapie heeft zich traditioneel veelal gefocust op het werken met het individu

en zijn systeem. Dit komt voort uit de biomedische benadering, waarbij individuele professionals interventies verlenen aan individuele patiënten en cliënten. In deze eeuw is de focus op populatie-gebaseerde zorg en volksgezondheid toegenomen in het internationale en nationale discours. Ook vanuit de ergotherapie zijn er steeds meer initiatieven gericht op vragen vanuit de samenleving (Bass 2015).

Ergotherapeuten gebruiken primair de term cliënt in plaats van patiënt. Het gebruik van het woord cliënt impliceert actieve participatie en versterkt de samenwerkende relatie waarin de dialoog centraal staat (Mroz et al. 2015, Townsend en Polatajko 2013). In het kader van het advies 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' heeft TNO onderzoek gedaan naar de toekomstige vraag naar zorg van cliënten. Dit is gebeurd door op basis van demografische ontwikkelingen (2012-2030) prognoses te geven ten aanzien van functioneringsproblemen, chronische aandoeningen, psychische aandoeningen, psychosociale problemen en verstandelijke beperkingen (Chorus et al. 2013). Hieruit blijkt dat in 2030 een groot deel van de burgers meerdere problemen en/of aandoeningen heeft. Daarbij gaat het dus veelal om mensen met complexe problematiek, een combinatie van fysieke, mentale en sociale problemen. Dat vraagt samenwerking van het zorgdomein en het sociale domein, gericht op geïntegreerde zorg op het niveau van het individu en de populatie (Valentijn et al. 2013b).

Een echtpaar, waarvan de vrouw een CVA heeft met motorische en cognitieve beperkingen en de echtgenoot psychische problemen heeft met een angststoornis en verzamelwoede, zijn begeleid in het verhuizen naar een aanleunwoning. De zoon heeft 24 uur zorg geregeld met een Sloveense verpleegkundige die een beetje Engels kon spreken. Na de verhuizing is de situatie helemaal vast gelopen: doordat het echtpaar haast geen Engels sprak konden ze niet communiceren met de Sloveense verpleegkundige, meneer vond het vreselijk in de nieuwe woning en miste al zijn spullen en mevrouw was in de war. Er waren zes hulpverleners intensief bij dit echtpaar betrokken: de geriater, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, thuiszorg en de huisarts.

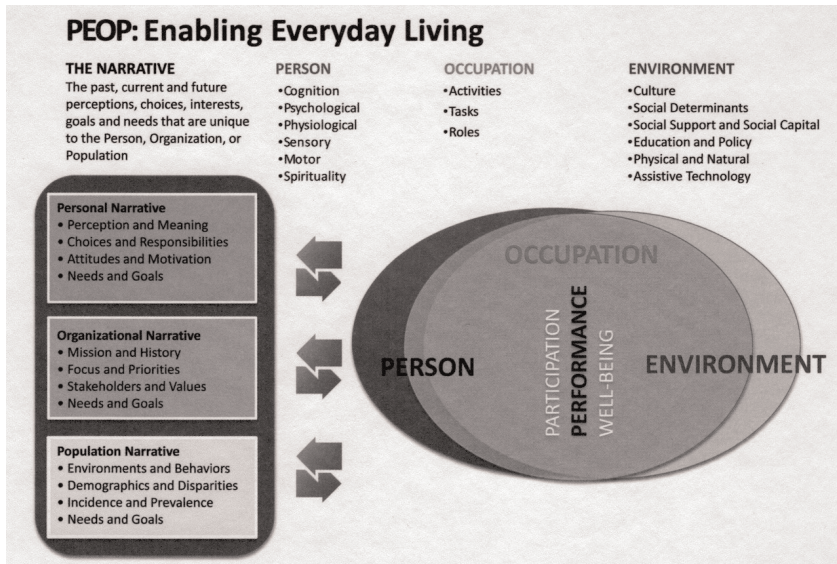
3.3 *Mogelijk maken van het dagelijks handelen*

Het beroep ergotherapie heeft een gedegen theoretische onderbouwing en er zijn verschillende internationaal geaccepteerde ergotherapeutische inhoudsmodellen in gebruik. In alle ergotherapeutische inhoudsmodellen wordt de relatie beschreven tussen het kerndomein, namelijk het dagelijks handelen (*occupational perfor-*

mance) en de kernelementen cliënt, activiteiten en context. Elk model legt een ander accent op de kernelementen en op de uitkomst van het model (Wong en Fisher 2015).

Het vernieuwde *Person-Environment-Occupation-Performance Model (PEOP-model)* (Baum, Christensen en Bass 2015) leent zich goed voor de uitleg van het kerndomein van de ergotherapie (zie figuur 2). Dit, omdat in het bijbehorende procesmodel *PEOP Occupational Therapy Process*, de narratieve benadering (het persoonlijk verhaal van de cliënt) als start van de interventie centraal staat. Dit past goed bij de betekenis die het dagelijks handelen voor mensen heeft en die voor iedereen zo verschillend is. Daarnaast is het model gericht op de cliënt als persoon en zijn systeem, en op een organisatie en een populatie (Christiansen, Baum en Bass 2015b). Dit is het eerste ergotherapiemodel dat de cliënt op de verschillende niveaus beschrijft en is een goede onderbouwing van het bredere perspectief op de cliënt dat al een aantal jaar in Nederland wordt toegepast (Van Hartingsveldt, Logister-Proost en Kinébanian 2010).

Figuur 2 Het Person-Environment-Occupation-Performance Model (PEOP-model)



Bron: Christiansen, Baum en Bass 2015b

Het PEOP-model laat zien dat het dagelijks handelen niet alleen gebaseerd is op de activiteiten die uitgevoerd worden, maar dat de kenmerken van de omgeving en van de persoon daar ook op van invloed zijn. Het dagelijks handelen is het resultaat van de interactie tussen de persoon, de activiteiten en de omgeving, en leidt tot participatie en welzijn.

Het bijbehorende *PEOP Occupational Therapy Process* begint met een narratief: een persoonlijk verhaal van de cliënt. Gesprekken, meetinstrumenten en observaties worden gebruikt om het verhaal en de vragen van de cliënt helder te krijgen, waarbij het duidelijk wordt waar de cliënt behoefte aan heeft. Het narratief wordt de laatste jaren steeds meer toegepast in zorg en welzijn (Bohlmeijer, Mies en Westerhof 2006) en wordt gebruikt om het vraagstuk en de betekenis die dat heeft voor de cliënt te begrijpen vanuit de bredere context van zijn levenssituatie. Dit past bij het interpretatief redeneren (Mattingly en Fleming 1994). Het narratief gaat in op het unieke perspectief van de cliënt en op de diepere emoties die ontstaan zijn op basis van de problematiek (Bass, Baum en Christensen 2015). De *narrative-in action* is een combinatie van het narratief en DOEN. Daarbij vertelt de persoon zijn persoonlijke verhaal tijdens het uitvoeren van een activiteit. De *narrative-in action* genereert rijkere informatie over de betekenis van het handelen, doordat het doen van de activiteit nog andere ervaringen met die activiteit oproept die de persoon ook meeneemt in zijn verhaal (Alsaker, Bongaardt en Josephsson 2009, Satink et al. ingediend). Een narratief als start van de interventie wordt ook toegepast bij het werken met een organisatie en een populatie.

3.4 Participatie als doel van ergotherapie

In 2013 is in de troonrede aangegeven dat Nederland van een verzorgingsstaat overgegaan is naar een participatie-samenleving. Het beleid van de overheid is erop gericht 'het meedoen' (participatie) van burgers aan de maatschappij te vergroten. Het begrip participatie is door de introductie in de biopsychosociale ICF een veelgebruikt concept en wordt in deze classificatie beschreven als 'persoonlijke betrokkenheid in levenssituaties', ook vertaald als 'deelname aan het maatschappelijk leven' (WHO 2001). In deze classificatie wordt participatie alleen als objectief waarneembaar gedrag gezien. Participatie heeft echter een subjectief aspect en de beschrijving van participatie als een persoonlijke ervaring van betrokkenheid bij een levenssituatie (Satink en Van de Velde 2012, Hemmingsson en Jonsson 2005) geeft die extra dimensie goed weer. Het subjectieve aspect van participatie, de betekenis die participatie voor mensen heeft, staat in de ergotherapie centraal.

Omdat mensen samen leven en samen activiteiten ondernemen wordt ook de term sociale participatie veel gebruikt. Deze is gedefinieerd als 'a person's involve-

ment in activities that provide interaction with others in society or the community' (Levasseur et al. 2010). De termen participatie en sociale participatie worden veel door elkaar gebruikt en uit onderzoek komt naar voren dat er in de literatuur geen eenduidige definitie is van beide begrippen (Piškur 2015, Piškur et al. 2013). Piškur (2015) adviseert om de ICF-definitie aan te passen richting sociale rollen, dat zou volgens haar een aantal tekortkomingen oplossen. Sociale betrokkenheid zou daarbij begrepen kunnen worden in het licht van sociale rollen, zoals de rol van leerkracht, de rol van voetbalmaatje of de rol van buurvrouw.

Het begrip participatie kan op twee manieren worden geïnterpreteerd. Enerzijds betekent het 'deelnemen' of 'aanwezig zijn'. Anderzijds betekent het 'participeren in besluitvorming'. In de ergotherapiepraktijk worden beide nagestreefd. Bij de eerste betekenis ligt de nadruk op het participeren in de maatschappij, het meedoen in de samenleving. Bij de tweede betekenis heeft de ergotherapeut een attitude waarmee hij de cliënt betreft in het proces van besluitvorming.

3.5 Omgeving

Het *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)* (Polatajko et al. 2013) conceptualiseert de omgeving als bestaande uit twee essentiële factoren: de fysieke en de sociale omgeving. De sociale omgeving bestaat uit de sociale omgeving in het algemeen, en twee specifieke voorbeelden van die sociale omgeving, te weten de culturele omgeving en de institutionele/maatschappelijke omgeving. Het CMOP-E definieert de omgeving vanuit een sociaal perspectief en onderscheidt dus in totaal vier omgevingen (Polatajko et al. 2013, Van Hartingsveldt en Piskur 2012):

- *fysieke omgeving;*
natuurlijke en bebouwde omgeving bestaande uit gebouwen, tuinen, wegen, transportvoertuigen, technologie, het weer en andere materialen;
- *sociale omgeving;*
sociale prioriteiten aangaande alle elementen van de omgeving, patronen van relaties van mensen in een georganiseerde gemeenschap, sociale groeperingen, gebaseerd op gezamenlijke interesses, waarden, attitudes en overtuigingen;
- *culturele omgeving;*
etnische, raciale, ceremoniële en routinematige activiteiten/praktijken, gebaseerd op de ethiek en het waardesysteem van groepen;
- *institutioneel/maatschappelijke omgeving;*
maatschappelijke organisaties en praktijken, waaronder beleid, besluitvormingsprocessen, procedures en andere georganiseerde praktijken. Bevat economische aspecten zoals economische diensten, financiële prioriteiten, moge-

lijkheden voor vergoeding en subsidie, ondersteuning voor werknemers; juridische aspecten als juridische processen en diensten; en politieke aspecten als door de overheid gesubsidieerde diensten, wetgeving en politieke praktijken.

De omgeving, zowel fysiek als sociaal, is een belangrijke determinant (facilitator versus barrière) van de mate van participatie van mensen (Noreau en Boschen 2010). In het beroep ergotherapie staat de omgeving waarin mensen hun activiteiten uitvoeren centraal. De rol van de omgeving, als belangrijke factor in het mogelijk maken van het dagelijks handelen en participatie, is het thema dat in het praktijkgericht onderzoek van het lectoraat centraal staat.

3.6 Professioneel redeneren

Het professioneel redeneren binnen de ergotherapie gebeurt op basis van twee dimensies: het biomedisch redeneren (empirisch-analytisch) en het interpretatief redeneren. Het gaat altijd om een benadering van een cliënt vanuit beide gezichtspunten, ook wel *two-body practice* genoemd (Mattingly en Fleming 1994). Vanuit het empirisch-analytisch denkkader wordt het lichaam gezien als ontvankelijk voor mechanische interventie en wordt het menselijk functioneren vanuit biomedisch denken verklaard. Binnen het interpretatieve denkkader wordt de mens gezien in de context van zijn leven, waarbij mensen worden begrepen vanuit hun dagelijks leven, hun sociale contacten, hun levensverhalen en hun perspectieven. Deze elementen hebben betekenis voor mensen, geven een gevoel van zingeving en persoonlijke identiteit, en behoren bij het sociaal model. Vanuit deze benadering wordt de invloed van sociale en mentale factoren op oorzaken van ziekten, beperkingen en participatieproblemen betrokken bij de interventie (Daniëls en Verhoef 2012).

De huidige wijkteams zijn gericht op het versterken van de eigen regie, participatie en het uitbouwen van het sociale netwerk van de individuele burger. Ergotherapeuten in de eerste lijn werken samen met wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden binnen de wijkteams. Ergotherapeuten overbruggen daarbij 'the gap' tussen het meer medische en individuele perspectief van de huisarts en wijkverpleegkundige en het sociaal en populatieperspectief van het maatschappelijk werk (Trentham en Cockburn 2011).

De integratie van het biomedisch en sociaal model is de kracht van het beroep. Ergotherapie is een *translational profession*, een beroep dat de vertaalslag maakt

(Townsend, Freeman et al. 2013). Ergotherapeuten vertalen ideeën, taal, praktijk en onderzoek vice versa tussen het sociale en het medisch domein. Ergotherapeuten kennen de medische wereld en kunnen de gevolgen van een aandoening en beperking omzetten in de mogelijkheden voor het dagelijks handelen van de persoon en zijn systeem.

3.7 Twee perspectieven in de ergotherapie

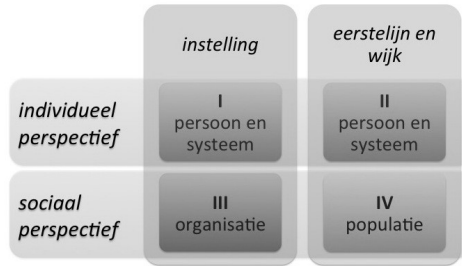
Net als in het regenboogmodel van Dahlgren en Whitehead (2006), heeft ergotherapie naast een individuele ook een maatschappelijke component. Er wordt uitgegaan van twee perspectieven in het mogelijk maken van het dagelijks handelen (Chapparro en Ranka 2005). Als eerste het individueel perspectief (*enabling individual change*) (Townsend, Trentham et al. 2013), dat gezondheid ziet als iets dat de handelende persoon zelf kan beïnvloeden. Als tweede het sociaal perspectief (*enabling social change*) (Townsend, Cockburn et al. 2013), waarbij de maatschappij een rol speelt bij de gezondheid van mensen. Dit sluit aan bij de geïntegreerde gezondheidszorg, waar deze twee perspectieven op zorg ook centraal staan (Valentijn et al. 2013a). Het individueel perspectief komt overeen met persoon-georiënteerde zorg (*person-focused care*) en het sociaal perspectief met populatie-gebaseerde zorg (*population-based care*).

3.8 Beroepspraktijk

Bij het mogelijk maken van het dagelijks handelen vanuit het individueel perspectief richt de ergotherapie zich op de interactie tussen de persoon, zijn dagelijks handelen en zijn omgeving (Townsend, Trentham et al. 2013). Het werken vanuit het sociaal perspectief (Townsend, Cockburn et al. 2013) gebeurt in de ergotherapie bij het werken in en met de organisatie en bij het werken met een populatie of een groep mensen in de wijk. Het individueel en het sociaal perspectief lopen in de praktijk regelmatig door elkaar heen.

In onderstaande figuur worden vier verschillende praktijkcontexten benoemd, op basis van het individueel en sociaal perspectief en het werken in een instelling of in de eerste lijn/wijk. Deze zijn gerelateerd aan het bredere perspectief van de cliënt, als persoon en zijn systeem, organisatie en populatie (Van Hartingsveldt, Logister-Proost en Kinébanian 2010).

Figuur 3 Praktijkcontexten van de ergotherapeut op basis van het individueel en sociaal perspectief en het werken in een instelling of in de eerste lijn/wijk



Bron: Van Hartingsveldt, Hengelaar en Logister-Proost 2015

I De ergotherapeut werkt vanuit individueel perspectief met de persoon en zijn systeem in een instelling

Ergotherapeuten werken van oudsher in een intramurale setting. Door het overheidsbeleid van het verplaatsen van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg wordt het aantal formatieplaatsen van ergotherapeuten in instellingen minder. De generalistische zorg wordt vooral verplaatst naar de eerste lijn. De inzet is dat de tweede lijn steeds meer specialistische zorg biedt.

Een gespecialiseerde interventie is de klinisch intensieve revalidatie in de acute fase aan personen met een dwarslaesie. Interprofessioneel samenwerken staat centraal waarbij de ergotherapeut, als een van de professionals in het team, samen met de revalidant aandacht besteedt aan onder andere 'transfers', 'mobiliteit' en 'persoonlijke verzorging' gericht op zelfredzaamheid en terugkeer naar huis.

“Natuurlijk blijven veel handelingen je meer tijd kosten dan voorheen. Uit bed in je rolstoel komen, katheteriseren, douchen, aankleden, in de auto 'stappen', m'n rolstoel uit elkaar halen en meenemen. Noem maar op. Vroeger was ik wel van het opschieten, maar ik ben een stuk geduldiger geworden. Dit is mijn leven en dit leven is moeite doen.” Pim, 28 jaar <https://www.rijndam.nl/pim>

II De ergotherapeut werkt vanuit individueel perspectief met de persoon en zijn systeem in de eigen omgeving

In 1996 werd ergotherapie in de eerstelijnszorg gesubsidieerd en in 2001 is dit omgezet in een structurele financiering van de eerstelijns extramurale ergotherapie (EEE). Sinds de vergoeding is opgenomen in het basispakket ziektekostenverzekering en door de Directe Toegang Ergotherapie (DTE), is het aantal ergotherapeuten met een vrijgevestigde praktijk gestegen van 4% in 2004, 15% in 2011 naar 22% in 2014 (Van Hassel en Kenens 2014). Eerstelijns ergotherapeuten werken steeds meer samen met wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden in wijkteams.

Ergotherapeuten in de eerste lijn maken het mogelijk dat mensen hun belangrijkste activiteiten weer naar wens kunnen uitvoeren. Zoals bij Els (55 jaar), een half jaar na een beroerte:

'Thuis gaat alles trager en ik ben sneller moe dan vroeger. Ik krijg mijn huishouden niet meer georganiseerd, het valt me erg tegen allemaal.' <http://www.boerrigterergotherapie.nl/index.html>

De ergotherapeut begeleidt Els bij het weer oppakken van het doen van de boodschappen en het bereiden van de maaltijd. Activiteiten worden stap voor stap doorgelopen en in de thuissituatie geoefend, zo lukt het Els om meer grip te krijgen op haar huishouden.

Ergotherapeuten werken bij gemeenten in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en ook in het kader van de Jeugdwet. Ergotherapeuten, betrokken bij de indicatiestelling bij het Centrum voor Indicatiestelling in de Zorg (CIZ), werken in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz), en er zijn ergotherapeuten die werken bij zorgverzekeraars. Binnen al deze functies adviseren en begeleiden ze de mensen veelal in de thuisomgeving.

III De ergotherapeut werkt vanuit sociaal perspectief in en met de organisatie

Binnen intramurale zorginstellingen werken ergotherapeuten niet alleen vanuit een individueel perspectief, maar ook vanuit het sociaal perspectief, gericht op de organisatie en het werken in en met de context.

Kinderergotherapeuten werken zowel in het regulier als in het speciaal onderwijs met leerkrachten samen. Het werken in de context draagt positief bij aan de transfer van het geleerde in de dagelijkse praktijk.

Ergotherapeuten denken mee over de inrichting van de overblijfruimte op school of coachen leerkrachten in het ondersteunen van kinderen met schrijf- en aandachtsproblemen in de klas. Ergotherapeuten kunnen in een co-teaching situatie werkzaam zijn, waarbij de kinderergotherapeut en de leerkracht elkaar ondersteunen, ieder vanuit de eigen expertise. Hierbij wordt extra aandacht en oefening geboden aan alle kinderen van de klas (Van Hartingsveldt et al. 2015).

IV De ergotherapeut werkt vanuit sociaal perspectief in de wijk

Op populatie-niveau zijn er de (sociale) wijkteams, gericht op buurtkracht en sociale cohesie. Wijkteams spelen een rol in het verbinden van mensen en het stimuleren van gezamenlijke activiteiten. Op populatie-niveau kunnen ergotherapeuten werken vanuit *community based* (CB) (*top down*) benaderingen en vanuit een *community development* (CD) (*bottum up*) benadering. De verwachting is dat in toenemende mate ergotherapeuten zullen werken als projectondersteuner bij organisaties die innoverende participatie bevorderen ten behoeve van populaties.

In het Amstelhuis doen ouderen mee aan een preventieve groepsinterventie: Gezond Actief Ouder Worden (GAOW), grotendeels ontwikkeld vanuit het lectoraat Ergotherapie. Deze groepsbijeenkomsten, waarbij de ergotherapeut de inhoudelijke thema's afstemt met de ouderen die deel uitmaken van de groep, zijn gericht op vraagverheldering, sociale participatie en het versterken van de eigen regie (Heijsman et al. 2012).

4 Maatschappelijke ontwikkelingen

Momenteel zijn er in Europa de volgende belangrijke maatschappelijke tendensen te zien: 1) het ouder worden van de bevolking; 2) de toename van technologisering en digitalisering; 3) de vergroting van de kloof tussen arm en rijk; en 4) de toename van migratie. Deze trends hebben effect op de organisatie van zorg en welzijn.

4.1 Het ouder worden van de bevolking

Het ouder worden van de bevolking ontstaat door de blijvend lage geboortecijfers en de hogere levensverwachting van de burgers. Het resultaat hiervan is dat de werkende bevolking kleiner wordt en het aantal gepensioneerden stijgt. Dit geeft een toenemende druk op de mensen die werken en heeft gevolgen voor de diensten die geleverd kunnen worden. TNO-onderzoek in de regio's Friesland, Amsterdam-Amstelveen en Rotterdam (Chorus et al. 2013) laat ook deze toename van ouderen zien. Het aantal ouderen boven de 65 jaar met problemen in het fysieke functioneren groeit tot 2030 met bijna de helft.

4.2 De toename van technologisering en digitalisering

Technologische ontwikkelingen leiden tot grotere diagnostische en therapeutische mogelijkheden en tot nieuwe technische en medische hulpmiddelen en voorzieningen. De technologische ontwikkelingen zullen steeds meer invloed krijgen op de relatie tussen cliënt en professional en op de locatie waar de zorg wordt geleverd. Zij dragen ertoe bij dat zorg en welzijn minder aan tijd en plaats gebonden zijn. Deze toenemende rol van technologie in de zorg heeft grote gevolgen voor de professional in zorg en welzijn. Die zal de nieuwe technologie gaan integreren in het werk en zal cliënten adviseren en begeleiden bij het gebruik van technologie. Daarnaast zal de professional ook een rol spelen bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van nieuwe technologische toepassingen, zodat er technologie in de zorg wordt gebruikt die een duidelijke meerwaarde heeft (Vereniging Hogescholen 2015a).

Zorg-op-afstand wordt toenemend geleverd, zoals het monitoren van activiteiten van ouderen waardoor zij langer thuis kunnen wonen. Uit een kwalitatieve studie van Pol et al. (2014) komt naar voren dat ouderen positief zijn over sensormonitoring, omdat het bijdraagt aan hun gevoel van veiligheid en het hen meer actief houdt. Daarnaast is het voor ouderen een belangrijke strategie om zo lang mogelijk in hun eigen huis te blijven wonen. Het privacy-aspect was bij deze groep ouderen geen issue (Pol et al. 2014).

4.3 Gelijkheid in gezondheid: een recht van mensen

Gelijkheid in gezondheid is door de WHO gedefinieerd als de afwezigheid van on-eerlijke en vermijdbare verschillen in gezondheid tussen sociale groeperingen (Blas

en Kurup 2010). Volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid is het verschil in levensverwachting bij geboorte tussen laag- en hoogopgeleide mannen en vrouwen in Nederland in de periode 2009-2012 6,3 respectievelijk 6,1 jaar (Volksgezondheid en Zorg 2014).

Mensen leven steeds langer, maar uit bovenstaand voorbeeld wordt duidelijk dat niet iedereen dezelfde levensverwachting heeft. Er zijn in Nederland grote gezondheidsverschillen tussen laag- en hoogopgeleide burgers. Mensen onderaan de sociaaleconomische ladder hebben een lagere levensverwachting, een mindere gezondheid en een hogere morbiditeit. Iedere stap hoger op de maatschappelijke ladder levert een betere gezondheid op. Vaak is er bij mensen die in armoede leven sprake van een opeenhoping van problemen op allerlei levensterreinen, waarbij aan de ene kant de gezondheid nadelig invloeden kan ondervinden van de moeilijke leefsituatie en aan de andere kant gezondheidsklachten ook weer tot (grotere) problemen op andere terreinen kunnen leiden. Bijvoorbeeld het niet kunnen vinden van een baan, waardoor mensen in de bijstand terechtkomen en hun sociaaleconomische positie verslechtert in plaats van verbetert (Stronks en Droomers 2014).

4.4 De toename van migratie

De belangrijkste redenen voor migratie zijn: arbeid, gezin, studie, oorlog, onveiligheid en geweld. Hierbij kan het gaan om zowel migratie van buiten Europa als migratie binnen Europa. Op dit moment vindt in Europa de discussie plaats over hoe verder om te gaan met de migratiestromen van vluchtelingen. Migranten hebben hun dagelijkse handelingsroutine achter zich gelaten en zijn getraumatiseerd door de periode van onveiligheid in hun eigen land (vaak de reden dat ze hun thuisland hebben verlaten) en door de spanning en onveiligheid op de reis naar het land waar ze asiel hebben aangevraagd. In het nieuwe land is er de langdurige onzekerheid over het wel of niet een verblijfsvergunning krijgen, en migranten hebben er niets anders te doen dan wachten en zorgen voor elkaar.

Alle dagen lijken op elkaar

“Every day the same: eat and sleep. No money and nothing to do.”

Zo ziet het leven eruit van een jonge Syrische vluchteling in de Nijmeegse noodopvang Heumensoord, waar 2.800 vluchtelingen zijn ondergebracht in tenten, in een natuurgebied net buiten de stad (NRC.Next 17-12-2015).

Migranten wonen niet op de plek die ze zelf gekozen hebben en kunnen de activiteiten die ze gewend waren uit te voeren vaak niet meer doen (Whiteford 2011). Het invullen van een nieuwe betekenisvolle dagelijkse handelingsroutine is niet mogelijk. Door het isolement in een asielzoekerscentrum, door het niet zelf mogen uitvoeren van de dagelijkse huishoudelijke activiteiten en door restricties in verband met het nog niet hebben van een verblijfsvergunning, zijn migranten uitgesloten van het gewone dagelijks handelen (*occupational deprivation*). Het gaat daarbij om activiteiten ten aanzien van alle handelingsgebieden: hun eigen beroep kunnen migranten meestal niet meer uitoefenen, wonen/zorgen heeft heel andere aspecten en ook spelen/vrije tijd wordt anders ingevuld.

4.5 De ontwikkelingen in zorg en welzijn in Nederland

Zorg en welzijn in Nederland veranderen in een snel tempo. Dit heeft gevolgen voor alle burgers in ons land en heeft invloed op de rol van de professionals. De huidige ontwikkelingen in zorg en welzijn worden veroorzaakt door verschillende factoren die naast elkaar bestaan (RVZ 2010, HBO-raad 2013, Hoogervorst en Van Zwieten 2014, Kaljouw en Van Vliet 2015):

- *een veranderende relatie cliënt-professional, de relatie wordt meer gelijkwaardig;*
- *meer aanbod van leefstijlbegeleiding en zelfmanagement en meer behoefte aan coachende en ondersteunende vormen van begeleiding;*
- *doordat opname in de tweede lijn wordt teruggedrongen verplaatst de zorg zich naar de eerste en nulde lijn en vindt deze steeds meer plaats in de directe leefomgeving;*
- *toenemend gebruik van zorgtechnologie;*
- *meer zorgen voor elkaar, zodat mensen steeds meer zelf en samen met hun sociale omgeving voorzien in oplossingen;*
- *toegenomen wetenschappelijke onderbouwing van het medisch en therapeutisch handelen en het steeds meer toegepaste redeneren op basis van evidence-based practice (EBP).*

Ergotherapie is: 1) cliëntgecentreerd (*client-centred*); 2) gericht op het dagelijks handelen (*occupation-based*); 3) vindt plaats in de context van de handelingsvraag (*context-based*); 4) maakt gebruik van zorgtechnologie (*technology-based*); 5) vindt plaats in de gemeenschap (*community-based*); en is 6) gebaseerd op het perspectief van de cliënt, de ergotherapeut en het bewijs uit de literatuur (*evidence-based*). Deze zes uitgangspunten van ergotherapie sluiten naadloos aan bij de bovenstaande ontwikkelingen in zorg en welzijn.

- *Een veranderende relatie cliënt-professional vraagt een andere mindset, gericht op eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Het client-centred werken van de ergotherapeut sluit hierbij aan.*
- *Meer aanbod van leefstijlbegeleiding en zelfmanagement, en meer behoefte aan coachende en ondersteunende vormen van begeleiding. Het occupation-based werken sluit hierbij aan. De cliënt bepaalt welke dagelijkse activiteiten centraal staan in de interventie. Verandering in handelingspatronen zoals leefstijlbegeleiding, zelfmanagement en het (her)nemen van de eigen regie behoeft zorgvuldige ondersteuning en coaching van de ergotherapeut met aandacht voor empowerment (Van Regenmortel 2004).*
- *Meer zorg in de directe leefomgeving, doordat opname in de tweede lijn wordt teruggedrongen. Het context-based werken sluit hierbij aan (Darrah et al. 2011). Ergotherapeuten werken steeds meer in de eigen omgeving van de cliënt.*
- *Toenemend gebruik van zorgtechnologie. Het technology-based werken sluit hierbij aan. Bij elke interventie wordt gekeken of er mogelijkheden zijn om sociale media en technologie in te zetten. Daarbij gaat het deels om toepassingen die door de ergotherapeut gebruikt worden en deels om toepassingen die door de cliënt gebruikt worden, waarbij de professional een adviserende of ondersteunende rol heeft (Vereniging Hogescholen 2015a).*
- *Meer zorgen voor elkaar, zodat mensen steeds meer zelf en samen met hun sociale omgeving van familie, vrienden, buurt of wijk voorzien in oplossingen. Dit sluit aan bij het community-based werken, waarbij ergotherapeuten ook vanuit community development benadering werkzaam kunnen zijn (Van Hartingsveldt, Hengelaar en Logister-Proost 2015).*
- *Toegenomen wetenschappelijke onderbouwing en het steeds meer toegepaste redeneren op basis van evidence-based practice. Dit sluit aan bij het evidence-based werken, waarbij de interventie gebaseerd is op het perspectief van de cliënt, de professional en het bewijs uit de literatuur.*

4.6 Meer verantwoordelijkheid bij de burger

In het advies 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' (Kaljouw en Van Vliet 2015) presenteert de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen een nieuwe visie op zorg, gebaseerd op de nieuwe definitie van gezondheid (Huber et al. 2011) en de paradigmashift van ziekte en zorg naar gezondheid, gedrag en maatschappij (RVZ 2010, Hoogervorst en van Zwieten 2014). Deze nieuwe visie legt meer verantwoordelijkheid bij de burger en is erop gericht mensen in staat te stellen zo veel mogelijk zelfstandig en in hun eigen leefomgeving te kunnen functioneren. Daartoe is een omslag in de zorg noodzakelijk (Kaljouw en Van

Vliet 2015). Er zijn wel kanttekeningen te maken bij het leggen van de verantwoordelijkheid bij de burger (De Gruijter, Nederland en Stavenuiter 2014):

- *Niet alle burgers kunnen in dezelfde mate regie voeren over het eigen leven. Competenties van burgers verschillen evenals hun sociale netwerken. Bijvoorbeeld kwetsbare burgers kunnen deze rol vaak niet zelfstandig vervullen. Daarnaast hebben ten minste anderhalf miljoen mensen in Nederland niet genoeg vaardigheden om informatie over hun gezondheid te begrijpen en toe te passen (health literacy) (Alliantie_Gezondheidvaardigheden 2016). Zij hebben daardoor moeite hun weg te vinden in de zorg. Dit kan leiden tot een tweedeling in de samenleving tussen burgers die wel mee kunnen doen en burgers die dat niet kunnen.*
- *Er kan een nieuwe onderklasse ontstaan. Verantwoordelijkheid voor je eigen gezondheid maakt ook schuldig. Niet iedereen maakt dezelfde keuzes voor leefstijl en gezondheid. Dit kan de solidariteit in de zorg ondermijnen: zelfredzame verantwoordelijke burgers kunnen weigeren mee te betalen aan ongezonde keuzes van andere burgers.*
- *Informeel netwerken van burgers kennen grenzen van (veer)kracht. Bij een aantal mensen is de rek eruit, veel mensen hebben geen goed sociaal netwerk, en mensen hebben moeite om andere burgers om hulp te vragen. Aan de andere kant organiseren (jonge) mensen zich al in digitale ondersteuningsnetwerken en komen er steeds meer 'marktplaatsen' voor onderlinge steun en hulp.*

Voor kwetsbare burgers is het hebben van eigen regie en verantwoordelijkheid in het dagelijks leven een grote uitdaging en niet altijd realiseerbaar. Professionals in zorg en welzijn spelen een belangrijke rol in het ondersteunen en versterken van kwetsbare burgers gericht op empowerment, zelfmanagement en samenredzaamheid.

4.7 Participatie: een recht van mensen

Mensen met een beperking worden vaak buitengesloten en gediscrimineerd, leven meer in armoede, worden niet serieus genomen en hebben minder kans op een goede opleiding of werk dat bij hen past. De Verenigde Naties (VN) hebben daarom in 2006 het Verdrag voor de rechten van mensen met een beperking (CRPD: Convention on the rights of persons with disabilities) aangenomen (WHO 2006). In dit verdrag worden de mensenrechten van mensen met een beperking erkend, zodat zij net als iedereen een betekenisvol en actief leven kunnen leiden en eigen keuzes kunnen maken. Inmiddels is dit verdrag door 127 landen geratificeerd. Nederland heeft dit nog steeds niet gedaan, wel heeft de Tweede Kamer er

zeer onlangs mee ingestemd. Na de ratificatie is een land verplicht de afspraken in het CRPD uit te voeren, en zo van een land een inclusieve toegankelijke samenleving te maken waarin iedereen welkom is, gerespecteerd wordt en haar of zijn bijdrage kan leveren.

Historische dag: Tweede Kamer stemt in met VN-verdrag

Soms verhitte debatten, spanning bij de mensen in het land en op de publieke tribune, internationale aandacht en veel discussie op sociale media. Dat waren de ingrediënten in de aanloop naar de stemmingen op 21 januari 2016 in de Tweede Kamer. Uiteindelijk stemde een ruime meerderheid van de Kamer in met het VN-verdrag inzake de rechten van mensen met een handicap. Dit is een belangrijke stap op weg naar echte veranderingen voor een toegankelijker en inclusiever Nederland. Een Nederland waarin barrières voor mensen met een beperking verdwijnen. <http://zorgkrant.zorgportaal.nl/> 21 jan 2016

Een belangrijke voorvechter van ratificatie is de *disability*-beweging. Deze komt op voor mensen met een beperking en beweegt weg van het individuele medische model naar het sociale model. Tom Shakespeare, als auteur actief betrokken bij de *disability*-beweging in Engeland, bekritiseert de verwijdering van het medische ten opzichte van het sociale model (Shakespeare 2006). Hij geeft aan dat alleen het sociale model tekortschiet als verklaring voor beperkingen. Het sociale model negeert stoornissen nagenoeg en heeft een (te) groot vertrouwen in het verwijderen van sociale barrières. Shakespeare is aanhanger van de samenhang tussen persoonsfactoren en contextuele factoren zoals beschreven in de ICF en in ergotherapiemodellen.

5 Het opleiden van de professional van de toekomst

'As a profession with a knowledge base in client centeredness, occupational therapy has an opportunity to be a leader in this area. Current occupational therapy education provides practitioners with skills for collaborative goal setting, client education, and support for clients in participation, as well as with an understanding of the greater contexts that affect the client' (Mroz et al. 2015).

5.1 Flexibele gezondheidsprofessional

De strategische agenda 2025 van de Vereniging Hogescholen geeft aan dat de toekomst vraagt om een professional die niet alleen midden in de beroepspraktijk staat, maar die de praktijk ook mede vormgeeft. Zij noemen dit wendbare en weerbare professionals, die beschikken over competenties om in een complexe samenleving overeind te blijven en verantwoordelijkheid te dragen (Vereniging Hogescholen 2015b). Dit sluit ook aan bij de visie van de faculteit Gezondheid van de Hogeschool van Amsterdam (HvA), waar ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en verpleegkundigen worden opgeleid. De visie, die we in gezamenlijkheid hebben vormgegeven, is gericht op het opleiden van flexibele gezondheidsprofessionals. Die flexibiliteit wordt weergegeven op vijf niveaus (Hoogvorst en Van Zwieten 2014):

1. de zorgprofessional is flexibel in zijn denken over gezondheid en in zijn eigen professionele ontwikkeling;
2. de zorgprofessional is flexibel in zijn directe relatie met de patiënt;
3. de zorgprofessional is flexibel in zijn relatie met collega's;
4. de zorgprofessional is flexibel in zijn relatie met formele derden;
5. de zorgprofessional is flexibel in het gebruik van E-health en zorgtechnologie.

Ook Kaljouw en Van Vliet (2015) benoemen de flexibiliteit van de professional in de recente nota 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen'.

5.2 Het opleiden van de ergotherapeut van de toekomst

Naar aanleiding van de veranderingen in zorg en welzijn en de internationale ontwikkelingen in het beroep, is de opleiding ergotherapie bezig met het ontwikkelen van een nieuw curriculum dat in het studiejaar 2016-2017 zal starten. Hierbij staat het opleiden van flexibele professionals centraal.

5.2.1 Flexibel in de eigen professionele ontwikkeling

De professionele ontwikkeling van de toekomstige ergotherapeut wordt in het nieuwe curriculum vormgegeven vanuit het nieuwe concept van gezondheid (Huber et al. 2011) en vanuit het perspectief van het dagelijks handelen dat fysiek, mentaal en sociaal welzijn bevordert (Wilcock en Hocking 2015). Het doen staat letterlijk en figuurlijk centraal. Doen is het uitgangspunt van het beroep, en het doen is middel en doel in de interventie. Daarnaast is er in het curriculum veel aandacht voor doen in het vaardighedenonderwijs en voor het samenwerken met en in de beroepspraktijk.

5.2.2 Flexibel in de directe relatie met de cliënt

Al jaren staat in het ergotherapieonderwijs het cliëntgecentreerd werken centraal. Het cliëntgecentreerd werken vanuit het individueel perspectief gebeurt met de persoon en zijn systeem. Vanuit het sociaal perspectief wordt cliëntgecentreerd werken vorm gegeven in een organisatie en met een populatie of een groep mensen in de wijk. Het cliëntgecentreerd werken is gebaseerd op de ideeën van Carl Rogers en is sinds de jaren tachtig een uitgangspunt in de ergotherapie (CAOT en NHW 1983). Daarbij ligt er steeds meer nadruk op gelijkwaardigheid en het in dialoog vormgeven van de interventie (Sumsion en Law 2006). De cliënt is de regievoerder van het proces, en empowerment en zelfmanagement dragen bij aan het ontwikkelen en behouden van zo veel mogelijk eigen regie bij het dagelijks handelen, waarbij ondersteunen en versterken als nieuwe competentie wordt ingezet (Verhoef en Zalmstra 2013).

Ergotherapeuten gaan uit van mogelijkheden van mensen; dit wordt toegepast in de sterke-kantenbenadering, het tegengestelde van de probleemgerichte benadering. De probleemgerichte benadering is niet altijd effectief, omdat de motiveerende kracht daarvan beperkt is. Bij een sterke-kantenbenadering staat versterken centraal en worden persoonlijke kwaliteiten gebruikt en ontwikkeld, wat het zelfvertrouwen en de intrinsieke motivatie vergroot (Hiemstra en Bohlmeijer 2013). Het oplossingsgericht werken sluit hierbij aan. Deze interventie richt de aandacht op veranderen, is gericht op oplossingen en mogelijkheden en bevordert de autonomie van de cliënt (Bannink 2013).

Ergotherapie gaat uit van hoop, wensen en dromen van de cliënt (Mroz et al. 2015). Met de nadruk op gezamenlijke besluitvorming (*shared-decision making*) is het belangrijk dat hoop een plek heeft in interventies in zorg en welzijn en bij het opleiden van professionals. In het rapport 'Over de brug – Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen' wordt hoop ook als essentieel gezien (Couwenbergh en Van Weeghel 2014).

5.2.3 Flexibel in de relatie met collega's

Interprofessioneel samenwerken is een belangrijke competentie voor professionals en wordt vaak beschreven in termen als: 'het product is meer dan de som der delen'. Dit kan alleen via de interactieve inzet en bijdrage van de betrokken professionals tot stand komen. Dit vraagt een hoog niveau van communicatie, wederzijdse planning, collectieve beslissingen en gedeelde verantwoordelijkheid (Thylefors, Persson en Hellström 2005).

In zorg en welzijn zijn heel wat initiatieven op het gebied van samenwerking tussen professionals zichtbaar. In de revalidatie, verpleeghuizen en zorgcentra is

het interprofessioneel samenwerken al lang een *best practice* en formuleren de verschillende disciplines een gezamenlijk doel en hanteren ze een gemeenschappelijke taal die voor alle betrokkenen toegankelijk en begrijpelijk is. Verder zien zij de kwaliteiten en perspectieven van de ander als complementair en van waarde. In andere sectoren blijft het vaak bij multiprofessioneel werken, zonder veel interactie. Daarbij zijn heel wat randvoorwaarden onvoldoende ingevuld, zodat interprofessionele samenwerking in de praktijk vaak niet van de grond komt. Daarom is interprofessioneel leren een gezamenlijk speerpunt bij de faculteit Gezondheid. Dit gebeurt op basis van de WHO-definitie van *interprofessional education* (IPE): 'Interprofessional education occurs when students from more than two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes' (WHO 2010).

Bij interprofessioneel leren is cliëntgecentreerd werken het uitgangspunt (Vereniging Hogescholen 2015a). Dit is al sinds de jaren tachtig een uitgangspunt in de ergotherapie (Mroz et al. 2015). Ergotherapeuten stellen de cliënt centraal in de interventie en dat is misschien de reden dat ergotherapeuten in de beroepspraktijk vaak de initiator zijn van het samenwerken met andere professionals.

5.2.4 Flexibel in relatie met derden

Grote maatschappelijke veranderingen vragen tegenwoordig om een nieuwe attitude: de ondernemende ergotherapeut die zelf bepaalt, weet wat zijn positie/toegevoegde waarde is, deze kan innemen en ook kan 'vermarkten' (DOENlab 2015). Ergotherapeuten werken steeds meer samen met verschillende stakeholders zoals gemeenten, zorgverzekeraars, bedrijven, scholen en andere belangenbehartigers van cliënten. Het is daarom belangrijk om studenten ondernemend op te leiden en zo een bijdrage te kunnen leveren aan het mogelijk maken van het dagelijks handelen. Voor de cliënt, voor het beleid van een gemeente en voor een inclusieve samenleving.

5.2.5 Flexibel in het gebruik van E-health en zorgtechnologie

De technologische ontwikkelingen krijgen steeds meer invloed op de relatie tussen cliënt en professional en op de locatie waar de zorg wordt geleverd. Zij dragen ertoe bij dat zorg en welzijn minder aan tijd en plaats gebonden zijn. Deze toenevende rol van technologie in de zorg heeft grote gevolgen voor de professional in zorg en welzijn. Die zal de nieuwe technologie gaan integreren in het werk en zal cliënten adviseren en begeleiden bij het gebruik van technologie (Vereniging Hogescholen 2015a). Bij elke beroepsopdracht staat de vraag centraal of er mogelijk-

heden zijn om sociale media en technologie in te zetten op de verschillende niveaus.

6 Lectoraat Ergotherapie – Participatie en Omgeving; wat te DOEN?

Visie lectoraat Ergotherapie – Participatie en Omgeving:

- *Het lectoraat doet onderzoek naar de omgeving in relatie tot het dagelijks handelen van mensen en draagt bij aan innovaties, gericht op het mogelijk maken van participatie van mensen. Daarbij wordt gekeken naar de persoon, het systeem, de wijk en de stad (groot Amsterdam).*
- *Het lectoraat ontwikkelt kennis, gebruikt kennis en verspreidt kennis om de beroepspraktijk en het onderwijs te ondersteunen en te versterken. Het lectoraat richt zich op de trias praktijk, onderwijs (bachelor en master) en onderzoek.*
- *Het lectoraat streeft naar diversiteit in onderzoeksmethoden om een zo goed mogelijk antwoord te kunnen geven op de vragen en uitdagingen van de huidige praktijk.*

6.1 Amsterdam Centre Of Innovative Health Practice (ACHIEVE)

Het lectoraat Ergotherapie – Participatie en Omgeving is verbonden aan de Bachelor of Science Ergotherapie en aan de European Master of Science in Occupational Therapy. Het is onderdeel van het Kenniscentrum ACHIEVE van de HvA-faculteit Gezondheid (FG) en van het Academisch Medisch Centrum (AMC). Het kenniscentrum ACHIEVE initieert, stimuleert en faciliteert interprofessioneel samenwerken ten behoeve van cliënten met complexe zorgvragen (Complex Care) en draagt bij aan de vitaliteit van burgers in Amsterdam (Urban Vitality). De basis is vraaggestuurd onderzoek en *state of the art* interprofessioneel onderwijs aan zorgprofessionals (HvA 2014). Dit kenniscentrum bestaat uit vier lectoraten op het gebied van de gezondheidszorg, die horen bij de vier opleidingen aan de FG, waar professionals opgeleid worden voor de beroepen ergotherapie, fysiotherapie, oefentherapie en verpleegkunde. Daarnaast heeft ACHIEVE drie bijzonder lectoraten: Transmurale ouderenzorg, Evidence-based peri-operatieve zorg, en Revalidatie in de acute zorg. De drie bijzonder lectoren zijn werkzaam in het AMC. De betrokken lectoraten zijn gericht op interprofessionele samenwerking in het onderzoek, om zo bij te dragen aan gezamenlijke kennisontwikkeling en theorievorming. Belangrijk omdat de professionals die afstuderen op onze opleidingen ook in de praktijk steeds meer gaan samenwerken.

6.2 Lectoraat Ergotherapie – Participatie en Omgeving

Het lectoraat Ergotherapie – Participatie en Omgeving draagt bij aan het interprofessioneel onderzoek van ACHIEVE. Het onderzoek heeft als doel om tot een betere onderbouwing van het beroep en het beroepsmatig handelen te komen om (toekomstige) professionals op de verbinding van zorg en welzijn beter toe te rusten voor de beroepspraktijk. Het lectoraat is gericht op innovaties in zorg en welzijn, zoals zorgtechnologie, gezondheidsbevordering, informele zorg, diversiteit, migranten en terugkeer naar werk.

Het praktijkgericht onderzoek is gericht op het mogelijk maken van het dagelijks handelen van mensen als bepalende factor voor gezondheid en welzijn. Zoals het PEOP-model (Christiansen, Baum en Bass 2015a) laat zien is het dagelijks handelen het resultaat van de interactie tussen de persoon, zijn activiteiten en de omgeving, en leidt dagelijks handelen tot participatie en welzijn. De invloed van de sociale en fysieke omgeving op het dagelijks handelen en de participatie van mensen is het uitgangspunt van het praktijkgericht onderzoek.

Het interpretatief en het biomedisch redeneren vormen de *two-body practice*. Ook in het onderzoek van het lectoraat staat deze *two-body practice* centraal: het is zowel kwantitatief als kwalitatief gericht. Kwantitatief onderzoek past bijvoorbeeld bij onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van de interventie en bij klinimetrisch onderzoek naar meetinstrumenten. Kwalitatief onderzoek kan antwoord geven op vragen ten aanzien van behoeften van nieuwe cliëntenpopulaties voor interventies, en past bij exploratief onderzoek. *Mixed method designs* zijn geschikt om antwoord te vinden op vragen die betrekking hebben op nieuwe interventies waarbij ook de beleving en het perspectief van de cliënt onderzocht worden. Daarnaast wordt ook kritisch-emancipatorisch onderzoek toegepast. Dit is niet uitgesproken kwalitatief of kwantitatief en draagt bij aan processen in de samenleving die de emancipatie van groepen bevorderen. In *Participatory Action Research* (PAR) ligt de nadruk op observeren en interveniëren, waarbij de onderzoeker zich inzet om samen met burgers of cliënten een veranderingsproces in gang te zetten.

Cliëntenparticipatie in onderzoek is uitgangspunt van het lectoraat. Participatie van cliënten en ouderen vindt momenteel plaats in twee actieve *communities of practice*, waarbij met cliënten, ervaringsdeskundigen, studenten, docent-onderzoekers en professionals uit de praktijk samengewerkt wordt aan innovaties en onderzoek in de praktijk. Verder doen cliënten en ervaringsdeskundigen mee in het post-hbo van Gezond Actief Ouder Worden en in het gebruik van methoden als PAR, waarbij de cliënt of burger centraal staat bij het ontwikkelen van een nieuwe interventie.

6.3 Trias onderzoek, onderwijs en praktijk

Vanuit het *professional in the lead* principe wordt ingezet op de verbinding tussen onderzoek, onderwijs en praktijk:

- *De inhoudelijke expertise van docent-onderzoekers en de kennis die opgedaan wordt in het praktijkgericht onderzoek dragen bij aan het onderwijs in het bachelor- en master-programma ergotherapie. Verder wordt deze expertise gebruikt bij de ontwikkeling van het nieuwe curriculum van de bachelor Ergotherapie, die start in september 2016 en studenten opleidt tot flexibele zorgprofessionals van de toekomst. Daarnaast draagt het lectoraat bij aan het interprofessionele (faculteit overstijgende) minor-onderwijs.*
- *De onderzoeksexpertise die docent-onderzoekers opdoen, draagt bij aan de professionalisering van de docenten en aan het onderwijs dat gericht is op een onderzoekende houding en evidence-based practice. Docent-onderzoekers zijn verantwoordelijk voor het onderwijs in de leerlijn onderzoek in de verbinding met de praktijk.*
- *Studenten leveren een belangrijke bijdrage aan het onderzoek van het lectoraat. De onderzoeksprojecten leveren opdrachten waarin studenten kunnen participeren. Zo verdiepen ze zich in innovaties in de praktijk en leveren ze een bijdrage aan het onderzoek. Bij elk project zijn ieder semester studenten betrokken en de docent-onderzoekers dragen in de rol van opdrachtgever bij aan de begeleiding van de studenten.*
- *Kennis die opgedaan wordt in de verschillende op innovaties gerichte onderzoeken draagt bij aan de beroepspraktijk middels de post-hbo cursussen die vanuit het lectoraat Ergotherapie aangeboden worden.*

6.4 Complex Care

Bij complexe zorg, speerpunt van ACHIEVE, spelen meerdere problemen tegelijkertijd. Vaak is er sprake van meerdere aandoeningen (multimorbiditeit) en hebben mensen problemen op somatisch, psychisch en sociaal gebied. Dit heeft gevolgen voor het functioneren thuis, op school, op het werk en in de buurt. Vanuit de *two-body practice* wordt de invloed van sociale en mentale factoren betrokken bij de oorzaken van ziekte, beperkingen en participatievragen. Onderzoek vanuit het ergotherapeutisch perspectief, waarbij de integratie van het biomedisch en sociaal model centraal staat, kan daarom een waardevolle bijdrage leveren aan het interprofessioneel onderzoek betreffende Complex Care dat samen met fysiotherapie, oefentherapie en verpleegkunde vormgegeven wordt.

6.5 *Urban Vitality*

Urban Vitality is het HvA-speerpuntprogramma dat zich richt op een vitaal Amsterdam, dat wil zeggen een stad waar de bewoners gezond leven, zorgen voor elkaar en zelfstandig, actief participeren. Het onderzoek van Urban Vitality is gebaseerd op het eerder genoemde model van Dahlgren en Whitehead (2006) om de persoonlijke en omgevingsfactoren, beide determinanten voor vitaliteit, ten opzichte van elkaar te positioneren, aan elkaar te relateren en in samenhang te onderzoeken. Ergotherapie-onderzoek, gericht op het individueel en het sociaal perspectief in het mogelijk maken van het dagelijks handelen, sluit hier goed bij aan.

6.6 *Interprofessioneel samenwerken*

Complex Care en Urban Vitality onderzoek vragen beide om interprofessioneel samenwerken. Bij Complex Care is de zorg dermate complex dat meerdere professionals betrokken zijn in de interventie. Dat vraagt om interprofessioneel samenwerken waarbij gezamenlijke beslissingen genomen worden en de verantwoordelijkheid gedeeld is. Daarbij staat de cliënt centraal en is clientgecentreerd werken, waarin ergotherapeuten in de afgelopen twintig jaar veel expertise hebben opgebouwd, het uitgangspunt.

Bij Urban Vitality is het interprofessioneel samenwerken gericht op de integratie van preventie, zorg en welzijn. Ergotherapeuten staan met één been in het medisch domein en met het andere been in het sociaal domein. Ergotherapie-onderzoek maakt van nature de verbinding tussen de faculteit Gezondheid (FG) en de faculteit Maatschappij en Recht (FMR). Ook vindt intensieve samenwerking met de faculteit Digitale Media en Creatieve Industrie (FDMCI) plaats.

6.7 *Wat gaan we DOEN en wat willen we bereiken (ACHIEVE)?*

Het onderzoek van het lectoraat Ergotherapie is gericht op de sociale en fysieke omgeving in het dagelijks handelen van mensen als bepalende factor van participatie. De projecten vallen onder de speerpunten Complex Care en Urban Vitality. Interprofessioneel samenwerken vindt in alle onderzoeksprojecten plaats met interne en externe partners. Alle onderzoekers van het lectoraat combineren onderzoek met onderwijs, waardoor de kennis die opgedaan wordt met het onderzoek bijdraagt aan het onderwijs.

De volgende projecten zijn de afgelopen jaren in het kader van Complex Care en Urban Vitality gestart:

- *Margriet Pol, promovendus, doet onderzoek naar sensormonitoring bij alleenwonende ouderen, gericht op het langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen (participatie en fysieke omgeving). Een onderdeel van haar promotietraject is de SO-HIP-studie waarbij het effect van sensormonitoring en coaching op het verbeteren van het dagelijks functioneren bij ouderen na een heupfractuur wordt onderzocht.*
- *Robbert Kruijne, docent-onderzoeker, doet onderzoek in het HIPPER-onderzoek. In dit project wordt een interventieprotocol met sensortechnologie ontwikkeld, dat na een heupfractuur de cliënten zelf en de zorgprofessionals (ergotherapie, fysiotherapie en oefentherapie) meer inzicht geeft in de voortgang van de revalidatie (participatie en fysieke omgeving).*

In beide onderzoeken wordt samengewerkt met de afdeling Geriatrie van het AMC, het lectoraat Digital Life van DMCI, en met verschillende zorgcentra in de regio.

- *Rieke Hengelaar doet onderzoek en bereidt haar promotietraject naar informele zorg en diversiteit voor. Zij richt zich op het perspectief van de professional in het ondersteunen en versterken van de informele zorg van de cliënt met niet-aangeboren hersenletsel. Bij dit onderzoek staat de migrantenpopulatie centraal (participatie en sociale omgeving). In dit onderzoek wordt samengewerkt met het lectoraat Community Care van het FGR en met zorgaanbieder Cordaan in Amsterdam.*
- *Monique Floothuis is sinds kort gestart met onderzoek naar arbeid bij mensen met cardiovasculaire problematiek (participatie en sociale omgeving). Dit onderzoek vindt plaats in de AMC-HvA academische leer-werkplaats Polifysiek en is gericht op handelingsvragen met betrekking tot terugkeer naar werk. Dit gebeurt in samenwerking met de lectoraten van verpleegkunde, fysiotherapie en oefentherapie, met de afdeling Cardiologie van het AMC en met de afdeling revalidatie van het Radboudumc in Nijmegen.*
- *Carola Döpp is als projectleider verbonden aan het opzetten van een centrum voor laagverzekerden in Amsterdam Zuid-Oost. In dit centrum staat interprofessioneel samenwerken in de trias praktijk, onderwijs en onderzoek centraal. Dit gebeurt in samenwerking met de andere lectoraten in ACHIEVE, met de GGD en met BOOT Zuid-Oost.*

De volgende projecten zijn gestart in het kader van Urban Vitality:

- *Caroline Rijkers doet onderzoek en bereidt haar promotietraject voor naar sociale participatie en regieversterking van ouderen in de wijk (participatie en sociale omgeving). In dit project wordt onderzoek gedaan in het kader van Amsterdam als age-friendly city.*

- *Anke Heijnsman en Fenna van Nes doen onderzoek naar een preventief programma voor ouderen: Gezond Actief Ouder Worden (GAOW).*

In bovenstaande onderzoeken wordt samengewerkt met het lectoraat Outreachend werken en innoveren (FGR) en met het Amstelhuis, Cordaan en GGZ inGeest/Actenz in Amsterdam.

Daarnaast voert het lectoraat onderzoek uit betreffende de ontwikkeling en implementatie van meetinstrumenten over dagelijks handelen en de omgeving. Dit onderzoek is van belang voor het werkveld, dat deze meetinstrumenten inzet tijdens de ergotherapie-interventie. Belangrijk, omdat in veel ergotherapie-praktijkcontexten weinig wordt gemeten en de effectiviteit van de interventie onvoldoende wordt vastgelegd. Daarnaast worden deze meetinstrumenten gebruikt bij onderzoek betreffende Complex Care en Urban Vitality. Concrete projecten in het onderzoek naar meetinstrumenten zijn:

- *Soemitro Poerbodipoero, docent-onderzoeker, doet onderzoek naar de Nederlandse versie van de Activity Card Sort (ACS-NL) in samenwerking met ACSNet, een internationaal netwerk voor wetenschappers die zich bezighouden met onderzoek naar de (cultuurspecifieke) ontwikkeling van de ACS-NL.*
- *Margo van Hartingsveldt, lector, doet onderzoek naar de Writing Readiness Inventory Tool In Context (WRITIC) in samenwerking met de afdeling Revalidatie van het RadboudUMC.*
- *Marjon ten Velden, Eric Tigchelaar en Koen van Dijk doen onderzoek naar meetinstrumenten die behoren bij het Model Of Human Occupation (MOHO), zoals de Nederlandse versie van het Child Occupation Self Assessment (COSA-NL), de Nederlandse versie van de Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST-NL), de Nederlandse versie van de Short Child Occupational Profile (SCOPE-NL) en de Nederlandse versie van de Worker Role Interview (WRI-NL). Dit gebeurt in samenwerking met het MOHO Clearinghouse van de University of Illinois, USA, en met de Queen Margareth University in Edinburgh, Groot-Brittannië.*
- *Eric Tigchelaar doet bovendien onderzoek naar de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in samenwerking met de afdelingen Revalidatie van VUmc en AMC.*

Bovenstaande meetinstrumenten worden uitgegeven en zijn via ACHIEVE te verkrijgen voor professionals in de beroepspraktijk. Daarnaast worden de meetinstrumenten gebruikt in het initieel onderwijs en worden via ACHIEVE post-hbo studiedagen aangeboden gericht op implementatie van deze instrumenten in de beroepspraktijk.

6.8 De toekomst

Het lectoraat wil met zijn praktijkgericht onderzoek een bijdrage leveren aan het unieke domein van het dagelijks handelen, het doen, dat centraal staat in de huidige ontwikkelingen in het zorg- en sociale domein. De missie voor de toekomst is dat men zich bewust wordt van de invloed van het dagelijks handelen op gezondheid en welzijn van burgers. Hiertoe werkt het lectoraat samen met de beroepspraktijk van de ergotherapeut en van andere professionals in zorg en welzijn, en draagt het zo bij aan innovaties, gericht op de sociale en fysieke omgeving en het mogelijk maken van participatie van burgers binnen het individueel en sociaal perspectief van zorg en welzijn. Het lectoraat draagt bij aan de output van het kenniscentrum in samenwerking met de andere lectoraten binnen ACHIEVE, de HvA en met externe partners in de praktijk van zorg en welzijn.

Alle medewerkers van het lectoraat hebben een aanstelling in het onderwijs en werken als docent bij de Bachelor of Science Ergotherapie of zijn betrokken bij de Europese Master of Science in Occupational Therapy. De lector is 'professional in the lead' en ook voor 0,4 fte opleidingsmanager. Dit maakt de verbinding tussen onderwijs en onderzoek vanzelfsprekend en draagt bij aan het optimaliseren van de trias onderzoek, onderwijs en praktijk.

Het lectoraat heeft op het moment een omvang van 3,6 fte en wil doorgroeien naar een omvang van 5,0 fte in 2019. Dit willen we bereiken door elk jaar te starten met een nieuw PhD voortraject, het aanvragen van NWO-beurzen en andere subsidies zoals Raak, ZonMW, Nuts OHRA enzovoort. Op deze manier neemt de personeelsomvang, het aantal gepromoveerde docenten en het onderzoekend vermogen van het lectoraat toe.

Het lectoraat wil de komende jaren de internationale samenwerking intensiveren. Met de partners van de European Master of Science in Occupational Therapy willen we naast het samenwerken op master- en bachelor-niveau ook gaan samenwerken in het onderzoek; de eerste stappen in dit traject zijn al gezet.

Verder willen we de participatie van cliënten en ervaringsdeskundigen in het onderzoek van het lectoraat uitbreiden. Tijdens elke fase van onderzoek kan inbreng van cliënten en ervaringsdeskundigen waardevolle informatie opleveren.

Persoonlijk heb ik ook de wens om samen met de andere lectoraten in ACHIEVE een levendige onderzoekslijn op te zetten over onderzoek bij kinderen. Afgelopen jaren hebben we ingezet op studentenprojecten en op een ergotherapieproject samen met Zuyd Hogeschool. De faculteit Onderwijs en Opvoeding zou ik ook graag in de samenwerking betrekken.

Het is een hele uitdaging om de ergotherapiepraktijk, het interprofessioneel samenwerken in onderwijs en onderzoek, en de ontwikkelingen in de maatschappij met elkaar te verbinden. Die uitdaging ga ik aan met een fantastisch team van

docent-onderzoekers, management en docenten van de Bachelor of Science Ergotherapie en de European Master of Science in Occupational Therapy. Veel studenten dragen bij aan het onderzoek en het verzamelen van de data, evenals collega's en betrokken cliënten uit het werkveld. Door de betrokkenheid van professionals en cliënten levert het praktijkgericht onderzoek een betekenisvolle bijdrage aan de huidige beroepspraktijk in zorg en welzijn.

Door die intensieve betrokkenheid van vele stakeholders bij het lectoraat denk ik dat er een begin gemaakt kan worden met het verwezenlijken van de droom dat iedereen weet dat het dagelijks handelen bijdraagt aan participatie van alle mensen in de samenleving en dat dagelijks handelen van mensen wordt gezien als een bepalende factor voor gezondheid en welzijn: het gaat in het leven om gewoon DOEN!

Dankwoord

Tot slot wil ik u allen van harte bedanken voor uw belangstelling. Ik dank het College van Bestuur van deze hogeschool voor het in mij gestelde vertrouwen als opleidingsmanager en lector Ergotherapie.

Ik wil het management van de faculteit Gezondheid bedanken, in het bijzonder de decaan Wilma Scholte op Reimer. Wilma, ik ben blij met jou als leidinggevende. Jouw inzet in het domein, de HvA en ook in groot Amsterdam, gericht op interprofessioneel samenwerken, levert ons veel op. Dank voor je vertrouwen in mij en de steun die je me geeft in het leidinggeven aan de bachelor, de master en het lectoraat. Ook wil ik Rien de Vos bedanken die tot 1 februari 2015 domeinvoorzitter Gezondheid was en met wie ik heel prettig en constructief heb samengewerkt. Ook mijn dank aan Eric de Leede, onze bedrijfsvoerder; jouw open communicatie en onze samenwerking waardeert ik zeer!

Raoul Engelbert, Bart Visser, Corine Latour en Stefan Ramaekers, mijn collega lectoren/opleidingsmanagers binnen het domein: het is leuk en inspirerend om met jullie samen te werken in onderwijs en onderzoek en zo te bouwen aan de faculteit en het interprofessioneel samenwerken. Bianca Buurman, Marieke van der Schaaf en Hesther Vermeulen, goed dat jullie als bijzonder lectoren nu ook verbonden zijn aan ACHIEVE. Het is mooi om met jullie allen samen te werken in het onderzoek en bij het professionaliseren van het kenniscentrum. We hebben veel neergezet de afgelopen jaren, we zijn ambitieus en ik zie ernaar uit om met jullie verder te bouwen aan een kenniscentrum dat bijdraagt aan innovaties in zorg en welzijn.

Het team van Ergotherapie wil ik heel hartelijk bedanken voor de ontzettend leuke werkomgeving die jullie mij bieden. Jullie gedrevenheid, professionaliteit en

gezelligheid maken het werken dynamisch en leuk! Van het team wil ik twee personen speciaal danken. Mieke Borst, het is ontzettend leuk om samen met jou leiding te geven aan de bachelor Ergotherapie. Jouw visie en overstijgend denken en het samenwerken, dat zo vanzelf gaat, zijn heel inspirerend. Saskia Hofstede, ik ben blij om met jou verder te bouwen aan de opleiding. Altijd de mogelijkheden zien, gelijk DOEN en het *out of the box* denken; super dat je dat inzet bij de curriculumherziening en het interprofessioneel samenwerken in het domein.

Verder bedank ik Fenna van Nes, Margriet van der Zanden en Debbie Kramer voor het samenwerken in de European Master of Science in Occupational Therapy. Het is een mooie en succesvolle master die we met vier partners in Europa vormgeven. Het is een bijzonder programma; dank voor jullie aandeel daarin.

De docent-onderzoekers en promovendi met wie ik samenwerk in het lectoraat wil ik bedanken voor het betrokken bezig zijn met onderzoek, de vertaling die we maken naar het onderwijs en het uitdragen van de mooie dingen waar we mee bezig zijn! Fenna, jou wil ik speciaal bedanken. Jouw expertise in kwalitatief onderzoek, je innovatieve ideeën en je bijdrage in netwerkvorming in het Amsterdamse, maar ook nationaal en internationaal, zijn een geweldige bijdrage voor ons lectoraat. Ik ben heel blij dat ik samen met jou de opbouw van het lectoraat verder kan vormgeven.

Alle andere medewerkers van de faculteit Gezondheid wil ik ook bedanken voor de prettige werkomgeving en werksfeer. Ik heb het ontzettend naar mijn zin bij de faculteit en ga graag door met het samenwerken met jullie.

Dank aan de studenten van Ergotherapie en de andere opleidingen. Met jullie bevologenheid en nieuwsgierigheid leveren jullie een belangrijk aandeel in het onderzoek, en het is altijd weer inspirerend om met jullie te werken aan projecten die bijdragen aan het onderzoek van het lectoraat.

Ans van der Zee, jij bent een enorme steun en een geweldige collega. Heerlijk dat jij het overzicht houdt in mijn volle agenda en regelmatig 'busy' inplant.

Astrid Kinébanian, Marion Ammeraal en Edith Cup, ontzettend dank voor het meelesen en jullie waardevolle suggesties voor de inhoud van deze Lectorale rede.

Lieve familie en vrienden, heel hartelijk bedankt dat jullie er voor me zijn en dat jullie zorgen voor veel leuke momenten in het dagelijks leven.

Philippe, dank voor de ruimte die je mij steeds weer geeft, we hebben het zo goed samen. En Anniek en Tessa, met zijn vieren hebben we het geweldig en vieren we het leven. Daar gaan we mee door!

Literatuur

- Alleman, J. 2012. *Ongelijk Gezond – Aanbevelingen voor het lokaal niveau*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Alliantie_Gezondheidvaardigheden. 2016. "Gezondheidsvaardigheden." Geraadpleegd 10-01-16. <http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/achtergrond/>.
- Alsaker, Sissel, Rob Bongaardt en Staffan Josephsson. 2009. "Studying narrative-in-action in women with chronic rheumatic conditions." *Qualitative health research* 19 (8):1154-1161.
- Axel, G. en I. Dinesen. 1988. *Babette's Feast (Motion Picture)*. Verenigde Staten: Panorama.
- Bannink, F. 2013. "Oplossingsgerichte therapie." In *Handboek Positieve Psychologie – Theorie, onderzoek, toepassingen*, red. E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof en J.A. Walburg, 341-354. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bass, J.D. 2015. "Occupations of populations." In *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*, red. C. Christiansen, C. Baum en J. Bass. Thorofare NJ: Slack Incorporated.
- Bass, J.D., C. Baum en C.A. Christensen. 2015. "Interventions and outcomes The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Occupational Therapy Process." In *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*, red. C. Christiansen, C. Baum en J. Bass. Thorofare NJ: Slack Incorporated.
- Bass, J.D., C.M. Baum en C.H. Christiansen. 2015. "A welcome to Occupational Therapy – Performance, Participation and Well-being, Fourth Edition." In *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*, red. C. Christiansen, C. Baum en J. Bass. Thorofare NJ: Slack Incorporated.
- Baum, C., C.A. Christensen en J.D. Bass. 2015. "The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Model." In *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*, red. C. Christiansen, C. Baum en J. Bass. Thorofare NJ: Slack Incorporated.
- Blas, Erik en Anand Sivasankara Kurup. 2010. *Equity, social determinants and public health programmes*: World Health Organization.
- Bohlmeijer, E., L. Bolier, M. Steeneveld, G. Westerhof en J.A. Walburg. 2013. "Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak." In *Handboek Positieve Psychologie – Theorie, onderzoek, toepassingen*, red. E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof en J.A. Walburg, 17-38. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E., L. Mies en G. Westerhof. 2006. *De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu en van Loghum.
- CAOT en NHW. 1983. *Guidelines for the client-centred practice of occupational therapy* Ottawa: Department of National Health and Welfare.
- Chapparro, C. en J. Ranka. 2005. "Theoretical constructs." In *Occupation & Practice in context*, red. G. Whiteford en V. Wright-St Claire, 51-71. Sydney: Elsevier, Churchill & Livingstone.
- Chorus, A.M.J., R.J.M. Perenboom, H. Hofstetter en M.C. Stadlander. 2013. "Indicatie van de zorgvraag in 2030: prognoses van functioneren en chronische aandoeningen." *Leiden: TNO*.

- Christiansen, C., C. Baum en J. Bass. 2015a. "Health, Occupational Performance and Occupational Therapy." In *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*, red. C. Christiansen, C. Baum en J. Bass. Thorofare NJ: Slack Incorporated.
- Christiansen, C., C. Baum en J. Bass. 2015b. *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-being*. 2de ed. Thorofare NJ: Slack Incorporated.
- Cohen, Helen S. 2015. "A Career in Inquiry." *American Journal of Occupational Therapy* 69 (6):6906150010p1-6906150010p12.
- Collins, Amy Love, Natalia Sarkisian en Ellen Winner. 2009. "Flow and happiness in later life: An investigation into the role of daily and weekly flow experiences." *Journal of Happiness Studies* 10 (6):703-719.
- Couwenbergh, C. en J. Van Weeghel. 2014. *Over de brug – Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.
- Csikszentmihályi, M. 1999. *Flow: psychologie van de optimale ervaring*. Amsterdam: Boom.
- Dahlgren, Göran en Margaret Whitehead. 2006. "Levelling up (part 2)." Kopenhagen: WHO.
- Daniëls, R. en J. Verhoef. 2012. "Professioneel redeneren." In *Grondslagen van de ergotherapie*, red. M. le Granse, M.J. van Hartingsveldt en A. Kinébanian. Amsterdam: Reed Business.
- Darrah, J., M.C. Law, N. Pollock, B. Wilson, D.J. Russell, S.D. Walter, P. Rosenbaum en B. Galuppi. 2011. "Context therapy: a new intervention approach for children with cerebral palsy." *Developmental Medicine and Child Neurology* 53 (7):615-20. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.03959.x.
- de Grijter, M., T. Nederland en M. Stavenuiter. 2014. *Meedenkers aan het woord – Focusgroepen over 'Zorg voor Gezondheid in 2030'*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Dekkers, M. 2006. *Lichamelijke oefening*. Amsterdam: Atlas-Contact.
- DOENlab. 2015. *Adviesplan Ondernemen nieuwe curriculum*. Amsterdam: DoenLAB en HvA.
- Dunton, W.R. 1915. *Occupational Therapy: A manual for nurses*. Philadelphia: WB Saunders.
- Gezondheidsraad. 2015. *Richtlijnen Gezonde Voeding*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- GGD. 2015. "Alcohol roken drugs." Geraadpleegd 02-12-2015. <https://http://www.jouwggd.nl/alcohol-roken-drugs/>.
- Harper, D. 2015. Online etymology dictionary.
- Hartstichting. 2015. "Bewegen." Geraadpleegd 02-12-2015. <https://http://www.hartstichting.nl/gezond-leven/bewegen>.
- HBO-raad. 2013. *Voortrekkers in verandering – zorg en opleidingen – partners in innovatie*. Den Haag: HBO-raad.
- Heijnsman, A., F. van Nes, S. Van Opstal en C. Kuiper. 2012. "Gezond Actief Ouder Worden; De ergotherapeut in de rol van groepsfacilitator." *Wetenschappelijk tijdschrift voor Ergotherapie* 5 (3):5-17.
- Hemmingsson, H. en H. Jonsson. 2005. "An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health – some critical remarks." *American Journal of Occupational Therapy* 59 (5):569-76.
- Hiemstra, D. en E. Bohlmeijer. 2013. "De sterke kanten benadering." In *Handboek Positieve Psychologie – Theorie, onderzoek, toepassingen*, red. E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof en J.A. Walburg, 123-138. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

- Holt-Lunstad, Julianne, Timothy B. Smith en J. Bradley Layton. 2010. "Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review." *PLoS medicine* 7 (7):859.
- Hoogervorst, W. en M. van Zwieten. 2014. *Opleiden tot flexibele zorgprofessionals – visiedocument curriculumontwikkelingen Amsterdam School for Healthprofessions*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Huber, M. 2014. "Towards a new, dynamic concept of health." PhD, School for Public Health and Primary Care, Maastricht University.
- Huber, M., A.J. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout, B. Leonard, K. Lorig, M.I. Loureiro, J.W.M. van der Meer, P. Schnabel, R. Smith, C. van Weel en H. Smid. 2011. "How should we define health?" *British Medical Journal*, 2011-07-26 10:34:43, 235-237.
- Huxhold, Oliver, Martina Miche en Benjamin Schüz. 2014. "Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults." *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 69 (3):366-375.
- HvA. 2014. *Business plan Amsterdam Centre for Innovative Health Practice*. Amsterdam: Domein Gezondheid.
- Jetten, Jolanda, Catherine Haslam, S. Alexander Haslam, Genevieve Dingle en Janelle M. Jones. 2014. "How groups affect our health and well-being: the path from theory to policy." *Social Issues and Policy Review* 8 (1):103-130.
- Jonsson, H. 2008. "A new direction in the conceptualization and categorization of occupation." *Journal of Occupational Science* 15 (1):3-8.
- Jonsson, H. 2011. "Occupational transitions: work to retirement." In *Introduction to occupation, the art and science of living*, red. C.H. Christiansen en E.A. Townsend, 211-230. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Josefsson, Torbjörn, Magnus Lindwall en Trevor Archer. 2014. "Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review." *Scandinavian journal of medicine & science in sports* 24 (2):259-272.
- Kalijouw, M. en K. van Vliet. 2015. *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Den Haag: Zorginstituut Nederland.
- Kinébanian, A. en D. van der Velde. 2012. "Oorsprong en ontwikkeling van het beroep." In *Grondslagen van de ergotherapie*, red. M. le Granse, M.J. van Hartingsveldt en A. Kinébanian. Amsterdam: Reed Business.
- Lancet, The. 2009. "What is health? The ability to adapt." *The Lancet* 373 (9666):781.
- Levasseur, M., L. Richard, L. Gauvin en E. Raymond. 2010. "Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities." *Social Science and Medicine* 71 (12):2141-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.041.
- Mattingly, C. en M. Fleming. 1994. *Clinical reasoning: forms of inquiring in the therapeutic practice*. Philadelphia: F.A. Davies.
- Mroz, Tracy M., Jennifer S. Pitonyak, Donald Fogelberg en Natalie E. Leland. 2015. "Client Centeredness and Health Reform: Key Issues for Occupational Therapy." *American Journal of Occupational Therapy* 69 (5):6905090010p1-6905090010p8.
- Nordqvist, C. 2015. "What is Health? What does good health mean?". Geraadpleegd 03-12-2015. <http://www.medicalnewstoday.com/articles/150999.php>.

- Noreau, L. en K. Boschen. 2010. "Intersection of participation and environmental factors: a complex interactive process." *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 91 (9 Suppl):S44-53. doi: 10.1016/j.apmr.2009.10.037.
- Peeters, Geeske, Yolanda R. van Gellecum, Jannique G.Z. van Uffelen, Nicola W. Burton en Wendy J. Brown. 2014. "Contribution of house and garden work to the association between physical activity and well-being in young, mid-aged and older women." *British journal of sports medicine* 48 (12):996-1001.
- Pierce, D. 2001. "Untangling occupation and activity." *American Journal of Occupational Therapy* 55 (2):138-46.
- Pierce, D. 2014. *Occupational Science for Occupational Therapy*. Thorofare: SLACK Incorporated.
- Piškur, B. 2015. "Parents' role in enabling the participation of their child with a physical disability – Actions, challenges and needs." Maastricht University.
- Piškur, B., R. Daniëls, M.J. Jongmans, M. Ketelaar, R.J.E.M. Smeets, M. Norton en A.J.H.M. Beurskens. 2013. "Participation and social participation: are they distinct concepts?" *Clinical rehabilitation*:0269215513499029.
- Pol, M., F. van Nes, M. van Hartingsveldt, B. Buurman, S.E. de Rooij en B. Kröse. 2014. "Older people's perspectives regarding the use of sensor monitoring in their home." *The Gerontologist* doi: 10.1093/geront/gnu104.
- Polatajko, H.J., C.L. Backman, S. Baptiste, J. Davis, P. Eftekhar, A. Harvey, J. Jarman, T. Krupa, C. Lin, W. Pentland, D. Laliberte Rudman, L. Shaw, B. Amoroso en A. Connor-Schisler. 2013. "Human Occupation in context." In *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*, red. E.A. Townsend en H.J. Polatajko. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Rebeiro, Karen L. en Jan Miller Polgar. 1999. "Enabling occupational performance: Optimal experiences in therapy." *Canadian Journal of Occupational Therapy* 66 (1):14-22.
- Reilly, Mary. 1963. "Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine." *The American journal of occupational therapy. Official publication of the American Occupational Therapy Association* (16):1-9.
- Rijksoverheid.nl. 2013. "1 op de 3 gevallen ziekteverzuim door werkstress." Geraadpleegd 22-12-2015. <https://http://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2013/12/21/1-op-de-3-gevallen-ziekteverzuim-door-werkstress>.
- Rijksoverheid.nl. 2015. "Overgewicht." Geraadpleegd 22-12-2015. <https://http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/overgewicht>.
- RIVM. 2015. "Volksgezondheidszorg.info." Geraadpleegd 22-12-2015. <https://http://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/sportblessures/cijfers-context/huidige-situatie-node-aantal-behandelde-sportblessures>.
- RVZ. 2010. *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Satink, T., S. Josephsson, J. Zajec, E.H.C. Cup, B.J.M. de Swart en M.W.G. Nijhuis-van der Sanden. Ter publicatie. "Self-management develops through doing of everyday activities—a longitudinal qualitative study of stroke survivors during two years post-stroke."
- Satink, T. en D. van de Velde. 2012. "Kerndomein van de ergotherapie." In *Grondslagen van de ergotherapie*, red. M. le Granse, M.J. van Hartingsveldt en A. Kinébanian, 73-94. Amsterdam: Reed Business.

- Schuring, Merel, Johan Mackenbach, Toon Voorham en Alex Burdorf. 2011. "The effect of re-employment on perceived health." *Journal of epidemiology and community health* 65 (7):639-644.
- Shakespeare, T. 2006. "The social model of disability." *The disability studies reader* 2:197-204.
- Stronks, K. en M. Droomers. 2014. "Ongezonde armoede. Waarom arme mensen ongezonder zijn en wat daaraan te doen is." In *Armoede in Amsterdam – een stadsbrede aanpak van hardnekkige armoede*, red. L. Michon en J. Slot. Amsterdam: Bureau Onderzoek en Statistiek
- Sumsion, Thelma en Mary Law. 2006. "A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice." *Canadian Journal of Occupational Therapy* 73 (3):153-162.
- Thylefors, Ingela, Olle Persson en Daniel Hellström. 2005. "Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork." *Journal of interprofessional care* 19 (2):102-114.
- Townsend, E.A., L. Cockburn, L. Letts, R. Thibeault en B. Trentham. 2013. "Enabling Social Change." In *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation – second edition*, red. E.A. Townsend en H.J. Polatajko, 153-176. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A., A. Freeman, L. Liu, J. Quach, S. Rappolt en A. Rivard. 2013. "Accountability for enabling occupation: Discovering opportunities." In *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation – second edition*, red. E.A. Townsend en H.J. Polatajko. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A. en H. Polatajko. 2013. *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation- second edition*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A., B. Trentham, J. Clark, C. Dubouloz-Wilner, W. Pentland, S. Doble en D. Liberte Rudman. 2013. "Enabling individual change." In *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation- second edition*, red. E.A. Townsend en H.J. Polatajko, 135-152. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Trentham, B. en L. Cockburn. 2011. "Promoting occupational therapy in a community health centre." In *Role emerging occupational therapy*, red. M. Thew, M. Edwards, S. Baptiste en M. Molineux, 97-110. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Valentijn, P.P., S.M. Schepman, W. Opheij en M.A. Bruijnzeels. 2013a. "Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care." *International Journal of Integrated Care* 13.
- Valentijn, P.P., S.M. Schepman, W. Opheij en M.A. Bruijnzeels. 2013b. "Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care." *International Journal of Integrated Care* 13.
- van Hartingsveldt, M., R. Hengelaar en I. Logister-Proost. 2015. "De praktijkcontext van de ergotherapeut beweegt mee met de veranderingen in zorg en welzijn." *Ergotherapie Magazine* 43 (3):40-46.
- van Hartingsveldt, M., I. Logister-Proost en A. Kinébanian. 2010. *Beroepsprofiel Ergotherapeut*. Utrecht: EN.

- van Hartingsveldt, M., J. van den Houten, I. van der Leij-Hemmen en M. ten Velden. 2015. *Profiel specialisatie kindergoerotherapeut*. Utrecht: Ergotherapie Nederland.
- van Hartingsveldt, M.J. en B. Piskur. 2012. "Het CMOP-E en CPPF." In *Grondslagen van de ergotherapie*, red. M. le Granse, M.J. van Hartingsveldt en A. Kinébanian. Amsterdam: Reed Business.
- van Hassel, D.T.P. en R.J. Kenens. 2014. *Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten – Peiling 1 januari 2014*. Utrecht: Nivel.
- van Nes, Fenna, Hans Jonsson, Sanne Hirschler, Tineke Abma en Dorly Deeg. 2012. "Meanings Created in Co-occupation: Construction of a Late-Life Couple's Photo Story." *Journal of Occupational Science* 19 (4):341-357.
- van Regenmortel, M.R.F. 2004. *Empowerment in de praktijk van het OCMW*. Leuven: Hoger instituut voor arbeid, Katholieke Universiteit van Leuven.
- Veehof, M., E. Bohlmeijer en N. Geschwind. 2013. "Positieve emoties." In *Handboek Positieve Psychologie – Theorie, onderzoek, toepassingen*, red. E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof en J.A. Walburg, 105-122. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Vereniging Hogescholen. 2015a. *Inspiratiebrief voor alle Hoger Gezondheidszorg Opleidingen in Nederland*. Den Haag: Sectoraal Advies College Hoger Gezondheidszorgonderwijs Vereniging Hogescholen.
- Vereniging Hogescholen. 2015b. *Statistische visie Vereniging Hogescholen – Wendbaar en Weerbaar*. Den Haag: Vereniging Hogescholen.
- Verhoef, J. en A. Zalmstra. 2013. *Beroepscompetenties Ergotherapie*. Utrecht: Lemma.
- Volksgezondheid en Zorg. 2014. *Levensverwachting: Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status?*. Nationaal Kompas Volksgezondheid.
- Wang, Hui-Xin, Yinlong Jin, Hugh C. Hendrie, Chaoke Liang, Lili Yang, Yibin Cheng, Frederick W. Unverzagt, Feng Ma, Kathleen S. Hall en Jill R. Murrell. 2013. "Late life leisure activities and risk of cognitive decline." *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 68 (2):205-213.
- WFOT. 2012. *Definition of Occupational Therapy*.
- Whiteford, G. 2011. "Occupational Deprivation." In *Introduction to occupation: The art and science of living*, red. C.H. Christiansen en E.A. Townsend, 303-328. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education.
- WHO. 1948. *Definition Health*.
- WHO. 2001. *International Classification of Function, Disability and Health (ICF)*. Genève: World Health Organization.
- WHO. 2005. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Genève: World Health Organisation.
- WHO. 2006. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.
- WHO. 2010. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*.
- WHO. 2015. *What are social determinants of health?*
- Wilcock, A.A. en C. Hocking. 2015. *An occupational perspective on health*. 3de ed. Thorofare Slack Incorporated.
- Wong, S.R. en G. Fisher. 2015. "Comparing and Using Occupation-Focused Models." *Occupational therapy in health care*.
- Wright, J.J., G. Sadlo en G. Stew. 2007. "Further explorations into the conundrum of flow process." *Journal of Occupational Science* 14 (3):136-144.



HVA PUBLICATIES



AFBEELDING
BertZuiderveen.nl

