

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/207859>

Please be advised that this information was generated on 2019-11-08 and may be subject to change.

Ergotherapie en de kracht van het betekenisvol dagelijks handelen

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. MAUD J.L. GRAFF

inaugurele
rede

change perspective

Radboud Universiteit



INAUGURELE REDE

PROF. DR. MAUD J.L. GRAFF



Maud Graff is de eerste hoogleraar Ergotherapie in Nederland. Haar leerstoel wordt deels gefinancierd door Ergotherapie Nederland en valt onder de afdeling Revalidatie en afdeling IQ healthcare van het Radboudumc.

Maud ontwikkelt, implementeert en evalueert complexe

persoonsgerichte en contextgerichte ergotherapie en interdisciplinaire interventies voor mensen die beperkt worden in hun betekenisvol dagelijks handelen als gevolg van een ziekte, aandoening, kwetsbaarheid, trauma, ontwikkelingsachterstand of anderszijds. De focus ligt op het bevorderen van eigen regie en participatie in het betekenisvol dagelijks handelen om een betere gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven te bereiken.

Maud Graff (Roermond, 1967) studeerde Ergotherapie en Gezondheidswetenschappen. Ze promoveerde cum laude aan de Radboud Universiteit op onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van persoonsgerichte Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers aan huis (EDOMAH programma). Sinds 1994 werkt ze in het Radboudumc in praktijk, onderzoek en onderwijs. Ze won zeven wetenschappelijke prijzen voor haar innovatieve onderzoek rond EDOMAH en andere complexe persoonsgerichte interventies.

Sinds 2015 is ze Honorary Associate Professor bij de Division of Rehabilitation and Elderly van de University of Nottingham. Ze geeft master courses in Europa over het EDOMAH-programma, dat in boekvorm in 4 talen is uitgegeven, evenals over de complexe onderzoeksmethodologie. Ze is actief in (inter)nationale Ergotherapie- en interdisciplinaire onderzoeks-, onderwijs en maatschappelijke netwerken.

Radboud Universiteit



ERGOTHERAPIE EN DE KRACHT VAN HET BETEKENISVOL DAGELIJKS HANDELEN

Ergotherapie en de kracht van het betekenisvol dagelijks handelen

Rede (in verkorte vorm) uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Ergotherapie aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc op donderdag 26 september 2019

door prof. dr. Maud J.L. Graff

Opmaak en productie: Radboud Universiteit, Facilitair Bedrijf, Post & Print
Fotografie omslag: Bert Beelen

© Prof. dr. Maud J.L. Graff, Nijmegen, 2019

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

*Mijnheer de rector magnificus,
zeer gewaardeerde toehoorders,
dames en heren, lieve familie en vrienden,*

Een voorbeeld uit het dagelijks leven van Richard, een oudere man met Alzheimer dementie, en zijn vrouw Anne.

Richard: 'Voorheen tuinierde ik nog zelf, heerlijk om hierin bezig te zijn, te zorgen voor een stukje natuur, het gaf me een gevoel van voldoening en vrijheid. De buurman kwam vaak een praatje over de heg maken. Ook zong ik op vrijdagavond in het koor en zag daar veel van mijn vrienden. Het geeft een gevoel van verbondenheid om samen muziek te maken. Nu zit ik alleen maar bij de TV en helpt mijn vrouw me zelfs bij het aankleden. Ze neemt me alles uit handen, ik heb nergens meer iets over te zeggen, ze bedoelt het goed hoor, maar wat kan ik nu nog betekenen?'

Anne: 'Richard heeft hulp nodig bij alle activiteiten, zelfs zijn passie voor tuinieren heb ik van hem overgenomen, omdat hij doelloos te werk ging, niet meer wist hoe de gereedschappen te gebruiken en dreigde te vallen. Ik help hem graag, dat is het niet, maar ik kom echt niet meer toe aan mijn eigen activiteiten. Zoals bloemschikken, dat geeft me echt ontspanning en voldoening, om iets moois te kunnen maken voor anderen. Voorheen zocht ik mijn vriendinnen en burens regelmatig op, dan had ik het gevoel dat ik erbij hoorde. Tegenwoordig zie ik niemand meer en ben ik alleen maar aan het zorgen voor mijn man, het huis en de tuin. Wat heeft het leven voor mij nog in petto?'

Uit: Graff et al; Dementia, Journal of Social Research & Practice, 2006¹

ERGOTHERAPIE EN DE KRACHT VAN HET BETEKENISVOL DAGELIJKS HANDELEN

Dit voorbeeld illustreert welke betekenis het dagelijks handelen voor zowel Richard als Anne heeft voor hun verbondenheid met anderen en het hebben van een eigen rol. Betekenisvol dagelijks handelen, wordt gekenmerkt door actief en doelgericht participeren in activiteiten die voor een persoon waardevol zijn in het leven van alledag. Het is gekoppeld aan welzijn, kwaliteit van leven en gezondheid.²⁻⁷

Wat is dat nu 'betekenisvol dagelijks handelen'? De Griekse filosoof Aristoteles introduceerde het begrip *Eudaimonia*, een Grieks woord voor voldoening, goed zijn of goed doen. Een *eudaimonisch*, leven was volgens hem een actief leven, waarin we onze talenten ontwikkelen en een taak vervullen, iets bijdragen aan de samenleving en streven naar het vervullen van doelen in de toekomst.⁸ In tegenstelling tot geluk, *hedonia* in het Grieks, waarbij enkel naar het vervullen van de eigen behoeften in het hier en nu gestreefd wordt. Dit onderscheid werd eveneens gevonden in onderzoek van Huta &

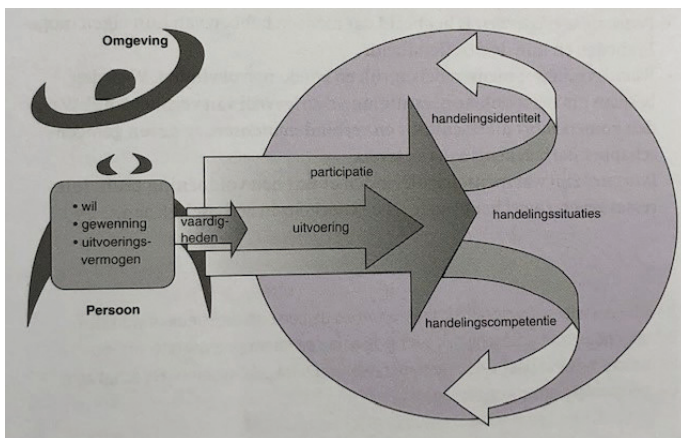
Ryan⁹ en bevestigd door het onderzoek van Baumeister.¹⁰ Zij vonden dat een gelukkig leven een gemakkelijk leven is, een leven waarin we ons goed voelen en weinig stress of zorgen hebben. Een gelukkig leven wordt vaak geassocieerd met een goede lichamelijke gezondheid, voldoende financiële mogelijkheden en is meer verbonden met 'nemen' in plaats van 'geven'. Echter, een zinvol en betekenisvol dagelijks leven, blijkt uit de resultaten van deze onderzoeken, is vooral het geval bij mensen die zich ook richten op 'geven', die op zoek gaan naar verbinding en bijdragen aan iets dat henzelf overstijgt, zoals het hebben van een overtuiging of ideaal. Dit zijn mensen die gerichte doelen nastreven die verband houden met wat echt waardevol is voor hen nu, op de lange termijn en vanuit hun verleden en ervaringen. Deze doelen blijken in relatie te staan met wie ze zijn en in de toekomst willen zijn en vormen een rode draad in hun levensverhaal. Deze onderzoeken laten zien dat een betekenisvol leven juist wel samengaat met kwetsbaarheid, het hebben van zorgen, stress en het leren omgaan met traumatische levensgebeurtenissen. Kwetsbaarheid hoort bij het leven.¹¹ Betekenisvolle doelen en activiteiten leiden tot meer welbevinden.^{9,10} De vier belangrijkste pijlers van een betekenisvol dagelijks leven betreffen dan ook: ergens bij horen en sociale verbinding ervaren, doelen hebben op de langere termijn die verband houden met wie je bent, je leven als een verhaal beleven waarin heden, verleden en toekomst een samenhang vertonen en het in relatie staan tot een groter spiritueel en/of maatschappelijk geheel.^{12,13,7}

Betekenisvol dagelijks handelen heeft dus een relatie met het verleden, heden en de toekomst, het handelen krijgt waarde door de plek die het inneemt binnen het levensverhaal van een persoon en is van invloed op de identiteit van een persoon. Dit levensverhaal kenmerkt zich door de unieke interesses, waarden, gewoonten, rollen, ervaringen en mogelijkheden van mensen. Door de verbinding met anderen en het streven naar hogere doelen - zoals bijvoorbeeld het 'nuttig willen zijn en een waardevolle bijdrage willen leveren aan het leven van (kwetsbare) anderen of aan maatschappelijke of spirituele doelen' - geeft een persoon een eigen invulling aan wat voor hem of haar betekenisvol is. Het levensverhaal is bovendien van therapeutische waarde wanneer iemand in het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven met beperkingen of belemmeringen te maken krijgt. Door het verhaal achter het verhaal te zoeken, wordt duidelijk wat daadwerkelijk betekenisvol voor iemand is of in het verleden was, dit vormt het aangrijpingspunt van persoonsgerichte ergotherapie.^{7,12-16}

Nu denkt u wellicht, ja dat is herkenbaar of ja dit is echt een open deur. Herkenbaar jazeker, we streven waarschijnlijk allemaal naar een betekenisvol dagelijks leven. Een open deur, ja wellicht, gelukkig maar. Echter, dit is absoluut geen open deur voor velen van ons, in onze maatschappij, die op welke manier dan ook kwetsbaar zijn en daardoor beperkt of belemmerd worden in hun betekenisvol dagelijks handelen. Dat is waar de ergotherapie zich op richt, om dit betekenisvol dagelijks handelen (weer) mogelijk te maken en als kracht te gebruiken in iemands revalidatieproces en het leven van alledag.

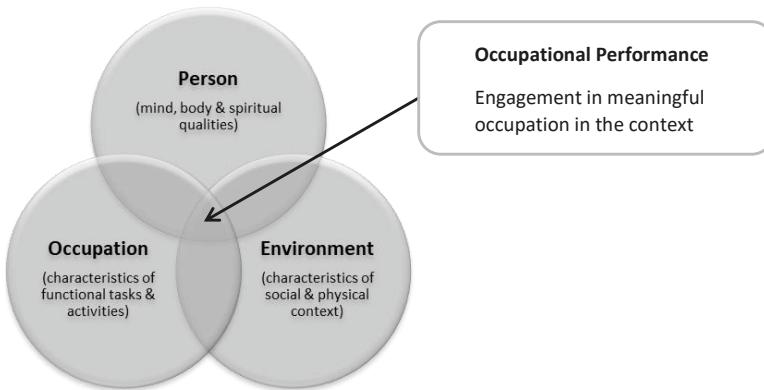
Binnen de ergotherapie theorie worden vier dimensies van het betekenisvol dagelijks handelen weergegeven, waarbij gesteld kan worden dat de ene dimensie tot de andere leidt. Het *doing*, *being*, *becoming* en *belonging*.¹⁷⁻²⁰ Doordat mensen activiteiten doen (*doing*) die voor hen betekenisvol zijn, kunnen zij zich ontwikkelen (*becoming*) en geeft dit een ervaring van het 'zijn' (*being*). Identiteit en rol zijn aspecten die een relatie hebben met het 'zijn'. Tevens geeft het actief (mee)doen in activiteiten met anderen het gevoel dat zij tot een bepaalde groep horen of willen behoren (*belonging*).^{21,22}

Het ergotherapeutisch 'Model van het menselijk handelen' (*Model of Human Occupation, het MOHO*)¹³ (figuur 1) geeft inzicht in de interactie tussen de componenten van de persoon en zijn omgeving die een rol spelen bij het betekenisvol dagelijks handelen. Deze kunnen door middel van het levensverhaal expliciet en bespreekbaar worden gemaakt. De 'wil' omvat de persoonlijke effectiviteit, waarden en interesses van een persoon; de 'gewenning' omvat de gewoonten en rollen van een persoon en het 'uitvoeringsvermogen' omvat de mogelijkheid die iemand heeft om dingen te doen, bestaande uit zowel de 'objectieve uitvoeringscomponenten' als de 'subjectieve beleving' hiervan. Het handelen krijgt vervolgens betekenis en wordt beïnvloed door de 'fysieke en sociaal-culturele context' waarin de persoon zich begeeft. De interactie tussen de componenten van de omgeving en van de persoon bepaalt of iemand gestimuleerd of juist geremd wordt in haar of zijn betekenisvol dagelijks handelen.^{13,11} Het handelen vindt plaats op drie opeenvolgende niveaus: het toepassen van vaardigheden, het uitvoeren van taken en participatie in betekenisvolle activiteiten in het dagelijks leven en de maatschappij. De persoon ontwikkelt daarbij zijn eigen handelingsidentiteit en handelingscompetenties en vormt zijn persoonlijke handelingsituaties in de eigen context.¹³



Figuur 1: Het Model van het menselijk handelen (het MOHO, uit OPHI-II, Kielhofner, 1998, 2008).¹³

Het doel van de ergotherapie is om betekenisvol dagelijks handelen in de eigen context, vanuit het levensverhaal van mensen te bevorderen, ondersteunen en (weer) mogelijk te maken op het moment dat zij hierin een beperking, belemmering of uitdaging ervaren, als gevolg van een ziekte, aandoening, kwetsbaarheid door ouderdom, trauma, ontwikkelingsachterstand of anderszijds. Betekenisvol dagelijks handelen in de eigen context wordt mogelijk gemaakt door de mogelijkheden van de persoon, de activiteit, en/of de fysieke, sociale maatschappelijke culturele omgeving aan te passen.²³⁻²⁶ Dit is hieronder zichtbaar gemaakt door middel van het *Person-Environment-Occupation* (PEO) model^{25,6} (figuur 2). Het betekenisvol dagelijks handelen (in het Engels *Occupational Performance*) is zichtbaar in de overlap van de drie cirkels en is mogelijk wanneer de mogelijkheden en kenmerken van de persoon, de betekenisvolle activiteit en de fysieke en sociale omgeving op elkaar zijn afgestemd.



Figuur 2: Het Person-Environment-Occupation Model (Law e.a., 1996; Strong e.a., 1999).^{25,26}

De Wereld Federatie voor Ergotherapeuten (*WFOT, 2012*)²⁷ omschrijft het doel van de ergotherapie als volgt: ‘Ergotherapie is een clientgerichte gezondheidsprofessie die gezondheid en welzijn bevordert door het betekenisvol dagelijks handelen. Het primaire doel van ergotherapie is om mensen in staat te stellen te participeren in en/of actief deel te nemen aan het dagelijks leven. Ergotherapeuten bereiken dit door met mensen, hun sociale netwerken en gemeenschappen, samen te werken en hun mogelijkheden te vergroten om gemotiveerd te participeren in betekenisvolle dagelijkse activiteiten die zij willen, moeten of worden verwacht uit te voeren, of door de activiteiten of omgeving aan te passen zodanig dat deze hen beter kunnen ondersteunen in hun betekenisvol dagelijks handelen.’

Veerkracht is een begrip dat hierbij een rol speelt. Welke veerkracht heeft een persoon en biedt haar of zijn sociale omgeving om zich aan te passen, om (opnieuw) een betekenisvol leven te ontwikkelen, ongeacht de mogelijkheden en omstandigheden (zo-

als een ziekte, aandoening, kwetsbaarheid door ouderdom, trauma, ontwikkelingsachterstand of anderszids). De mate van veerkracht van een persoon wordt in belangrijke mate bepaald door de persoonlijke waarde en betekenis van de doelen die de persoon stelt en de mate van sociale ondersteuning en sociale binding die de persoon daarbij ervaart. Het bepaalt in welke mate iemand in staat is tot (opnieuw) betekenisvol dagelijks handelen.^{6,7,11,28-39}

Gezondheid: de uitgangspunten van de ergotherapie passen binnen de definitie en het model (spinnenweb) van het recent ontwikkelde concept 'Positieve Gezondheid' en binnen het 'nieuwe' concept van 'Social Health' ofwel 'Sociale Gezondheid'.^{40,41} Hoe kun je als persoon of mantelzorger sociale gezondheid bereiken? Dan spelen niet alleen de behoeften en mogelijkheden van jouzelf als persoon tot het aangaan en onderhouden van sociale contacten een rol. Maar zeker ook de mate waarin de sociale omgeving jou als persoon - met je mogelijkheden en beperkingen - includeert binnen de sociale en maatschappelijke context, waardoor daadwerkelijke sociale inclusie en sociale participatie - zoals het 'erbij horen als persoon' en 'het kunnen en mogen vervullen van een sociale en maatschappelijke rol' -, mogelijk wordt.⁴⁰⁻⁴⁵

Sociale participatie: in het voorbeeld dat ik aan u presenteerde komt naar voren dat zowel Richard als Anne op dit moment minder sociaal participeren, ze komen minder onder de mensen en nemen minder of niet meer deel aan de activiteiten waarin ze een sociale rol vervullen naar anderen en waarin ze zich 'erbij voelen horen'. De sociale omgeving lijkt in dit voorbeeld nog geen actieve rol te hebben vervuld om te zorgen dat zowel Richard als Anne ook onder deze omstandigheden sociaal kunnen participeren in voor hen betekenisvolle activiteiten in de buurt, met hun vrienden en hun mede-koorgenoten en dit te waarborgen. Sociale participatie is een behoefte en een recht van ieder mens. Dit betreft niet alleen het kunnen deelnemen aan de maatschappij, maar ook het ontvangen van ondersteuning en sociale steun zoals in het geval van dementie. Kwetsbaarheid hoort bij het leven. Dat is waar het hier om gaat. Ieder mens heeft er behoefte aan en er recht op om erbij te horen en op basis van wederkerigheid een rol te vervullen.^{40-49,11} Dit recht wordt ook wel 'Social Justice' genoemd.^{46,50-52} 'Occupational justice'⁵⁴⁻⁵⁸ is een concept en recht dat daarbij eveneens een belangrijke rol speelt. Het is gebaseerd op het idee dat participatie in betekenisvolle activiteiten van invloed is op gezondheid. Het gaat uit van het recht van mensen om gemotiveerd deel te kunnen nemen aan voor hen betekenisvolle activiteiten, waarbij zij hun persoonlijke mogelijkheden ten volle kunnen benutten binnen verschillende voor hen relevante contexten.⁵³⁻⁵⁸

Eigen regie: In de casus van Richard en Anne komt eveneens naar voren dat ze beiden op dit moment minder 'eigen regie' hebben over hun dagelijks handelen. Wat is 'eigen regie' eigenlijk en wat is het belang hiervan? Het begrip, in het Engels 'self-reliance', werd als eerste gelanceerd door de filosoof Ralph Walson Emerson in 1841 en beschreven in zijn *First Essays* uit 1847.⁵⁹ De aandacht voor eigen regie past binnen de

huidige tijd. Eigen regie is een grondrecht van iedere burger. Eigen regie - ook wel zelf-regie genoemd - betekent dat je als persoon zelf beslissingen kunt nemen. Zelf kunt kiezen en beslissen waar en wanneer je wat gaat doen en hoe. Zelf kunt beslissen over je leven, eventuele zorg en ondersteuning daarbij. Eigen regie en autonomie zijn verwant. Beide verwijzen naar het vermogen om zelf sturing te geven aan het leven. Bij eigen regie gaat het erom dat mensen hun leven kunnen leiden zoals zij dat willen en dat de zorg daarop aansluit.^{60,24} 'Samenregie' wil ik hier als nieuw begrip en onderdeel van eigen regie introduceren. Samenregie speelt een rol bij personen die niet in staat zijn, er niet voor kiezen of niet gewend zijn, om zelf de (gehele) regie te voeren en daarom ondersteund worden door een zelf gekozen naaste, een mantelzorger of andere persoon uit het directe sociale netwerk in hun keuzes, beslissingen en het geven van sturing aan hun eigen leven en zorgproces. Het respecteren van de eigen regie vraagt om goede communicatie tussen zorg- of welzijnsverlener, werkgever, docent en de persoon (patiënt, cliënt, mantelzorger, werknemer, student), het vraagt ook om het inzetten van de persoon en/of zijn mantelzorger als co-maker in het zorg-, welzijns- en arbeidsproces.^{24, 61-66}

LEEROPDRACHT ERGOTHERAPIE

In mijn leeropdracht Ergotherapie richt ik mij op de kracht van het betekenisvol dagelijks handelen, op het bevorderen van de eigen regie/samenregie en participatie in betekenisvolle dagelijkse activiteiten en gezondheid, hetgeen in de ergotherapie centraal staat. Ik richt mij op het ontwikkelen, evalueren, implementeren en ontrafelen van werkingsmechanismen van evidence-based persoonsgerichte en contextgerichte ergotherapie-interventies voor mensen die in hun betekenisvol handelen beperkt of belemmerd worden.

Met de instelling van deze leerstoel Ergotherapie maken de Radboud Universiteit en Ergotherapie Nederland samen een belangrijk statement, namelijk de erkenning van het belang van evidence-based persoonsgerichte en contextgerichte ergotherapie, met als doel de eigen regie en participatie in het betekenisvol dagelijks handelen en de gezondheid van het toenemend aantal kwetsbare personen die hierin beperkt worden in Nederland, te bevorderen. Mijn leerstoel Ergotherapie is een landelijke leerstoel die op deze behoefte inspeelt en zijn onderzoeksthema's en onderwijs hierop zal richten. Ik zal met de leerstoel Ergotherapie tevens bijdragen aan maatschappelijke en politieke discussies en beleidsstukken op dit gebied.

De kernvragen die mijn onderzoek al vele jaren bepalen zijn:

- Welke aanpak is binnen de ergotherapie (of interdisciplinaire paramedische, revalidatie, psychosociale) interventies bij een bepaalde doelgroep zinvol, effectief en doelmatig om betekenisvol dagelijks handelen (eigen regie en participatie) mogelijk te maken? Welke werkingsmechanismen liggen daaraan ten grondslag?

- En hoe kan deze aanpak het beste geïmplementeerd worden vanuit het perspectief en de context van de cliënt/mantelzorger, de professional, de zorg en welzijnsorganisatie/-netwerk en vanuit maatschappelijk politiek oogpunt?

Mijn onderzoeksgroep heeft al veel jaren onderzoek op dit gebied uitgevoerd zoals blijkt uit de diverse ontwikkelde en geëvalueerde interventies voor training, advies en begeleiding van cliënten en mantelzorgers, professionals en organisaties, diverse ontwikkelde en geëvalueerde meetinstrumenten, projecten en publicaties. Deze evidence-based interventies en kennis uit onderzoek zijn of worden momenteel geïmplementeerd in de praktijk (via richtlijnen of innovatieplannen), onderwijs en onderzoek.^{41-44,63,67-117}

Ik zal straks enkele voorbeelden hieruit toelichten, aan de hand van het wetenschappelijk methodisch kader dat we in deze onderzoeksprojecten hebben gehanteerd. Vervolgens zal ik ook de onderzoeksthema's waar de leerstoel Ergotherapie zich de komende jaren op zal richten, aan u presenteren met enkele voorbeelden. Allereerst schets ik voor u het maatschappelijk kader van de leerstoel Ergotherapie.

MAATSCHAPPELIJK KADER LEERSTOEL ERGOTHERAPIE:

JUISTE ERGOTHERAPIE OP DE JUISTE PLEK

Ergotherapie vindt plaats binnen de intra- maar vooral ook extramuraal gezondheidszorg, binnen zorgpaden en zorgnetwerken, de welzijnssector, de werkomgeving en in het onderwijs en richt zich daarbij op mensen van alle leeftijden die beperkt of belemmerd worden in hun betekenisvol dagelijks handelen. Hierbij wordt er altijd interdisciplinair met professionals en met managers van organisaties samengewerkt. Zoals met andere paramedici, verpleegkundigen, huisartsen, revalidatieartsen, ouderenspecialisten, gerieters, plastisch chirurgen, orthopeden en andere specialisten, psychologen, casemanagers, maatschappelijk werk, andere zorg- en welzijnsprofessionals zoals medewerkers vanuit de gemeenten, de dienstensector, bedrijven, scholen en de informele zorg waaronder vrijwilligers en mantelzorgers.

De huidige gezondheidszorg heeft steeds meer complexe, persoons- en contextgerichte zorg en onderzoek nodig die vanuit instellingen, vanuit zorgnetwerken, zorgpaden en welzijnssector interdisciplinair ontwikkeld en uitgevoerd wordt. Hierbij is het resultaat gericht op de waarde voor de persoon en zijn mantelzorger. Integrale zorg vormt daarbij het uitgangspunt, waarbij de behoeften en mogelijkheden van de persoon en zijn sociale netwerk centraal staan, waar de zorg daar wordt geleverd waar die nodig is en de zorgtaken onderling tussen professionals goed wordt afgestemd. Om tot goede samenwerking binnen de integrale zorg en welzijn te komen, is het belangrijk dat er uitgegaan wordt van een gezamenlijke missie, belang en waarden, waarbij goede zorg en welzijn voor de cliënt en mantelzorger centraal staat, en waarbij dit proces van integrale zorg gezamenlijk expliciet wordt vormgegeven in goede kwaliteit van persoonsgerichte interventies. Deze samenwerking vraagt om kennis van de deskundigheid van

andere professionals, kennisdeling, een open attitude, communicatie, afstemming en overdracht.

Zorg daar leveren waar die nodig is, vraagt om een andere aanpak dan op basis van de huidige schotten in de gezondheidszorg het geval is. Het vraagt om *de juiste zorg op de juiste plek*. Het vraagt om *de juiste ergotherapie op de juiste plek*. Ergotherapie gaat ervan uit dat betekenisvol dagelijks handelen en sociale participatie voor iedereen mogelijk moet zijn en kwetsbaarheid bij het leven hoort. Zij maakt hiertoe gebruik van de mogelijkheden en veerkracht van de persoon, de mogelijkheden van de fysieke en sociale omgeving/context en van de betekenisvolle activiteiten die mensen willen of geacht worden uit te voeren.

Het rapport *De Juiste Zorg op de Juiste Plek* van de Taskforce van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)¹¹⁸ stimuleert dat passende en evidence-based zorg daar wordt geboden waar die het beste geleverd kan worden. Dit rapport stelt tevens het mogelijk maken van het functioneren en participeren van cliënten en hun mantelzorgers in hun eigen context centraal en niet de ziekte of aandoening. Deze ontwikkelingen passen bij de ergotherapie om voor de cliënt en mantelzorger passende (en daar waar mogelijk) evidence-based zorg in de eigen context te leveren.

Ook in het rapport *Langer Thuis* van VWS¹¹⁹ is het uitgangspunt de wens van ouderen om zo lang mogelijk op een goede manier zelfstandig thuis, in de eigen context, te kunnen blijven wonen, met ondersteuning, zorg en in een woning die aansluit bij hun persoonlijke behoeften. De ergotherapie ondersteunt ouderen om de eigen regie, zelfredzaamheid en participatie in de eigen context mogelijk te maken, waarbij waar nodig aanpassingen in de fysieke en sociale omgeving worden toegepast. Hier is echter wel een kanttekening te plaatsen: het is eveneens de deskundigheid van de ergotherapeut om samen met de cliënt, zijn sociale netwerk en andere betrokken professionals te beoordelen en aan te geven wanneer thuis wonen niet meer mogelijk is.

Andere ontwikkelingen die passende zorg in de eigen context stimuleren en het belang van de inzet van ergotherapie duidelijk maken zijn:

De *Zorgverzekeringswet*,¹²⁰ hieronder wordt Extramurale Enkelvoudige Ergotherapie (EEE) vergoed. Dit is een vergoeding vanuit de basisverzekering waarmee ergotherapie aan huis voor tien uur per kalenderjaar wordt vergoed om persoonsgerichte ergotherapiebehandeling, advies of begeleiding in de eigen context te bieden aan cliënten. Ook mantelzorgers kunnen vanuit hun eigen vragen en basisverzekering persoonsgerichte ergotherapiebehandeling, advies en begeleiding aan huis ontvangen voor de omgang met de zorg van hun naaste en het (her)vinden van balans en betekenisvol dagelijks leven.

De *Participatiewet*¹²¹ heeft als uitgangspunt dat iedereen die kan werken, maar het op de arbeidsmarkt zonder ondersteuning niet redt, hiertoe de mogelijkheden krijgt geboden. De wet moet ervoor zorgen dat meer mensen werk vinden, ook mensen met een arbeidsbeperking. Ergotherapeuten spelen hierin regelmatig een beoordelende, ad-

viserende en begeleidende rol. Zij voeren hiertoe een functionele analyse uit waarbij de mogelijkheden van de persoon, de activiteit en de (fysieke en sociale) omgeving in kaart worden gebracht. Daarna kan training, anders handelen, aanpassen en adviseren tot de mogelijkheden behoren. Er wordt uitgegaan van de wensen en mogelijkheden van de persoon en werkgever tot anders handelen, het aanpassen van de werkplek en/of het werk, passend bij de mogelijkheden van de cliënt.

De *Wet Maatschappelijke Ondersteuning* (WMO)¹²² heeft als uitgangspunt dat gemeenten ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en hiertoe ondersteuning thuis bieden. Gemeenten zijn daarbij verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Het gaat bijvoorbeeld om begeleiding en dagbesteding; ondersteuning om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten; of een plaats in een beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis. Ergotherapeuten kunnen hierin beoordelen, adviseren en begeleiden betreffende de ondersteuning van de mantelzorger, de zelfredzaamheid van de cliënt, de keuze van de dagbesteding en het aanvragen en trainen van het gebruik van hulpmiddelen en woningaanpassingen vanuit de WMO.

De *Jeugdwet*¹²³ heeft als uitgangspunt ervoor te zorgen dat de jeugdzorg dichter en eenvoudiger bij de inwoners, waar mogelijk in de eigen context, te organiseren is. Gemeenten zijn hierdoor verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdhulp om hulp en ondersteuning te bieden. Bijvoorbeeld hulp en ondersteuning aan jongeren met een beperking, stoornis, aandoening of opgroei problemen of bij problemen in het gezin. Door die verplichting moeten gemeenten in ieder geval de jongere adviseren welke hulp het beste past; samen met de jongere de goede vorm van jeugdhulp kiezen; zorgen dat de gekozen jeugdhulp beschikbaar is. Ergotherapeuten spelen regelmatig een beoordelende, adviserende en signalerende rol betreffende passende jeugdzorg en begeleiding in dagelijkse activiteiten en schoolvaardigheden.

De *Wet op Passend Onderwijs*¹²⁴ sluit hierop aan en heeft als uitgangspunt dat scholen de verantwoordelijkheid hebben om voor elk kind een zo goed mogelijke plek in het onderwijs te vinden. Daardoor moet het mogelijk zijn om zoveel mogelijk kinderen, binnen het reguliere onderwijs, een startkwalificatie te laten halen. Ergotherapeuten worden regelmatig door gemeenten ingeschakeld om schoolse vaardigheden te beoordelen, te adviseren en behandelen op school of aan huis en advies te geven betreffende passend onderwijs.

Juiste ergotherapie op de juiste plek is voor iedereen toegankelijk. Zoals u hierboven heeft kunnen lezen is ergotherapie passend binnen de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg en welzijnssector en zou gezien de wettelijke kaders voor iedereen toegankelijk moeten zijn. Dit werd tevens vanmiddag toegelicht tijdens ons minisymposium in het kader van deze leerstoel, waarin het belang en de toegankelijkheid van de ergotherapie werd benadrukt. Er zijn echter nog steeds barrières zoals: ergotherapie op school of op het werk wordt nog niet door iedere zorgverzekeraar erkend of de verstrekk-

king is niet toereikend. Door onbekendheid met de mogelijkheden en de vergoedings-opties van ergotherapie verwijzen gemeenten, huisartsen, specialisten en andere professionals hier onvoldoende naar. De missie en visie van de leerstoel Ergotherapie is het bevorderen van de juiste ergotherapie op de juiste plek. Dit vraagt om het vergroten van de bekendheid met en implementeren van bestaande evidence-based interventies in de juiste context. En vraagt daarnaast om het ontwikkelen, evalueren en implementeren van de juiste nieuwe evidence-based ergotherapie-interventies passend bij deze maatschappelijke ontwikkelingen.

EVIDENCE-BASED ERGOTHERAPIE

Het doel van evidence-based ergotherapie is, om op bewijs (evidence) gebaseerde kwalitatief goede persoonsgerichte en contextgerichte ergotherapie-interventies te ontwikkelen, evalueren en implementeren, gericht op het bevorderen van de eigen regie en participatie in het betekenisvol dagelijks handelen van mensen die daarin beperkt of belemmerd worden.

Kwaliteit van persoonsgerichte ergotherapie interventies

De kwaliteit van persoonsgerichte interventies is afhankelijk van de mate waarin deze aansluiten bij:

- a) de kenmerken, wensen, behoeften, motivatie, levensverhaal, eigen regie, (fysieke, sociale en emotionele) mogelijkheden van cliënt en mantelzorger en de mogelijkheid die zij hebben tot leren, tot coping, het gezamenlijk beslissen en gezamenlijk opstellen van flexibele doelen;^{1,13,14,24,68,110, 114,125-138}
- b) de kenmerken van en mate waarin het sociale netwerk de interventie ondersteunt; 40-44,48,139-144
- c) de motivatie & veranderbaarheid (*readiness for change*), attitude (positief/negatief: bijvoorbeeld respectvol, met hart voor persoon en interventie, samenwerkend/niet echt geïnteresseerd in persoon, interventie, mede-professionals, enkel gericht op werkplan of protocol), ervaring, competenties (o.a. communicatie) en klinisch redeneervermogen van de professional die de interventie uitvoert;¹⁴⁵⁻¹⁴⁹
- d) de mate waarin binnen een professioneel netwerk of organisatie goed wordt samengewerkt en de interventie en de daarmee gepaard gaande organisatieverandering ondersteunt en faciliteert;^{80,88,89,100,150}
- e) de uitvoerbaarheid/complexiteit van de interventie zelf en de tijdigheid, voorwaarden en uitvoering van de implementatie en toepassing van de interventie; 42,44,73,88,8,93,100
- f) de fysieke, maatschappelijke en culturele context^{13,78,79,95,102,115}

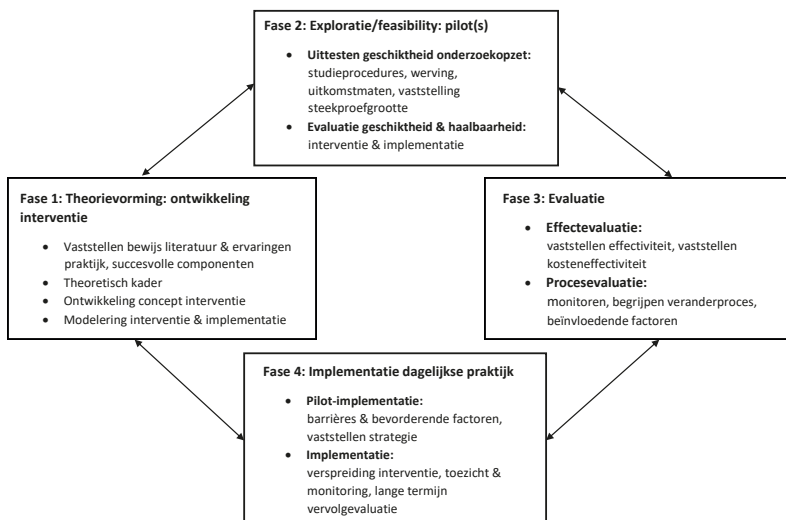
In ons voorbeeld van Richard en Anne werd ergotherapie aan huis succesvol gegeven volgens het effectieve persoonsgerichte EDOMAH-programma 'Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers aan huis'.^{1,24} Aansluitend bij de wensen, behoeften, motivatie en de mogelijkheden gebaseerd op het persoonlijke levensverhaal en de observaties van zowel Richard als Anne, werkte de ergotherapeut intensief met Anne en Richard samen. Ze trainde Anne in effectieve probleemoplossing en Richard in het effectief inzetten van zijn nog aanwezige vaardigheden en strategieën in betekenisvolle activiteiten. Anne leerde zowel de activiteit als de fysieke omgeving en haar eigen benaderingswijze aan te passen op de mogelijkheden van Richard. Hierdoor kon Richard iedere dag een deel van de tuin verzorgen, waardoor hij zijn passie voor tuinieren weer kon uitvoeren, het gevoel van vrijheid terugkreeg en regelmatig een praatje met de buurman maakte. Daarnaast nam hij met ondersteuning van zijn medekoorleden en de door Anne geregelde aanpassingen in de koorbundel, weer deel aan de koorrepetitie en zong mee met eenvoudige liedjes. In de pauze en daarna zorgde hij samen met een medekoorlid voor het koffieschenken en afwassen, waardoor hij weer het gevoel had 'erbij te horen'. Anne leerde in de ergotherapie zelfstandig probleemsituaties analyseren en op een voor haar en Richard passende manier oplossingen toepassen. Ze wist Richard op de juiste wijze te begeleiden en de omgeving aan te passen, waardoor hij weer tuinier-, huishoudelijke en hobby-activiteiten kon uitvoeren. Hierdoor kreeg ze zelf meer tijd voor eigen activiteiten en pakte ze haar hobby bloemschikken op wanneer Richard bezig was. Tijdens Richard zijn koorrepetitie ging ze bij vriendinnen op bezoek. Ze gaf aan dat haar leven weer betekenis had, ze er weer bij hoorde en de zorg voor Richard weer aankon.

De uitdaging en het doel van de leerstoel ergotherapie is evidence-based ergotherapie ter bevordering van het betekenisvol dagelijks handelen in de eigen context te bereiken voor diverse relevante doelgroepen en settingen. Dat vraagt om goede kwaliteit van onderzoek.

Kwaliteit van onderzoek

Om een goede kwaliteit van evidence-based persoonsgerichte en contextgerichte ergotherapie-interventies te ontwikkelen, vervolgens de effectiviteit, doelmatigheid en werkingsmechanismen te evalueren en op de juiste wijze te implementeren, is het van belang om zorgvuldig en gefaseerd te werk te gaan. Dit is een ingewikkeld proces, mede omdat het in de meeste gevallen complexe interventies betreft, waarbij een complex geheel aan factoren een rol speelt. Het Medical Research Council Framework (het MRC Framework),¹⁵¹⁻¹⁵³ voor de ontwikkeling, evaluatie en implementatie van complexe interventies (zie *figuur 3*) is een methodologisch *framework* dat hiertoe handvatten geeft. Het maakt gebruik van *mixed methods*, waarbij zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden worden gebruikt. Zoals u kunt zien is het MRC-framework een cyclisch onderzoeks- en kwaliteitsverbeterproces, waarin tussen, maar ook binnen de fasen, telkens weer opnieuw bijstellingen plaatsvinden, die in meerdere rondes met en in

de praktijk worden uitgevoerd tot men tevreden is over de kwaliteit van de interventie, evaluatie- en implementatievoorwaarden. Bij het onderzoek dat we de afgelopen jaren met de onderzoeksgroep op het gebied van evidence-based ergotherapie- en interdisciplinaire interventies uitvoerden, hebben we dit framework als belangrijkste leidraad gehanteerd en we zullen dit ook de komende jaren in ons onderzoek toepassen.



Figuur 3: MRC framework voor het ontwikkelen, evalueren en implementeren van complexe interventies (Craig e.a. 2008, 2013).^{151,152}

Bij het ontwikkelen, testen, evalueren en implementeren van diverse ergotherapie- en ook interdisciplinaire programma's ter bevordering van de eigen regie en participatie in het betekenisvol dagelijks handelen van mensen met dementie en hun mantelzorgers, volgden we deze MRC-methode. Ik zal een paar voorbeelden hieruit toelichten. Dit betreft:

- het Ergotherapie programma voor Ouderen met Dementie en hun Mantelzorgers Aan Huis (EDOMAH programma),^{154,155,67-70,24} eigen promotieonderzoek en vervolgonderzoeken;
- het Ergotherapieprogramma voor mensen met de ziekte van Parkinson en hun mantelzorgers (OTiP Programma),^{156,75,86,87,91,97,100,104} promotieonderzoek van dr. Ingrid Sturkenboom;
- het interdisciplinaire Sociaal Fit programma voor ouderen met cognitieve problemen,⁴²⁻⁴⁴ promotieonderzoek van dr. Hanneke Donkers;

Op basis van kennis uit onderzoek, theoretische modellen en in coproductie met stakeholders (cliënten, mantelzorgers, ergotherapeuten, andere professionals en managers) werden deze drie interventie programma's ontwikkeld en gemodelleerd (*fase 1*). Vervolgens werden de interventieprogramma's, implementatievoorwaarden en het onderzoeksprotocol uitgetest in een *feasibility* pilot-studie¹⁵⁷ (*fase 2*) en op basis van de resultaten verfijnd, om inhoud en implementatievoorwaarden zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de praktijk. Daarnaast werd het onderzoeksprotocol voor de effectevaluatie vastgesteld (*fase 2*). Alle drie de programma's werden geschikt en haalbaar bevonden en lieten positieve veranderingen zien in het uitvoeren van en participatie in betekenisvolle dagelijkse activiteiten na afloop van de ergotherapie-interventies. Het EDOMAH-programma voor mensen met dementie en hun mantelzorgers en het OTiP-programma voor mensen met de ziekte van Parkinson en hun mantelzorgers, bleken in de evaluatiefase effectief en kosteneffectief (*fase 3*). Bij mensen met dementie en hun mantelzorgers verbeterde hun dagelijks functioneren in betekenisvolle activiteiten, hun stemming, gezondheid en kwaliteit van leven en voelden mantelzorgers zich na afloop competentier. Bij mensen met de ziekte van Parkinson verbeterde eveneens het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten en hun tevredenheid daarmee, hun participatie in instrumentele activiteiten van het dagelijks leven, evenals de kwaliteit van leven van de mantelzorger.

Lessons learnt

De procesevaluatie van de Parkinsonstudie¹⁰⁰ leverde nieuwe inzichten op voor vervolgonderzoek. Zo bleek dat ook al was de interventie effectief, deze niet in alle gevallen succesvol werd uitgevoerd en de maximaal beschikbare behandeltime niet werd gebruikt. Er werd aan een groot deel van de in de behandelingen gestelde doelen niet volgens de kwaliteitscriteria gewerkt door onvoldoende kennis en vaardigheden van ergotherapeuten voor het behandelen van mensen met de ziekte van Parkinson in de vroege of late fase van de ziekte. Het blijkt nodig om het professioneel handelen en de competenties van ergotherapeuten hierin te verbeteren. Een subsidie voor vervolgonderzoek wordt momenteel aangevraagd.

Het Sociaal Fit programma,⁴²⁻⁴⁴ een interdisciplinair programma bestaande uit ergotherapie, fysiotherapie en welzijnswerk, gericht op het verbeteren van de sociale participatie van ouderen met cognitieve problemen, bleek in de *feasibility* fase uitvoerbaar en liet toename van sociale participatie zien. Effectiviteit was in de effectevaluatie niet vast te stellen door onvoldoende deelname. In de procesevaluatie werden interviews bij zowel deelnemers als niet-deelnemers afgenomen. Deze leverden waardevolle nieuwe kennis op. Mensen met cognitieve problemen die niet deelnamen, gaven aan sociale barrières en sociale stigma's te ervaren, met als gevolg gevoelens van onzekerheid en schaamte. Hierdoor vermeden zij sociale situaties en bleek dit een barrière tot deelname aan een interventie die direct gericht was op de bevordering van sociale par-

ticipatie. De interventie bleek te complex om te evalueren in een vast gerandomiseerd, gecontroleerd studiedesign, vanwege veranderende behoeften en doelen als gevolg van het overwinnen van onzekerheid. Een *step-wedge* onderzoeksdesign had hier beter gepast. Verbeterpunten voor vervolgonderzoek betreffen enerzijds het aanpassen van deze Sociaal Fit-interventie en anderzijds het aanpassen van de sociale omgeving en het onderzoeksdesign. De interventie zou beter moeten inspelen op de angsten en identiteiten van ouderen met cognitieve problemen en behoeften van mantelzorgers door het eerder betrekken van het sociale netwerk in het sociaal actief houden van mensen met cognitieve problemen. Daarnaast is het van belang dat de gemeenschap, de sociale en fysieke omgeving, ook tijdig inspeelt op de mogelijkheden van mensen met cognitieve problemen en hun sociale participatie helpt bevorderen. Momenteel loopt er een vervolg promotieonderzoek van Marjolein Thijssen, dat in samenwerking met de Hogeschool Zuyd Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg, de Universiteit van Nottingham Division Rehabilitation and Elderly en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen wordt uitgevoerd. In dit onderzoek worden succesvolle componenten en werkingsmechanismen van best practices van dementievriendelijke gemeenschappen die zich richten op het verbeteren van de sociale participatie en inclusie van mensen met dementie en hun mantelzorgers vastgesteld. Het doel is om op basis hiervan een toolbox met handleiding te ontwikkelen om gemeenschappen te ondersteunen in hun proces naar dementievriendelijke gemeenschappen en proces en uitkomsten hiervan te evalueren.^{49,158}

In de implementatiefase (fase 4) werden scholingen en trainingen in zowel het EDOMAH- programma bij dementie, als het OTiP-Parkinsonprogramma in Nederland en in diverse landen in Europa gegeven en werd de opzet van de implementatie begeleid. De implementatie van het EDOMAH-programma in Nederland werd geëvalueerd in het promotieonderzoek van Carola Döpp,^{76,80,88,89,92} hetgeen nieuwe kennis en inzichten opleverde. Uit eerder pilot implementatieonderzoek⁸⁰ bleek dat met name dat door een gebrek aan kennis onder artsen en managers met betrekking tot de inhoud, effectiviteit en vergoeding van EDOMAH behandeling in de eerste lijn, er weinig verwijzingen naar ergotherapie plaatsvonden. Hierdoor hadden ergotherapeuten weinig ervaring en waren onzeker over hun competenties. De gecombineerde implementatiestrategie richtte zich zowel op de ergotherapeuten als verwijzers en managers en bleek effectief in het verhogen van de verwijzingen naar EDOMAH. Er werd geen verschil gevonden in de mate waarin ergotherapeuten de richtlijn van het EDOMAH programma toepasten, door de nadruk van de implementatiestrategie op de belangrijkste implementatievoorwaarde: het verbeteren van de communicatie vaardigheden van ergotherapeuten om meer verwijzingen te genereren. Hierdoor was er onvoldoende tijd en aandacht en waren ze niet klaar (niet *ready for change*) om hun professioneel handelen in deze nieuwe behandelmethode te verbeteren. Deze studie bevestigt het belang van de aanwezigheid van de juiste implementatievoorwaarden, alvorens effectieve evidence-based interventies te implementeren in de praktijk.

Inmiddels zijn ruim achthonderd ergotherapeuten in Nederland geschoold in het EDOMAH-programma en passen dit toe in de eerste lijn¹⁵⁹. Iedere regio beschikt over expertcoaches en kwaliteitskringen waar vanuit *coaching-on-the-job* en intervisie plaatsvindt om de competenties en het klinisch redeneren in toepassing van EDOMAH te verbeteren. Onder 'zoek een ergotherapeut' kunnen EDOMAH ergotherapeuten op de website worden gevonden door artsen en mantelzorgers in alle regio's. Scholingen in het EDOMAH-programma zitten tweejaarlijks vol. Het EDOMAH-expertcentrum zorgt voor verbinding van deze regio's en kennisdeling in een EDOMAH-netwerk, studiedagen, een website, experts- en coachbijeenkomsten. Een rapport van de Sociaal Economische Raad stelde op basis van alle internationale studies, waaronder de Nederlandse (kosten-) effectiviteitsstudies, vast dat ergotherapie aan huis bij dementie een besparing van 11 euro per geïnvesteerde euro oplevert,¹⁸⁰ hetgeen de implementatie mede bevordert. Vervolgonderzoek wordt aangevraagd om de implementatie van het EDOMAH-programma in Nederland opnieuw te evalueren, om te zien of de juiste ergotherapie op de juiste plek wordt geleverd en deze interventie mensen met dementie en hun mantelzorgers ook daadwerkelijk bereikt.

Ook in Duitsland werd het EDOMAH-programma geïmplementeerd en geëvalueerd in een multicenter gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Dr. Sebastian Voigt-Radloff voerde dit promotieonderzoek uit in opdracht en met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid van Duitsland.^{74,78,79,81,82} Het betrof een kortdurend gesubsidieerd project, waarbij de stappen van de EDOMAH richtlijn werden vertaald en een verkorte scholing in het EDOMAH programma werd gegeven. De resultaten uit het gerandomiseerde effectonderzoek lieten geen effectiviteit op de uitkomstmaten zien doordat juiste implementatievoorwaarden ontbraken. Uit de procesevaluatie kwam naar voren dat het programma en de scholing inhoudelijk onvoldoende aansloot bij de opleidingsachtergrond, zoals kennis, vaardigheden en ervaring in persoonsgericht werken en professioneel redeneren van de ergotherapeuten. Ook waren cliënten niet gewend persoonsgericht benaderd te worden, waardoor gezamenlijke doelbepaling niet mogelijk was. Verder was er te weinig tijd voor scholing en toepassing van het programma en werd de vertaling van het gehele programma gemist. De interventie en meetinstrumenten bleken onvoldoende aangepast aan de Duitse cultuur en gezondheidszorg. Bij het implementeren van een interventie in een andere cultuur dienen de stappen uit het MRC framework opnieuw doorlopen te worden, waarbij de interventie, implementatievoorwaarden en evaluatieprotocol, moeten worden aangepast aan de betreffende cultuur en context van de gezondheidszorg. Daarbij is het belangrijk dat de nieuwe context gereed (*ready for change*) is voor implementatie van deze nieuwe interventie.^{79,95,102,115,165}

In zowel Engeland als Italië werd eveneens een onderzoek opgestart waarbij de fasen uit het MRC framework wel opnieuw werden gevolgd. De onderzoeksresultaten van het multicenter gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek in Engeland zijn nog niet gepubliceerd en nadere analyses vinden nog plaats.¹⁰² De resultaten van de Itali-

aanse *pilot-feasibility* studie laten zien dat het programma en implementatie aan de Italiaanse cultuur waren aangepast. Implementatie-voorwaarden werden geoptimaliseerd onder andere door aan de eerste scholingsdagen ook de verwijzers te laten deelnemen en verwijzsmogelijkheden, beleid en vergoeding te bespreken op internationale congressen voor geriateren en bij mantelzorgorganisatie en deze vervolgens aan te kaarten bij de regionale overheden en zorgverzekering. Ook werd de scholing in enkele regio's ondergebracht in het masterspecialisatieprogramma voor ergotherapeuten. Dit aangepaste programma werd geëvalueerd in een *pilot-feasibility* studie¹¹⁵ en toonde geschiktheid en haalbaarheid van het programma in de Italiaanse context aan. Er werden positieve veranderingen na afloop van de interventie vastgesteld op dezelfde uitkomstmaten als in de Nederlandse effectstudie. In deze pilot studie werd de EDOMAH interventie door twee gedreven ergotherapeuten met enkele jaren ervaring in toepassing van het programma uitgevoerd. Europese en landelijke subsidies voor vervolgonderzoek zullen worden aangevraagd voor verder onderzoek ter evaluatie en verbetering van deze internationale implementatie in meerdere Europese landen.

Het implementeren van evidence-based persoonsgerichte interventies, die daadwerkelijk de doelgroep op de juiste manier met de juiste inhoud bereiken, blijkt niet gemakkelijk en brengt extra complexiteit mee in een andere cultuur. Naast het ontwikkelen van interventies op basis van de eerder genoemde kenmerken van goede kwaliteit van interventies, is het van essentieel belang dat de goede implementatievoorwaarden aanwezig zijn, om ook goede kwaliteit van evaluatie- en implementatieonderzoek uit te kunnen voeren om de effectiviteit daadwerkelijk vast te kunnen stellen en te zorgen dat de interventie de doelgroep ook daadwerkelijk bereikt.^{95, 102,115,160-166}

MISSIE EN VISIE LEERSTOEL ERGOTHERAPIE

De leerstoel Ergotherapie is een bijzondere en landelijke leerstoel, die is gepositioneerd binnen de Radboud Universiteit bij het Radboudumc op de afdeling Revalidatie en ten dele op de afdeling IQ healthcare is gesitueerd. De leerstoel valt tevens onder het onderzoeksinstituut Donders Institute for Cognition, Brain and Behavior. Als hoogleraar Ergotherapie werk ik op de afdeling Revalidatie intensief samen met hoogleraar Revalidatie professor Sander Geurts en hoogleraar Paramedische Wetenschappen professor Philip van der Wees, op de afdeling IQ healthcare met hoogleraar Kwaliteit van Zorg professor Gert Westert, de hoogleraren Psychosociale Interventies bij Kwetsbare Ouderen (met emeritaat), Verplegingswetenschappen en andere leerstoelhouders. Daarnaast werk ik samen met hoogleraren van andere afdelingen binnen het Radboudumc, met de lector en de *associate* lector Neurorevalidatie, andere lectoren en opleiding Ergotherapie van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN), als ook met onderzoekers van de Sint Maartenskliniek in Nijmegen. Ook landelijk is er samenwerking met de lector Ergotherapie aan de Hogeschool van Amsterdam, de lector Ondersteunende Technologie in de Zorg aan de Hogeschool Zuyd en de lector Disability Studies en Di-

versiteit in Participatie aan de Hogeschool Rotterdam. Daarnaast werken mijn onderzoeksgroep en ik samen met diverse hoogleraren, onderzoeksgroepen, opleidingsinstellingen en andere lectoren in Nederland en internationaal.

De missie van de leerstoel Ergotherapie sluit aan bij die missie van het Radboudumc: 'a significant impact on health care' en die van de afdeling Revalidatie: 'a significant impact on people's daily lives' en de missie en visie van de afdeling IQ healthcare: 'to have a significant impact on healthcare'.¹⁶⁶ De leerstoel Ergotherapie wil 'een significante bijdrage leveren aan het betekenisvol dagelijks handelen in de eigen context en participatie in de maatschappij van personen die daarin beperkt of belemmerd worden, om daarmee hun gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven te verbeteren.'

De ambitie van de leerstoel Ergotherapie is om te komen tot *Excellente Evidence-based Ergotherapie*, die client-gecentreerd, occupation-based, context-based en waar mogelijk technology-based is. Deze visie sluit aan bij de visie van de ergotherapie zoals verwoord in het 'Beroepsprofiel Ergotherapeut' en 'De Grondslagen van de Ergotherapie'.^{167,23} De leerstoel stelt zich ten doel de kwaliteit van de Ergotherapie in zorg- en welzijn te vergroten door middel van onderzoek en onderwijs. Onderzoek op het gebied van ergotherapie- en interdisciplinaire interventies wordt in nauwe samenwerking met de praktijk en het onderwijs ontwikkeld en uitgevoerd. Evidence-based persoonsgerichte en contextgerichte interventies, competenties, methoden en uitkomstmaten op het gebied van betekenisvol dagelijks handelen, worden vanuit deze samenwerking ontwikkeld, geëvalueerd en geïmplementeerd binnen de reguliere ergotherapeutische zorg, het mono- en interdisciplinaire bachelor- en masteronderwijs. Daarbij wordt gewerkt samen met en vanuit het perspectief en de context van de persoon en mantelzorger, de professionals, de organisaties en netwerken van zorg en welzijn.

De leerstoel Ergotherapie richt zich op waardegedreven zorg voor de juiste persoon op het juiste moment op de juiste plek. De waarde van de zorg voor de cliënt en zijn mantelzorger staat daarbij centraal binnen alle fasen van de ergotherapie-interventie, het onderzoek op het gebied van de ergotherapie en binnen de interdisciplinaire zorg en welzijn. De juiste zorg betekent dat de persoon effectieve en doelmatige zorg krijgt die past bij de individuele context en wensen. Zorg voor de juiste persoon betekent dat de zorg passend is en dat overbodige, niet passende zorg wordt voorkomen. De juiste plek houdt in dat de zorg daar wordt geleverd waar deze voor persoon en mantelzorger van belang is. Hierin werkt de leerstoel Ergotherapie interdisciplinair samen met de leerstoel Paramedische Wetenschappen van professor Philip van der Wees en het HAN-lectoraat neurorevalidatie. Zo begeleiden we sinds kort gezamenlijk het promotieonderzoek van Dinja van der Veen, gericht op ontwikkeling, regionale pilot-implementatie en evaluatie en landelijke implementatie van interdisciplinaire thuisrevalidatie na een beroerte (CVA).¹⁶⁸

De leerstoel Ergotherapie heeft tevens de ambitie om de positie en professionalisering van het beroep Ergotherapie te verstevigen en de zichtbaarheid en bekendheid

van de ergotherapie te vergroten. Dit sluit aan op de missie en visie van Ergotherapie Nederland die ernaar streeft 'de kwaliteit van de ergotherapie te verbeteren en bestendigen en de bekendheid van het beroep te versterken'.¹⁶⁹ Ergotherapie Nederland (EN) heeft zich daarbij ten doel gesteld om een bijzondere leerstoel Ergotherapie te helpen mogelijk maken door deze ten dele door Ergotherapie Nederland te financieren. Sinds september 2018 mag ik die bekleden. Ergotherapie Nederland ontwikkelde ook de Kennisagenda Ergotherapie,¹⁷⁰ waarin een overzicht van de belangrijkste thema's en kennisvragen die de beroepsgroep de komende jaren centraal stelt, is gebundeld. De kennisagenda bevat de kennishiaten op het gebied van evidence-based ergotherapie, die gebaseerd zijn op literatuuronderzoek, maar ook op politieke, maatschappelijke en demografische ontwikkelingen en de input van relevante stakeholders. Dit waren vertegenwoordigers van de beroepsvereniging, verwijzers, andere zorgverleners, patiënten en mantelzorgverenigingen, zorgverzekeraars, onderwijs en onderzoek. Het vormt de grondslag voor ergotherapie onderzoekers, financiers en relevante organisaties. De leerstoel Ergotherapie gaat bij zijn onderzoeksthema's en vragen uit van deze kennisagenda. Daarnaast zal deze inspelen op nieuwe maatschappelijk thema's en wetenschappelijke vragen voortkomend uit promotieonderzoek. De zichtbaarheid en bekendheid van de ergotherapie zal ik als leerstoelhouder samen met mijn onderzoeksgroep helpen vergroten door het uitdragen van kennis en expertise. Dit zullen wij doen door middel van publicaties in wetenschappelijke en praktijktijdschriften, het ontwikkelen van praktijkrichtlijnen, boeken, kennisdeling op websites, het geven van onderwijs en lezingen op congressen. Maar ook door deelname aan belangrijke netwerken en debatten en door kennis en expertise uit te dragen binnen en buiten het interdisciplinaire professionele werkveld van zorg en welzijn, zoals binnen de patiëntenzorg, het onderzoek en onderwijs in Nijmegen (Radboudumc, HAN, Maartenskliniek), Nederland en internationaal. De leerstoel stelt zich ten doel dat de ergotherapie zowel pro- als reactief via diverse media een rol speelt in maatschappelijke en politieke debatten op gebieden die relevant zijn voor de ergotherapie, zoals bijvoorbeeld ondersteuning van kwetsbare groepen personen in dagelijkse activiteiten en participatie in de maatschappij.

Met alle bovengenoemde uitgangspunten en ambities sluit de leerstoel Ergotherapie aan bij de doelstellingen van het Radboudumc, van het Donders Institute for Cognition, Brain and Behavior, Ergotherapie Nederland, het beroepsprofiel Ergotherapeut, het lectoraat Ergotherapie aan de Hogeschool van Amsterdam en de lectoraten en opleidingen Ergotherapie in Nederland en de Wereld Federatie voor Ergotherapeuten (WFOT).

Het onderzoek, onderwijs en de maatschappelijke rol van de leerstoel Ergotherapie wordt in Nijmegen samen met mijn onderzoeksgroep van senioronderzoekers, postdocs, promovendi, docenten en masterstudenten van de afdelingen Revalidatie en IQ healthcare in het Radboudumc en de kernpartners van de HAN en Sint Maartenskliniek uitgevoerd (waaronder onderzoekers en docenten van het Netwerk Ergotherapie Onderzoekers Nijmegen, NEON). Daarnaast werkt de leerstoel Ergotherapie en zijn

onderzoeksgroep in onderzoek en in onderwijs samen met andere onderzoeksgroepen, opleidingen, lectoraten en leerstoelen van het Radboudumc, hogescholen en andere universiteiten in Nederland en internationaal. De leerstoel en onderzoeksgroep Ergotherapie werken in het Radboudumc intensief samen met de eerder genoemde leerstoelen paramedische wetenschappen, revalidatie, psychosociale interventies bij kwetsbare ouderen, kwaliteit van zorg, verplegingswetenschap en daarnaast met de leerstoelen geriatrie, ouderengeneeskunde, welbevinden in de ouderenzorg, implementatie, neurologie, kinderrevalidatie, plastische chirurgie, oncologie, psychiatrie, klinische psychologie en huisartsgeneeskunde. En er zullen binnen het Radboudumc in de toekomst nog meer samenwerkingen worden aangegaan. Vanuit deze onderzoekssamenwerkingen worden projecten uitgevoerd, promovendi opgeleid, onderzoekaanvragen, publicaties en richtlijnen geschreven, die in samenwerking met de praktijk worden ontwikkeld, geëvalueerd en geïmplementeerd en in samenwerking met docenten in het bachelor-, post-HBO, master- en vervolg specialisatieonderwijs worden ontwikkeld en aangeboden. Er wordt interdisciplinair samengewerkt, kennis gedeeld en opgeleid. De internationale samenwerking met de Universiteit van Nottingham in het Verenigd Koninkrijk is vastgelegd in een honorary aanstelling, daarnaast zijn er ook samenwerkingen in onderzoeks- en onderwijsnetwerken met diverse andere Europese landen, binnen de ergotherapie en interdisciplinair, waarmee eveneens projecten worden uitgevoerd, promovendi opgeleid en onderzoekaanvragen, publicaties en richtlijnen geschreven.

ONDERZOEKSTHEMA'S LEERSTOEL ERGOTHERAPIE

Het onderzoek zal zich de komende jaren richten op de volgende drie onderzoeksthema's:

- de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van evidence-based persoonsgerichte en contextgerichte ergotherapie interventies;
- de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van ondersteunende technologie als zorginnovatie binnen de ergotherapie- en interdisciplinaire interventies;
- ergotherapie binnen de waardegedreven integrale zorg- en welzijnsnetwerken.

1. *De ontwikkeling, implementatie en evaluatie van evidence-based persoonsgerichte en contextgerichte ergotherapie interventies.*

Enkele voorbeelden:

Het promotieonderzoek van Leen De Coninck, dat in samenwerking met de Katholieke Universiteit Leuven wordt uitgevoerd en zich richt op de ontwikkeling, *feasibility* en evaluatie van de effectiviteit van ergotherapie bij kwetsbare ouderen aan huis, ter bevordering van hun betekenisvol dagelijks handelen in een veilige thuisomgeving.^{110,114}

Het promotieproject van Vita Hagelskjaer, dat wordt uitgevoerd in samenwerking met de University of Southern Denmark en dat zich richt op onderzoek naar de *feasibility* en effectiviteit van het ABLE-ergotherapieprogramma gericht op het verbeteren van de eigen regie, zelfredzaamheid en participatie in betekenisvolle dagelijkse activiteiten van mensen met chronische aandoeningen.¹⁷¹

Het promotieonderzoek van Marieke Lindenschot, dat in samenwerking met de HAN lectoraat Neurorevalidatie wordt uitgevoerd en gericht is op de bevordering van het betekenisvol dagelijks handelen van kinderen met mitochondriële aandoeningen, waarbij zowel hun betekenisvolle activiteiten in kaart zijn gebracht, als de validiteit van een meetinstrument ter evaluatie van hun handelen in betekenisvolle dagelijkse activiteiten, de *Perceive-Recall-Plan-Perform System of Task Analysis* (PRPP-meetinstrument) wordt onderzocht. Het doel is om op basis hiervan aangrijpingspunten voor persoonsgerichte ergotherapiebehandeling vast te kunnen stellen.¹⁷²

Ook op het gebied van meetinstrumenten en richtlijnen ter evaluatie van functioneren en participatie in betekenisvolle activiteiten van mensen met handproblemen, zijn plannen tot toekomstig onderzoek als vervolg op het promotieonderzoek van dr. Lucelle van de Ven-Stevens in samenwerking met Europese Handtherapie Gezelschappen en Ergotherapie Nederland.^{94,96,98}

2. De ontwikkeling, evaluatie, en implementatie van ondersteunende technologie als zorginnovatie binnen ergotherapie- en interdisciplinaire interventies.

Enkele voorbeelden:

Het promotieonderzoek van Yvonne Kerkhof, dat in samenwerking met de Vrije Universiteit van Amsterdam, de Hogeschool Saxion, de Universiteit van Londen en een technologiebedrijf wordt uitgevoerd. Dit richt zich op de ontwikkeling en *feasibility* van een persoonsgericht programma (het *FindMyApps* programma) voor het gebruik van apps voor de *i-pad* ter ondersteuning van betekenisvolle dagelijkse activiteiten en sociale participatie van mensen met dementie en hun mantelzorgers. Deze studies zijn vrijwel afgerond.^{101,111,117} Een vervolg naar de effectiviteit van dit programma is al gestart door promovenda Floriana Mangiaracina¹¹⁸ en wordt overgenomen door een nieuwe promovenda.

Er zijn tevens plannen voor toekomstig onderzoek met de lector Ondersteunende Technologie in de Zorg van de Hogeschool Zuyd. Ook zijn er plannen met het lectoraat Ergotherapie om samen te werken in een vervolgstudie van het promotieonderzoek van dr. Margriet Pol van de Hogeschool Amsterdam naar de implementatie van een sensormonitoring ondersteunde coaching-interventie, (de SO-HIP interventie), bij thuiswonende ouderen.^{173,174}

3. Ergotherapie binnen de waardegedreven integrale zorg- en welzijnsnetwerken

Enkele voorbeelden:

Het promotieonderzoek van Renske Janssen dat samen met de Dalhousie University in Canada wordt uitgevoerd, naar de ontwikkeling, testen meetinstrumenten, feasibility en evaluatie van een interdisciplinair revalidatieprogramma voor mensen met Neuralgische Amyotrofie.^{175,176}

Het (promotie)onderzoek van Phebe Das dat in samenwerking met Avoord Zorgorganisatie en Tilburg University wordt uitgevoerd, richt zich op de evaluatie van de haalbaarheid en mogelijke effectiviteit van het SOCAV-programma ter bevordering van meer eigen regie van thuiswonende ouderen met dementie door betere persoonsgerichte communicatie en begeleiding door verzorgenden en mantelzorgers.¹⁷⁷ Het programma is gebaseerd op het ergotherapie EDOMAH-programma en de Kalorama Coaching-methode voor verzorgenden en was binnen de interdisciplinaire verpleeghuiszorg succesvol.⁶⁴⁻⁶⁶ Het is een vervolg op het promotieonderzoek van dr. Lieve Roets naar de ontwikkeling en evaluatie van deze succesvol gebleken Kalorama Coaching-methode voor verzorgenden ter bevordering van de zelfmanagementvaardigheden van ouderen met gecombineerde visus- en gehoorproblemen in betekenisvolle dagelijkse activiteiten in verpleeghuizen.^{63,90,92,99,112}

Er zijn ook plannen voor toekomstig onderzoek met de Lector Disability Studies en Diversiteit in Participatie van de Hogeschool Rotterdam op het gebied van sociale inclusie en -participatie van kwetsbare personen. Ook lopen er op deze drie onderzoeklijnen nog een aantal andere interessante promotie- en post-doc onderzoeken met andere afdelingen, die ik hier nu niet heb kunnen noemen.

ONDERWIJSPLANNEN LEERSTOEL ERGOTHERAPIE

Het onderwijs van de leerstoel Ergotherapie zal zich enerzijds richten op evidence-based practice en competenties voor excellente zorg en docentenprofessionalisering via samenwerkingsverbanden met hogescholen en universiteiten. Zoals het scholen van onderzoekers, bachelor en masterstudenten van de Geneeskunde en Biomedische Faculteit van het Radboudumc en de Master Neurorevalidatie en Opleiding Ergotherapie van de HAN, in evidence based practice methoden van het ontwikkelen, evalueren en implementeren van persoonsgerichte en contextgerichte interventies. Ook richt het onderwijs zich op levenslang leren van onderzoekers, docenten en ergotherapeuten en het leveren van hun bijdragen aan interprofessioneel leren. Onderwijs op het gebied van evidence-based practice methoden van interventies (*onderzoeksthema 1*), met technologie ondersteunde interventies (*onderzoeksthema 2*) en op het gebied van ergotherapie binnen de waardegedreven integrale zorg- en welzijnsnetwerken (*onderzoeksthema 3*) wordt voortgezet in masterprogramma's (Radboudumc, HAN), post-HBO (Rad-

boudumc, HAN en EN) en bachelor-onderwijs (Radboudumc en HAN) en nieuw ontwikkeld in nauwe samenwerking tussen onderzoek en onderwijs. Dit wordt door onderzoekers en docenten uitgevoerd. Voor docenten zal daarnaast scholing gegeven worden op het gebied van onderzoeksmethoden en evidence-based practice. Door te adviseren en samen te werken in post-HBO, master- en bachelor programma's voor ergotherapeuten en interdisciplinair binnen de opleidingen van het Radboudumc, HAN, landelijke opleidingen en nationale en internationale masterprogramma's en kennisnetwerken, beoogt de leerstoel Ergotherapie te innoveren, inspireren en te motiveren. Hiertoe is het zaak het onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg op de onderzoeksthema's goed op elkaar af te stemmen. Daarnaast wordt gestimuleerd dat docenten gaan promoveren. Ook zullen afstudeerscripties van bachelor- en masterstudenten worden begeleid door de onderzoeksgroep van de leerstoel Ergotherapie. Op internationaal gebied wordt samengewerkt met partners zoals Nottingham University, COTiD -EU, Parkinson -EU, InterDem- en ROTOS-netwerk. Internationale uitwisseling van studenten uit deze netwerken wordt gestimuleerd.

MAATSCHAPPELIJKE ROL EN PLANNEN LEERSTOEL ERGOTHERAPIE

De leerstoel Ergotherapie gaat de kwaliteit van het onderzoek, onderwijs en de patiëntenzorg zodanig uitdragen dat duidelijk wordt dat de leerstoel Ergotherapie en zijn onderzoeksgroep excellent evidence-based ergotherapieonderzoek uitvoeren. De leerstoel Ergotherapie zal zich (inter)nationaal blijven onderscheiden in de ontwikkeling van waardevolle persoonsgerichte- en contextgerichte interventies voor meer eigen regie van cliënt en mantelzorger in betekenisvolle dagelijkse activiteiten en participatie in de maatschappij en de evaluatie van effectiviteit, doelmatigheid en implementatie van deze ergotherapie- en interdisciplinaire interventies. Hiertoe zal ik er als leerstoelhouder naar streven een zichtbaar boegbeeld te zijn voor de ergotherapie in maatschappelijk en politiek opzicht en hiertoe samen met de onderzoeksgroep zowel pro- als reactief mijn rol oppakken in wetenschappelijke tijdschriften, in relevante interdisciplinaire academische en maatschappelijke netwerken, commissies, op congressen, in het onderwijs, debatten en de media.

Ik heb u laten zien dat de leerstoel Ergotherapie heel erg aansluit bij en een kans biedt voor de huidige en toekomstige ontwikkelingen in de steeds meer persoonsgerichte- en contextgerichte integrale maar complexe gezondheidszorg en welzijn. De tijd is voor deze leerstoel Ergotherapie nu echt rijp! Wij onderzoekers, docenten en praktijk zullen deze eerste landelijke leerstoel Ergotherapie sterk neer gaan zetten. En, zoals ik u in mijn verhaal heb toegelicht, zijn we hier ook al een heel eind mee op weg. We zullen er gezamenlijk een succesvolle leerstoel van maken!

DANKWOORD

Alle hoogleraren, hoofden, senioronderzoekers, postdocs, promovendi, masterstudenten, ergotherapeuten en andere collega's uit de alle onderzoeks-, onderwijs- en praktijknetwerken waarmee ik de afgelopen jaren met veel plezier heb samengewerkt en veel van heb geleerd, wil ik bedanken. Zonder al onze intensieve samenwerkingen waren al deze onderzoeks-, onderwijs- en praktijkontwikkelingen, evaluaties en implementaties er niet gekomen.

Graag wil ik een aantal mensen in het bijzonder bedanken die ervoor gezorgd hebben dat deze eerste landelijke leerstoel Ergotherapie er is gekomen.

Allereerst wil ik de raad van bestuur van het Radboudumc en het college van bestuur van de Radboud Universiteit bedanken voor het instellen van deze eerste bijzondere leerstoel Ergotherapie.

Drs. Theo van der Bom, directeur Ergotherapie Nederland (EN), zonder jou was de leerstoel er zeker niet gekomen. Met de financiering en politieke steun van EN is deze leerstoel een feit geworden. Dank je wel voor je jarenlange strijd om te zorgen dat er een leerstoel Ergotherapie kwam.

Prof. dr. Ria Nijhuis, emeritus hoogleraar Paramedische Wetenschappen, wat heb jij er ontzettend hard voor gestreden dat de Paramedische Wetenschappen verder wetenschappelijk op de kaart kwamen en de leerstoel Ergotherapie een zelfstandige leerstoel kon worden naast de leerstoel Paramedische Wetenschappen. Ik ben je hier heel dankbaar voor. Ik heb door de jaren heen veel met jou samengewerkt, samen begeleidde we diverse promovendiprojecten. Ik heb van je enorme gedreven en betrokken persoonlijkheid genoten en op het gebied van paramedisch onderzoek, persoonsgerichte interdisciplinaire interventies en competenties van paramedische beroepsbeoefenaren veel geleerd.

Prof. dr. Sander Geurts, ook jou dank ik dat je ervoor gestreden hebt dat deze leerstoel Ergotherapie op de afdeling revalidatie in het Radboudumc er kwam. Onder jouw leiding werken we al heel veel jaren op een heel collegiale en inspirerende manier samen om de revalidatie interdisciplinair en wetenschappelijk nog verder op de kaart te zetten.

Prof. dr. Gert Westert, als hoofd en hoogleraar van de afdeling IQ healthcare heb jij je ook hard gemaakt voor paramedisch onderzoek en gezorgd dat deze leerstoel Ergotherapie er kwam. Het onderzoek van mijn leerstoel vindt ook al vele jaren op jouw afdeling plaats en blijft onderdeel van de afdeling IQ healthcare, waar interdisciplinair en methodologisch veel wordt gedeeld en geleerd.

Prof. dr. Myrra Vernooij-Dassen, mijn vroegere promotor, van jouw kritische blik, methodologische en wetenschappelijke kennis heb ik veel geleerd. We hebben de afgelopen jaren veel samengewerkt op het gebied van het ontwikkelen, evalueren en implementeren van psychosociale interventies voor kwetsbare ouderen, het begeleiden van promovendi en zorgen dat interventies en onderzoek op dit gebied verder op de kaart

kwamen te staan, zowel nationaal als internationaal. Dank je wel voor deze inspiratie en samenwerking, ook nu je al met emeritaat bent.

Prof. dr. Marcel Olde-Rikkert, jij was mijn eerste promotor en we werken al vele jaren samen, hebben diverse promotieprojecten begeleid. We vormen samen met Raymond Koopmans, Jurgen Claassen en Marit Sanders het bestuur van het Radboud Alzheimercentrum (RAC) en maken onderdeel uit van het Alzheimer onderzoeksthema. Gezamenlijk streven we naar wetenschappelijke onderbouwing van interventies om kwaliteit van leven, gezondheid en welzijn van mensen met dementie en hun mantelzorgers te verbeteren en dragen dit uit in onderwijs en patiëntenzorg. Andere collega's van het RAC en Alzheimer Onderzoeksthema van het Donders Instituut, eveneens dank voor de fijne samenwerking.

Prof. dr. Joost Dekker, jij was eveneens mijn promotor. We kennen elkaar al heel veel jaar, jij inspireerde mij en begeleidde mij methodologisch met mijn onderzoeksplannen voor onderzoeken die nog voor mijn promotie plaatsvonden. Ook jij bent met emeritaat, maar we werken nog samen in de Adviesraad Wetenschap van EN en het Paramedisch Platform Nederland.

Prof. dr. Marion Walker, Prof. dr. Pip Logan and associate professor Kate Radford, jullie zorgden in 2015 voor mijn honorary aanstelling aan de Universiteit van Nottingham binnen de vakgroep Rehabilitation and Elderly. De samenwerking met jullie en jullie onderzoekers is heel inspirerend. Thank you all for his nice collaboration.

In het bijzonder wil ik ook het dagelijks bestuur van mijn onderzoeksgroep en leerstoel Ergotherapie bedanken. Dr. Edith Cup en dr. Ingrid Sturkenboom, mijn 'paranimfen' en ceremoniemeesters vandaag. Dank voor jullie geweldige steun en bijdragen aan het verder vormgeven van de leerstoel, missie, visie, plannen en projecten.

Adviesraad Wetenschap van EN en het NEON, waarbij ik speciaal de senioronderzoekers dr. Ester Steultjens, dr. Edith Cup, dr. Ton Satink, dr. Pauline Aarts, dr. Ingrid Sturkenboom, dr. Marie-Antoinette van Kuyk, dr. Bea van Bodegom, dr. Margo van Hartingsveldt, dr. Chris Kuyper, dr. Mieke Cardol, dr. Carola Döpp, dr. Ramon Daniels en dr. Isaline Eijssens wil bedanken. Dank voor jullie enthousiasme, gedrevenheid en samenwerking waardoor deze leerstoel Ergotherapie er kwam en we samen missie, visie en plannen uit gaan voeren. Ook de Adviesraad Ouderen en stafbureau EN, dank ik voor de fijne samenwerking en verdere ontwikkeling van ons vak.

Marjolein Thijssen, Patricia Verstraten, Jana Zajec, jullie dank ik voor al het samen bouwen, jullie gedrevenheid en betrokkenheid bij EDOMAH. Jullie zijn al vanaf het eerste uur met mij samen en wij hebben, samen met Margot van Melick, het EDOMAH-programma en post-HBO onderwijs ontwikkeld en het EDOMAH-netwerk in Nederland en internationaal in Europa vormgegeven, dat nu uitgegroeid is tot een EDOMAH-expertcentrum. Iets om samen heel trots op te zijn!

Alle promovendi die ik tot nog toe de afgelopen jaren mocht begeleiden: Els, Sebastian, Anouk, Netta, Carola, Ingrid, Lucelle, Lieve, Hanneke, Leen, Yvonne, Floriana, Marjolein,

Charlotte, Marieke, Dinja, Vita, Renske, Yvonne, Phebe, Kim, dank jullie wel voor de fijne samenwerking.

Ook wil ik de postdocs en senioren waar ik veel mee samenwerk bij het uitvoeren en begeleiden van projecten, schrijven van subsidieaanvragen en begeleiden promovendi, die ik nog niet genoemd heb bedanken voor de prettige samenwerking: Emmelyne, Debby, José, Maud, Jennifer, Christian, Annemiek, Lieve, Bert, Carola, Isabelle, Rosemarie, Franka, Miriam, Hester en Jan.

Het Interdem-netwerk: het Internationale Europese netwerk van onderzoekers op het gebied van psychosociale interventies bij dementie dank ik. Wat hebben wij veel van elkaar geleerd op de internationale congressen waar we kennis, methoden, interventies en beleid uitwisselden en op internationale onderzoekaanvragen samenwerkten.

Stafsecretarissen, wat kan ik zonder jullie. Jullie hebben me enorm ondersteund ook nu weer in deze periode maar al vele jaren: Alice van Eijk, Laurien Honing-Broenland, Dorien Kil en voorheen Margina Draaisma. Veel dank. En zowel Margina Draaisma en Noor Theunissen-Nuijten en nu Laurien Honing-Broenland voor jaren secretariaat EDOMAH.

Ook dank ik al mijn collega's uit het onderzoek, onderwijs en de patiëntenzorg van de afdelingen revalidatie, IQ healthcare en andere afdelingen van het Radboudumc, de HAN, Sint Maartenskliniek en landelijke collega's.

Tevens wil ik alle personen (cliënten, mantelzorgers, professionals) bedanken voor hun deelname aan al de onderzoeken die we al deze jaren dankzij hen hebben kunnen uitvoeren.

Als laatste kom ik dan bij mijn familie en vrienden:

Lieve Jules, dank je wel voor alles, dat je nog altijd mijn steun en toeverlaat bent en net als ik ervan houdt om gepassioneerd en met visie voor je vak te gaan. Hierdoor begrijpen en steunen we elkaar. Maar ook alles dat ons leven zo waardevol maakt, de liefde voor elkaar, ons gezin, familie, vrienden, vakanties en hobby's die we delen.

Lieve Maartje, Sven en Lars, wat hou ik veel van jullie en wat heb ik van jullie genoten en nog steeds. We delen en ondernemen als gezin veel, zoals in de weekenden en onze mooie vakanties.

Lieve Mama, je bent nog altijd betrokken bij mijn ontwikkeling zowel op het gebied van werk als ons gezin. Je komt nog steeds naar Nijmegen met de trein en was op vele van onze korte vakanties erbij. Dank je wel voor alles.

Lieve nicht Gemma, je bent als een zus voor mij. Met Jos en jou heb ik lief en leed gedeeld. We hebben ook veel leuke activiteiten samen ondernomen. Dank jullie wel daarvoor.

Lieve familie, dank jullie wel voor de gezelligheid en steun. Het vele samenzijn op verjaardagen, familiediners en weekendjes weg.

Lieve Karin, maatje, vriendin, buurvrouw, jou wil ik speciaal bedanken. Iedere zondagochtend als we gaan hardlopen of wandelen in het bos, delen we veel met elkaar.

We slaan geen week over, weer of geen weer, een mooi sportief en gezellig ijkmoment.

Mijn lieve vrienden, dank jullie wel voor alles dat we delen en de vele leuke activiteiten die we samen ondernemen, zoals wandelen, zeilen, film, concerten en etentjes.

En als laatste, lieve Ine mijn zus en lieve papa, ook nu mis ik jullie enorm, ik had jullie er heel graag bij gehad.

Ik heb gezegd.

REFERENCE LIST

1. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJFJ, Zajec J, Olde-Rikkert MGM, Hoefnagels WHL, Dekker J. How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his caregiver? *Dementia* 2006; 5 (4): 503-532.
2. Townsend E & Polatajko H. *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE; 2007.
3. Wilcock A & Hocking C. *An occupational perspective of health*. Third ed. Thorofare, USA: SLACK inc.; 2015.
4. Huber M, et.al. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163, *BMJ* 2011; 343 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163> (Published 26 July 2011).
5. Tedeshi RG & Calhoen LG. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry* 2004; 15 (1): 1-18.
6. Tugade MM & Frederickson BL. Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back from Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology* 2004; 86 (2): 320-33.
7. Smith EE. *De kracht van Betekenis. Hoe zin te geven aan je leven*. Utrecht: Uitgeverij Ten Have. 2017.
8. Ross D. *The Nicomachean Ethics*. Oxford: Oxford Press; 2009.
9. Huta V & Ryan RM. 2010. Pursuing Pleasure or Virtue: The Differential and Overlapping Well-Being Benefits of Hedonic and Eudaimonic Motives. *Journal of Happiness Studies* 2010; 11 (6): 735-62.
10. R.F. Baumeister. Differences between a happy life and a meaningful life. *The Journal of positive psychology* 2013; 8 (6): 505-16.
11. Verharen, L. Being there. Samen werken aan het versterken van Sociale Kwaliteit. Inaugurale Rede Lectoraat Versterken van Sociale Kwaliteit. Nijmegen: HAN. September 2017. ISBN: 978-90-825205-7-6.
12. Durant W. *On the Meaning of Life*. Dallas, Texas: Promethean Press, 2005.
13. Kielhofner G. *The Model of Human Occupation*. 4 ed.. Philadelphia, USA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.
14. Mattingly C. *Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience*. Cambridge: Cambridge University. 1998.
15. Bohlmeijer E & Westerhof G. *Op verhaal komen. Je autobiografie als bron van wijsheid*. Amsterdam: Boom, 2010.
16. Bouma M. *Het verhaal van je leven. Storytelling en de zoektocht naar een zinvol bestaan*. Amsterdam: Balans, 2018.
17. Wilcock A. Doing being and becoming. *Can J Occup Ther* 1998; 65, 257.
18. Wilcock A. *An occupational perspective on health*. 2nd ed. Thorofare (NJ): Slack. 2006 1998.
19. Rebeiro KL, Day DG, Semenu B, O'Brein MC & Wisn B. Northern Initiative for Soocal Action: an occupation-based mental health pogram. *Am J Ocup Ther* 2001; 55, 493-500.
20. Hammel KW. Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Can J Occup Ther* 2004; 71(5), 296-305.
21. Satink T, Van de Velde D. *Hoofdstuk 2. Kerndomein van de ergotherapie*. In: Granse M, Hartingsveldt M Kinébanian A. *Grondslagen van de ergotherapie*. 3e druk. Houten: Bohn Stafleu en Van Loghum 2012. ISBN: 978-90-352-32471.

22. Hartingsveldt M van. *Gewoon doen: dagelijks handelen draagt bij aan gezondheid en welzijn. Lectorale rede.* Amsterdam: HvA Lectoraat Ergotherapie. 8 mrt. 2016.
23. Granse M, Hartingsveldt M Kinébanian A. *Grondslagen van de ergotherapie.* 4^e druk. Houten: Bohn Stafleu en Van Loghum 2017. ISBN: 978-90-368-1703-5.
24. Graff MJL, Melick M van, Thijssen M, Verstraten P, Zajec J. *Ergotherapie bij Ouderen met Dementie en hun Mantelzorgers aan Huis. Het EDOMAH programma.* Houten: Bohn Stafleu & van Loghum. 2010. ISBN: 9789031378739.
25. Law MC, B; Strong, S.; Stewart, D.; Rigby,P.; Letts, L.: The Person-Environment-Occupation model: a transactive approach to occupational performance. *Canadian journal of occupational therapy Revue canadienne d'ergotherapie* 1996, 63(1):9-23.
26. Strong S, Rigby P, Stewart D, Law M, Letts L, Cooper B: Application of the Person-Environment-Occupation Model: a practical tool. *Canadian journal of occupational therapy* 1999, 66(3):122-133.
27. World Federation of Occupational Therapists (WFOT). Definition of Occupational Therapy 2012 [cited 2018 July 2]. Available from: <http://www.wfot.org/AboutUS/AboutOccupationalTherapy/DefinitionsOfOccupationalTherapy.aspx>.
28. Masten AS. Ordinary Magic Resilience. *Process in Development. American Psychologist* 2001; 56, 3: 227-38.
29. Osse BH, Vernooij-Dassen MJ, Schade E, Grol RP. The problems experienced by patients with cancer and their needs for palliative care. *Support Care Cancer* 2005; Feb 9: 722-32.
30. Windle G, Markland DA, Woods RT. Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging & Mental Health* 2008; 12(3):285-92. DOI: 10.1080/13607860802120763.
31. Windle G. 2010. What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology* 2010; 21 (2): 152-69.
32. Zeng Y & Shen K. Resilience Significantly Contributes to Exceptional Longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2010. doi:10.1155/ 2010/525693.
33. Janssen BM, Van Regenmortel T, Abma TA. Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Ageing* 2011, 8(3),145-56. Doi:10.1007/s10433-011-0190-8.
34. Southwick SM & Charney DS. *Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges.* Cambridge: Cambridge University Press, 2012.
35. Wiles JL, Wild K, Kerse N, Allen RES. Resilience from the point of view of older people: 'There's still life beyond a funny knee'. *Social Science & Medicine* 2012; 74(3), 416-24. ISSN 0277-9536, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.005>.
36. van Kessel G. The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept. *Geriatric Nursing* 2013; 34 (2), 122 – 127.
37. Wild K, Wiles JL, Allen RES. Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Ageing and Society* 2013; 33, 137-58. Doi:10.1017/S0144686X11001073.
38. Manning LK, Carr DC, Lennox Kail B. Do Higher Levels of Resilience Buffer the Deleterious Impact of Chronic Illness on Disability in Later Life? *The Gerontologist*, 2014. doi:10.1093/geront/gnu068.
39. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine* 2008; 15(3), 194-200.

40. Vernooij-Dassen m, Jeon YH. Social health and dementia: the power of human capabilities. *Int Psychogeriatrics*, 2016; 28 (5): 701-03.
41. Droëns RM, Chattat R, Diaz A, Gove D, Graff M, Murphy K, Verbeek H, Vernooij-Dassen M, Clare L, Johannessen A, Roes M, Verhey F, Charras K. Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. *Aging & Mental Health* 2017; 21(1): 4-17.
42. Donkers HW, Veen DJ van der, Vernooij-Dassen MJ, Nijhuis-van der Sanden MWG, Graff MJL. Social participation of people with cognitive problems and their caregivers: a feasibility evaluation of the Social Fitness Program. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017 Dec;32(12):1-14; e50-e63 doi: 10.1002/gps.4651. Epub 2017 Feb 7.
43. Donkers HW, Veen DJ van der, Vernooij-Dassen MJ, Nijhuis-van der Sanden MWG, Graff MJL. Social participation perspectives from persons with cognitive problems and their caregivers: a descriptive qualitative study. *Ageing & Society* 2018: 1-27.
44. H W Donkers, D J Van der Veen, S Teerenstra, M J Vernooij-Dassen, M W G Nijhuis-vander Sanden and M J L Graff. Evaluating the social fitness Program for older people with cognitive problems and their caregivers: lessons learned from a failed trial. *BMC Geriatrics* 2018; 18:237. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0927-8>. Doi.org/10.1080/13607863.2016.1254596.
45. Frankena TK, Naaldenberg J, Cardol Mm Meijering JV, Leusink G, Schroyenstein Lantman-de Valk H M J van. Exploring academics' views on designs, methods, characteristics and outcomes of inclusive health research with people with intellectual disabilities: a modified Delphi study. *BMJ Open* 2016;6:e011861. doi:10.1136/bmjopen-2016-011861.
46. Verbrugge LM, Chan A. Giving help in return: family reciprocity by older Singaporeans. *Ageing and Society* 2008; 28: 1050-62.
47. Vernooij-Dassen, M. Inaugurale rede. 'Het is zaliger te geven, dan te ontvangen'. Mei 2008.
48. Bremer J-M, Kessels T. Aristoteles, *Politica*, uit ca. 350 v C. Nederlandse vertaling, nr. 5. 2012. ISBN: 9789065540041.
49. Clark MT. *Augustine on Justice*. In: *Augustine and Social Justice*. Lexington Books. 2015. Pag. 3-10. ISBN 978-1-4985-0918-3.
50. Banai A, Ronzoni M, Schemmel C. *Social Justice, Global Dynamics : Theoretical and Empirical Perspectives*. Florence: Taylor and Francis. 2011. ISBN 978-0-203-81929-6.
51. Zhang A, Xia F, Li C. (2007). The Antecedents Of Help Giving In Chinese Culture: Attribution, Judgment Of Responsibility, Expectation Change And The Reaction Of Affect. *Social Behavior and Personality*, 2007; 35 (1): 135-142.
52. Graff MJL, Daniels R, Lemmens C, Lemmers F, Perry M, Radford K, van der Marck M, Veenstra M. *Improving and sustaining positive health of people with dementia and their carers by creating dementia-friendly societies*. Gehonoreerd projectvoorstel ZonMw. April 2017.
53. Simó-Algado S, Mehta N, Kronenberg F, Cockburn L, Kirsh B. Occupational therapy intervention with children survivors of war. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2002, 69(4), 205-217.
54. Townsend E & Wilcock AA. Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2004; 71(2), 75-87.

55. Serrata Malfitano A. P., Gomes da Mota de Souza R., Townsend E.A., Esquerdo Lopes R. Do occupational justice concepts inform occupational therapists' practice? A scoping review. *Canadian Journal for Occupational Therapy*, April 2019. <https://doi.org/10.1177/0008417419833409>.
56. Stadnyk RL, Townsend EA , Wilcock AA. Occupational justice. In: Christiansen CH & Townsend EA(Eds). *Introduction to Occupation-The Art and Science of Living*. Upper Saddle River, NJ: Pearson. 2010. pp. 329-358.
57. Hammell KRW & Iwama MK. Well-being and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2012; 19(5), 385-394.
58. Durocher E, Gibson BE, Rappolt S. Occupational Justice: A Conceptual Review. *Journal of Occupational Science* 2014, 21:4, 418-430, DOI: 10.1080/14427591.2013.775692.
59. Emerson, R.W. Self-reliance. In: First Essays. 1847. <https://emersoncentral.com/texts/essays-first-series/self-reliance/>.
60. igen regie. Definitie. www.zorgvisie.nl, 2019.
61. Eigen regie. www.invoorzorg.nl/tool-8-bakens-voor-zelfregie-van-clienten.html.
62. Cardol M, Dekker S, Hilberink S. Eigen regie in beeld gebracht. Nieuwe beroepscompetentie 'ondersteunen en versterken' in beeld. *Ergotherapie Magazine* 2015; 3: 34-39.
63. Roets-Merken LM, Vernooij-Dassen MJFJ, Zuidema SU, Dees MK, Hermsen PGJM, Kempen GIJM, Graff MJL. Evaluation of nurses' changing perceptions when trained to implement a self-management program for dual sensory impaired older adults in long-term care: a qualitative study. *BMJ Open* 2016 Nov 17;6(11):e013122. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013122.
64. Corporaal SHA, Huijbregts RCVJ, Graff MJL. SOCAV: persoonsgerichte zorg bij dementie. *Bijblijven* 2019.
65. Corporaal SHA, Huijbregts RCVJ, Graff MJL. Cliënten houden de regie over hun zorg. *LEEF! Met Dementie*, 2019; 3: 44-45.
66. www.SOCAV.nl.
67. raff MJL, Vernooij-Dassen MJFJ, Hoefnagels WHL, Dekker J, Witte de LP. Occupational therapy at home for older individuals with mild to moderate cognitive impairments and their primary caregivers: a pilot study. *OTJR Occupation Participation Health Res* 2003; 23:155-163.
68. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJFJ, Thijssen M, Olde Rikkert, MGM, Hoefnagels WHL, Dekker J. Community occupational therapy for dementia patients and their primary caregivers: a randomized controlled trial. *BMJ* 2006; 333 (7580):1196; doi:10.1136/BMJ 39001. 688843. BE. Epub 2006 Nov 17.
69. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJFJ, Thijssen M, Olde Rikkert, MGM, Hoefnagels WHL, Dekker J. Effects of community occupational therapy on quality of life and health status in dementia patients and their primary caregivers: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Med Sci* 2007; 62 (9): 1002-1009.
70. Graff MJL, Adang EMM, Vernooij-Dassen MJM, Dekker J, Jönsson L, Thijssen M, Hoefnagels WHL, OldeRikkert MGM. Community occupational therapy for older patients with dementia and their caregivers: a cost-effectiveness study. *BMJ*, 2008 Jan 19;336(7636):134-8. doi: 10.1136/bmj.39408.481898.BE. Epub 2008 Jan 2.
71. Vernooij-Dassen, M.; Graff, M. The value of process analysis in explaining process of failure of an intervention. *Gerontologist* 2008; 48:149.

72. Spijker A, Verheij F, Grol R, Graff MJL, Wollersheim H, Vernooij-Dassen MJM. Systematic care for caregivers of people with a cognitive disorder in the ambulatory mental health service: design of a multicentre cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 2009, Jun 7;9:21. doi: 10.1186/1471-2318-9-21.
73. Derksen E, Graff MJL, Visser PJ, Vernooij-Dassen MJFJ Olde-Rikkert MGM. MCI-patients': worries about their prognosis justified? *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2009, 01.
74. Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Vernooij-Dassen M, Olde-Rikkert M, Huell M. WHEDA study: Effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers - the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres. *BMC Geriatrics* 2009 Oct 2;9:44. doi: 10.1186/1471-2318-9-44.
75. Sturkenboom IHWM, Nijhuis-van der Sanden MWG, Bloem BR, Borm, Borm GF, Graff MJL, Munneke, M. The OTiP Pilot: Design of a Trial Evaluating the Feasibility of a Large Scale RCT on the Effectiveness of Occupational Therapy in Parkinson's Disease. *Movement Disorders Sept* 2010, 25, 3, S715-S715.
76. Döpp CM, Graff MJ, Teerenstra S, Adang E, Nijhuis-van der Sanden RW, Olderikkert MG, Vernooij-Dassen MJ. A new combined strategy to implement a community occupational therapy intervention: designing a cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatric*. 2011 Mar 30;11:13. doi: 10.1186/1471-2318-11-13.
77. Spijker A, Wollersheim H, Teerenstra S, Graff M, Adang E, Verhey F, Vernooij-Dassen M. Systematic Care for Caregivers of Patients with Dementia: A Multicenter, Cluster-Randomized, Controlled Trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011, Feb 24.
78. Voigt-Radloff S, Graff MJL, Reinhart L, Schornstein, Vernooij-Dassen M, Huel M, Olde-Rikkert M. A Multi-centre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: Ten sessions are not superior to one consultation. *BMJ open* 2011, doi:10.1136/ Brit Med J open -2011- 000096, 2011.
79. Voigt-Radloff S, Graff MJL, Reinhart L, Schornstein, Olde-Rikkert M, Huel M, Vernooij-Dassen M. Why did an effective Dutch complex psycho-social intervention for people with dementia not work in the German health care context? Lesson learned from a process evaluation alongside a multi-centre RCT. *BMJ open* 2011, doi: 10.1136/ BMJ open 2011-000094, 2011.
80. Leven van 't N, Graff MJL, Kaijen M, Swart de BJM, Olde Rikkert MGM and Vernooij-Dassen MJM. Barriers to and facilitators for the use of an evidence-based occupational therapy guideline for older people with dementia and their carers. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012 July; 27(7):742-8. doi: 10.1002/gps.2782. Epub 2011 Sep 27.
81. Voigt-Radloff S, Leonhart R, Schützwohl M, Jurjanz L, Reuster T, Gerner A, Marschner K, Nes F van, Graff M, Vernooij-Dassen M, Olde-Rikkert M, Holthoff V, and Huell M. Interview for the Deterioration in Daily Living Activities in Dementia- construct and concurrent validity in patients with mild to moderate dementia. *Int Psychogeriatr*. 2012 Mar; 24(3):382-90. doi: 10.1017/S1041610211001785.
82. Voigt-Radloff, S; Leonhart ; Schützwohl M, Jurjanz L, Reuster T, Gerner A, Marschner K, Nes van F, Graff M, Vernooij-Dassen M, Olde Rikkert M, Holthoff V, Hüll M. Dementia Quality of Life Instrument - Construct and Concurrent Validity in Patients with mild to moderate Dementia; *Eur J Neurol* 2011; Doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03561.x., PMID: 21999841; EJoN-11-0453.R2. Paper version 2012.
83. Steultjens E., Voight-Radloff S., Leonhart R., Graff MJL. Reliability of the Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) assessment in community dwelling dementia patients: test consistency and inter-rater agreement. *Int Psychogeriatr*. 2012 Apr; 24(4):659-65. doi: 10.1017/S1041610211002249. Epub 2011 Dec 14.

84. Teerenstra S., Eldridge S., Graff M, Hoop de E., Borm G. A simple sample size formula for analysis of covariance in cluster randomized trials. *Statistics in Medicine*, 2012 Sep 10;31(20):2169-78. doi: 10.1002/sim.5352. Epub 2012 Apr 11.
85. Graff MJL, de Vriendt P, Nygard L. Mild cognitive impairment and early stage dementia: Assessment and treatment of everyday functioning. *European geriatric medicine* 2012;3: S12-S13. DOI: 10.1016/j.eur-ger.2012.07.398.
86. Sturkenboom IHWM, Graff M, Borm G, Veenhuizen Y, Bloem B, Munneke M. Nijhuis, M. The impact of occupational therapy in Parkinson's disease: a randomized controlled feasibility study. *Clin Rehabil.* 2013 Feb;27(2):99-112. doi: 10.1177/0269215512448382. Epub 2012 Jul 18.
87. Sturkenboom IH, Graff MJ, Borm GF, Adang EM, Nijhuis-van der Sanden MW, Bloem BR, Munneke M. Effectiveness of occupational therapy in Parkinson's disease: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2013 Feb 2;14:34. doi: 10.1186/1745-6215-14-34.
88. Döpp CM, Graff MJ, Teerenstra S, Nijhuis-van der Sanden MW, Olde Rikkert MG, Vernooij-Dassen MJ. Effectiveness of a multifaceted implementation strategy on physicians' referral behavior to an evidence-based psychosocial intervention in dementia: a cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*, 2013 May 30;14:70. doi: 10.1186/1471-2296-14-70.
89. Döpp CM, Graff MJ, Olde Rikkert MG, Nijhuis-van der Sanden MW, Vernooij-Dassen MJ. Determinants for the effectiveness of implementing an occupational therapy intervention in routine dementia care. *Implement Sci.* 2013 Nov 7;8:131. doi: 10.1186/1748-5908-8-131.
90. Roets-Merken LM, Graff MJ, Zuidema SU, Hermsen PG, Teerenstra S, Kempen GI, Vernooij-Dassen MJ. Effectiveness of a self-management program for dual sensory impaired seniors in aged care settings: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 2013 Oct 7;14:321. doi: 10.1186/1745-6215-14-321.
91. Sturkenboom IH, Graff MJ, Munneke M, Jan CM Hendriks, Yvonne Veenhuizen, Bloem BR, Nijhuis-van der Sanden MW, Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol.* 2014 Jun;13(6):557-66. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70055-9. Epub 2014 Apr 8.
92. Roets-Merken LM, Draskovic I, Zuidema SU, van Erp WS, Graff MJ, Kempen GI, Vernooij-Dassen MJ. Effectiveness of rehabilitation interventions in improving emotional and functional status in hearing or visually impaired older adults: a systematic review with meta-analyses. *Clin Rehabil.* 2015 Feb;29(2):107-19. doi: 10.1177/0269215514542639. Epub 2014 Jul 15. Review.
93. Döpp CM, Graff MJ, Olde-Rikkert MG, van der Sanden MW, Vernooij-Dassen MJ. Effectiveness of a training package for implementing a community-based occupational therapy program in dementia: a cluster randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2015 Oct;29(10):974-86. doi: 10.1177/0269215514564699. Epub 2014 Dec 28.
94. van de Ven-Stevens LA, Graff MJ, Peters MA, van der Linde H, Geurts AC. Construct validity of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with Tendon Injury and Dupuytren Disease. *PHYS THER.* 2015 May, 95(5):750-757 doi: 10.2522/ptj.20130590. Epub 2014 Dec 18.
95. Graff MJL, Community Occupational Therapy in older people with dementia and their caregivers in the Netherlands and Europe. *Japanese Occupational Therapy Research Journal (JOTR)*; April 2015; Vol.34 No.2.

96. van de Ven-Stevens LAW, Graff MJL, Selles RW, Schreuders TAR, van der Linde H, Spauwen PH, Geurts ACH. Instruments to assess impairments and activity limitations in patients with hand conditions: the HandART-Delphi study. *J Rehabil Med* 2015; Nov;47(10):948-56. doi: 10.2340/16501977-2015.
97. Sturkenboom IHWM, Hendriks JCM, Graff MJL, Adang EMM., Munneke M, Nijhuis-van der Sanden MWG, Bloem BR. (2015). Economic evaluation of occupational therapy in Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Mov Disord*, 2015 Jul; 30(8): 1059-67. doi: 10.1002/mds.26217. Epub 2015 Apr 8.
98. van de Ven-Stevens LAW, Kus S, Cieza A, Graff MJL, Geurts ACH. Which assessment tools address the categories of the Brief ICF Core Set for Hand Conditions? *Hand Therapy*, 2015;20:75-87.
99. Roets-Merken LM, Drascovic I, Zuidema SU, Erp WS van, Graff MJL, Kempen GJJM, Vernooij-Dassen MJFJ. Effectiveness of rehabilitation interventions in improving emotional and functional status in hearing or visually impaired older adults: A systematic review with meta-analyses. *Clin Rehabil* 2015; 29: 107-199.
100. Sturkenboom I.H.W.M., Nijhuis-van der Sanden M.W.G., Graff M.J.L (2016). Process evaluation of a home-based occupational therapy intervention for Parkinson's patients and their caregivers. *Clinical Rehabilitation* 2016, Vol. 30(12) 1186-1199; DOI: 10.1177/02692151515622038. Epub 2015 Dec 16.
101. Kerkhof YJ, Graff MJ, Bergsma A, de Vocht HH, Dröes RM. Better self-management and meaningful activities thanks to tablets? Development of a person-centered program to support people with mild dementia and their carers through use of hand-held touch screen devices. *Int Psychogeriatr*. 2016 Nov;28(11):1917-1929. Epub 2016 Jul 18.
102. Wenborn J, Hynes S, Moniz-Cook E, Mountain G, Poland F, King M, Omar R, Morris S, Vernooij-Dassen M, Challis D, Michie S, Russell I, Sackley C, Graff M, O'Keefe A, Crellin N, Orrell M. Community Occupational Therapy for people with dementia and family carers (COTiD-UK) versus treatment as usual: study protocol for the Valuing Active Life in Dementia (VALID) multi-centre, pragmatic randomised trial. *Trials*. 2016 Feb 3;17:65. doi: 10.1186/s13063-015-1150-y.
103. Poerbodipoero SJ, Sturkenboom IH, van Hartingsveldt MJ, Nijhuis-van der Sanden MW, Graff MJ. The construct validity of the Dutch version of the activity card sort. *Disabil Rehabil*. 2016 Sep;38(19):1943-51. doi: 0.3109/09638288.2015.1107779. Epub 2015 Dec 16.
104. Sturkenboom IH, Graff MJ, Munneke M, Jan CM Hendriks, Yvonne Veenhuizen, Bloem BR, Nijhuis-van der Sanden MW, Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol*. 2016 Apr;15(4):352. Epub:Mar;15(3):241.
105. Bergsma, A.; Kerkhof, Y. J. F.; Graff, M. J. L. Self-management and meaningful activities for people with mild dementia: how to select usable apps? *Journal of Advanced Nursing* Sept. 2016; 72:73.
106. Uitdehaag, M. J.; Bergsma, A.; Bolscher-Niehuis, M. J. T. van Het; Graff, M.J.L., Droës R.M. Different approaches of self-management facilitation for elderly in the community. *Journal of Advanced Nursing*, Sept. 2016; 72, 73.
107. Donkers HW, Graff MJL, Vernooij-Dassen MJ, Nijhuis- van der Sanden MWG, Teerenstra. Reducing sample size by combining superiority and non-inferiority aims for two primary endpoints in the Social Fitness study. *J Clin Epidemiol*. 2017 Jan;81:86-95; <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.09.007>.

108. Van Keulen-Rouweler BJ, Sturkenboom IH, Kottorp A, Graff MJ, Nijhuis-Van der Sanden MW, Steultjens EM. The Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) system for persons with Parkinson's disease: a psychometric study. *Scand J Occup Ther.* 2017 Jan;24(1):65-73. doi: 10.1080/11038128.2016.1233291. Epub 2016 Sep 20.
109. Roets-Merken L, Zuidema S, Vernooij-Dassen M, Dees M, Hermsen P, Kempen G, Graff M. Problems identified by dual sensory impaired older adults in long-term care when using a self-management program: A qualitative study. *PLoS One.* 2017;12(3):e0173601. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173601>.
110. DeConinck L, Bekkering GE, Bouckaert L, Declercq A, Graff MJL, Aertgeerts B. Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc.* 2017 Aug;65(8):1863-9. DOI: 10.1111/jgs.14889. Epub 2017 Apr 3. Review.
111. Kerkhof Y, Bergsma A, Graff MJL, Dröes R.M. Selecting apps for people with mild dementia identifying user requirements for apps enabling meaningful activities and self-management. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering (RATE)* 2017, journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2055668317710593.
112. Roets-Merken, LM, Zuidema, S, Vernooij-Dassen, MJFJ, Teerenstra S, Hermsen, PGJM, Kempen GJJM, Graff MJL. Effectiveness of a nurse-supported self-management programme for dual sensory impaired older adults in long-term care: a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2018; 8, e016674.
113. Manni B, Federzoni L, Lanzoni A, Garzetta G, Graff M, Fabbo A. Occupational therapy in special respite care: a new multi-component model for challenging behaviour in people with dementia. *Geriatric Care* 2018; 4:7649 doi:10.4081/gc.2018.7649.
114. De Coninck L, Bekkering GE, Bouckaert L, Declercq A, Graff MJL, Aertgeerts B. Perspectives of older adults with a chronic physical condition concerning functioning, social participation and health: a qualitative study, *accepted jan. 2018*.
115. Pozzi C, Lanzoni A, Lucchi E, Bergamini L, Bevilacqua P, Manni B, Garzetta G, Barbieri S, Khazri S, Chattat R, Graff M, Fabbo A, Morandi A. Community based occupational therapy for persons with dementia (COTID-IT Program) and their caregivers: evidence for applicability in Italy. *Aging Clinical and Experimental Research* 2018; <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1078-7>.
116. Mangiaracina F, Meiland F, Kerkhof Y, Orrell M, Graff M, Dröes RM. Self-management and social participation in community-dwelling people with mild dementia: a review of measuring instruments. *International Psychogeriatrics febr* 2019, DOI: 10.1017/S1041610218001709.
117. Kerkhof Y, Mangiaracina F, Pelgrum - Keurhorst M, Meiland F, Vrouwdeunt G, Bergsma A, Graff M, Drees R. User-participatory development of FindMyApps: A tool to help people with mild dementia find supportive apps for self-management and meaningful activities. *Digital Health* 2019; 5: 1-19. First published March 26 ,2019. <https://doi.org/10.1177/2055207618822942>.
118. Ministerie van VWS. Rapport van de Taskforce. De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft? Den Haag: 2018. <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/documenten/rapporten/2018/4/1/taskforce-rapport>
119. Ministerie van VWS. Rapport Langer Thuis. Den Haag: 2018. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/15/programma-langer-thuis>
120. Rijksoverheid. Extramurale Enkelvoudige Ergotherapie vergoeding in de basisverzekering van de Zorgwet. Den Haag: 2000.

121. Rijksoverheid. De Participatiewet 2019. Aangepaste versie van De Participatiewet uit 2015. Den Haag: 2019. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/participatiewet>
122. Rijksoverheid. Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015. (WMO 2015) <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>
123. Rijksoverheid. Jeugdwet 2015. Den Haag: 2015. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten>
124. Rijksoverheid. Wet passend onderwijs. Den Haag:2014. www.passendonderwijs.nl
125. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(5): 657-64.
126. Schulman-Green DJ, Naik AD, Bradley EH, McCorkle R, Bogardus ST. Goal setting as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients. *Patient Educ Couns* 2006; 63(12): 145-51.
127. Phinney A. Family strategies for supporting involvement in meaningful activities by persons with dementia. *Nursing* 2006; 12 (1): 80-101.
128. Schenkman M, Deutsch JE, Gill-Body KM. An integrated framework for decision-making in neurologic physiotherapist practice. *Physical Therapy* 2006; 86 (12): 1681-702.2006.
129. Spijker A, Vernooij-Dassen M, Vasse E, Adang E, Wollersheim H, Grol R, Verhey F. Effectiveness of nonpharmacological interventions in delaying the institutionalization of patients with dementia: a meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(6): 1116-28.
130. Van Mierlo LD, Van der Roest HG, Meiland FJ, Droes RM. Personalized dementia care: proven effectiveness of psychosocial interventions in subgroups. *Ageing Res Rev* 2010; 9(2): 163-83.
131. Cooper C, Mukadam N, Katona C, Lyketos CG, Ames D, Rabins P, Engedal K, de Mendonca Lima C, Blazer D, Teri L, Brodaty H, Livingston G. Systematic review of the effectiveness of nonpharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2012; 24(6): 856-70.
132. Olazaran J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Pena-Casanova J, Del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman HH, Muniz R. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30(2): 161-78.
133. Leven N van't, Prick AJC, Groenewoud JG, Roelofs PDDM, Lange J de, Pot AM. Dyadic interventions for community-dwelling people with dementia and their family caregivers: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2013; (25),10: 1581-1603.
134. Wolfs CA, de Vugt ME, Verkaaik M, Verkade PJ, Verhey FR. Empowered or overpowered? Service use, needs, wants and demands in elderly patients with cognitive impairments. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25(10): 1006-12.
135. Scobbie L, Dixon D, Wyke S. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework. *Clin Rehabil* 2011; 25(5): 468-82.
136. Vasse E, Moniz-Cook E, Rikkert MO, Cantegreil I, Charras K, Dorenlot P, Fumero G, Franco M, Woods B, Vernooij-Dassen M. The development of quality indicators to improve psychosocial care in dementia. *Int Psychogeriatr* 2012; 24(6): 921-30.

137. oots LM, Wolfs CA, Verhey FR, Kempen GI, de Vugt ME. Qualitative study on needs and wishes of early-stage dementia caregivers: the paradox between needing and accepting help. *Int Psychogeriatr* 2015; 1-10.
138. Groen-van de Ven L, Smits C, Oldewarris K, Span M, Jukema J, Eefsting J, Vernooij-Dassen M. Decision Trajectories in Dementia Care Networks: Decisions and Related Key Events. *Res Aging* 2017; 39(9): 1039-71.
139. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000; 51(6): 843-57.
140. Walker RB, Hiller JE. Places and health: a qualitative study to explore how older women living alone perceive the social and physical dimensions of their neighborhoods. *Soc Sci Med* 2007; 65(6): 1154-65. 21.
141. Sorensen LV, Waldorff FB, Waldemar G. Social participation in home-living patients with mild Alzheimer's disease. *Arch Gerontol Geriatr* 2008; 47(3): 291-301.
142. Goll JC, Charlesworth G, Scior K, Stott J. Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. *PLoS One* 2015; 10(2): e0116664.
143. Ashida S, Sewell DK, Schafer EJ, Schroer A, Friberg J. Social network members who engage in activities with older adults: do they bring more social benefits than other members? *Ageing and Society*, 2018.
144. Piskur B, Daniels R, Jongmans MJ, Ketelaar M, Smeets RJ, Norton M, Beurskens AJ. Participation and social participation: are they distinct concepts? *Clin Rehabil* 2014; 28(3): 211-20. 48.
145. Huhn K, Gilliland SJ, Black LL, Wainwright SF, Christensen N. *Clinical Reasoning in Physical Therapy: A Concept Analysis*. Physical Therapy, 2018.
146. Chapparo C, Ranka J. Clinical reasoning pp. 265-278. In: Joy Higgs, Mark A Jones, Stephen Loftus, Nicole Christensen (Eds.) *Occupational Therapy. Clinical Reasoning in the Health Professions*. Oxford, United Kingdom: Butterworth Heinemann. 2008.
147. Van Bodegom B. *Verbale pralines. Ambigüiteit in verhalen over professioneel handelen van ergotherapeuten in een weerbarstige samenleving*. Proefschrift. Utrecht: Universiteit van Humanistiek. 2017.
148. Van Bodegom B. *De persoonlijke professional. Vrijmoedig spreker*. Almere: Uitgeverij MultiLibris. 2019. ISBN 9789460000249.
149. Nijhuis-van der Sanden. *Movere et Moveri. Change perspective. Afscheidsrede door prof. dr. Ria Nijhuis-van der Sanden*. Radboud Universiteit Nijmegen, februari 2019.
150. Kaats E. & Opheij W. *Leren samenwerken tussen organisaties - allianties - netwerken - ketens - partnerships*. Management Impact | 1e druk, 2011. EAN: 9789013094879.
151. Craig P, Diepe P, Macintyre S, Micie S, Nazareth I, Petticrew M., et al. Developing and evaluating complex interventions: the New Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008; 337: a1655 doi:10.1136/bmj.a1655.
152. Craig P, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: reflections on the 2008 MRC Guidance. *Int J Nurs Studies* 2013; 50 (5): 565-7.
153. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ* 2015;350:h1258.
154. Graff MJL, Melick MBM van. Het ontwikkelen en testen van een standaard voor de ergotherapeutische behandeling van geriatrische patiënten met niet-ernstige cognitieve stoornissen. *Ned Tijdschr Ergother* 2000; (28), 5: 169-174.

155. Melick MBM van, Graff MJL, Mies L. *Standaard en ergotherapie behandelprogramma voor de diagnostiek en behandeling van geriatrische patiënten met niet-ernstige cognitieve stoornissen*. Nijmegen: UMC St. Radboud, 1998.
156. Sturkenboom IHWM, Thijssen MCE, Gons-van Elsacker JJ, et al. *Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson*. Een richtlijn van Ergotherapie Nederland. Utrecht/Den Haag: Ergotherapie Nederland/Uitgeverij Lemma. 2008.
157. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, Bakken S, Kaplan CP, Squiers L, Fabrizio C, Fernandez M. How we design feasibility studies. *Am J Prev Med* 2009; 36(5): 452-7.
158. Thijssen M, Daniel R, Nijhuis-van der Sanden R, Graff M. Research protocol. 'Improving and sustaining positive health of people with dementia and their carers by creating dementia friendly societies.' Nijmegen: Donders Institute for Cognition and Brain. 2018.
159. Ergotherapie Nederland Richtlijncommissie. Het EDOMAH programma. In: *Evaluatie toepassing en implementatie richtlijnen in Nederland*. Utrecht: EN. 2014.
160. Leontjevas R, Gerritsen DL, Smalbrugge M, Teerenstra S, Vernooij-Dassen MJFJ, Koopmans RTCM. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *The Lancet* 2013, 381 (9885): 2255-64.
161. Saunders RP, Evans MH, Joshi P. Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. *Health Promot Pract* 2005; 6(2): 134-47. 11.
162. Hulscher M, Laurant M, Wensing M, Grol R. *Evaluatie van het proces van implementatie*. In Grol R, Wensing M (eds). *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. 3^e druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. 2006.
163. Grol R, Wensing M. *Implementatie. Effectieve verbetering van patiëntenzorg*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum/Springer Media B.V. 6e druk. 2016. ISBN 9789036810760.
164. Grol R, Wensing M, Bosch M, Hulscher M, Eccles M. *Chapter 2. Theories on implementation of change in healthcare*. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Healthcare*. First published: 20 May 2013. <https://doi.org/10.1002/9781118525975.ch>
165. Voigt-Radloff. *Cross-national transfer of Community Occupational Therapy in Dementia*. PhD Thesis. Freiburg: University Hospital Freiburg. 2011.
166. Vernooij-Dassen M, Monisz-Cook E. Raising the standard of applied dementia care research: Addressing the implementation error. *Ageing Ment Health*, 2014, 18 (7): p.809-814.
167. Haegelskar V, Waehres, E, Graff M. *Research protocol. Feasibility and evaluation of the effectiveness of the ABLE occupational therapy programme for improving the self-management, occupational performance and participation of people with chronic conditions*. University of Southern Denmark. 2019.
168. Lindenschot M, Steultjens E, Groot de I, Koene S, Nijhuis-van der Sanden R, Graff M. Research protocol. *Psychometric Properties of the PRPP (Perceive-Recall-Plan-Perform System of Task Analysis) in children with mitochondrial disease*. Nijmegen: Radboud Institute for Health Sciences. 2019.
169. Veen van D, Steultjens E, Graff M, Wees van der P. Research protocol. *Improving the quality of home-based rehabilitation after stroke*. Nijmegen: HAN lectoraat Neurorevalidatie/Radboud Intsitute for Health Sciences. 2019.

170. Corporaal S, Huijbregts R, Hartog den M, Graff M, Hendriks A, Made van der A, Reizen M. *Ondersteuning eigen regie en behoud van vaardigheden bij thuiswonende mensen met dementie - SOCAV in de thuissituatie*. Den Haag: goedgekeurde subsidie ZonMw. Memorabel. 2018.
171. van Hartingsveldt MJ, Kinebanian A. *Beroepsprofiel Ergotherapeut*. Boom Lemma Uitgevers. 2010. ISBN: 9789059315624.
172. Website Radboudumc, www.radboudumc.nl 4 april 2018; www.radboudumc.nl 8 augustus 2019.
173. Website Ergotherapie Nederland. www.ergotherapienederland.nl/verenigingsdoelen. 8 augustus 2019.
174. Ergotherapie Nederland. *Kennisagenda Ergotherapie. Innovatief, zichtbaar en onderscheidend. Regie en participatie in dagelijkse activiteiten in de eigen omgeving*. Utrecht: Ergotherapie Nederland. 2018.
175. Pol MC, Poerbodipoero S, Robben S, Daams J, van Hartingsveldt M, Vos de R, Rooij de S, Kröse B, Buurman M. Sensor monitoring to measure and support daily functioning for independently living older people: a systematic review and roadmap for further development. *JAGS* 2013; Dec;61(12).
176. Pol MC, ter Riet G, van Hartingsveldt M, Kröse B, de Rooij SE, Buurman BM. Effectiveness of sensor monitoring in an occupational therapy rehabilitation program for older individuals after hip fracture, the SO-HIP trial: study protocol of a three-arm stepped wedge cluster randomized trial. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):3.
177. Ijspeert J, Janssen RMJ, Murgia A, Pisters MF, Cup EH, Groothuis JT, van Alfen N. Efficacy of a combined physical and occupational therapy intervention in patients with subacute neuralgia a myotrophy: a pilot study. *Neuro Rehab*. 2013 ;33(4):657 -65.
178. Janssen RMJ, Satink T, Ijspeert J, Alfen N van, Groothuis JT, Packer TL & Cup EHC (2018): Reflections of patients and therapists on a multidisciplinary rehabilitation programme for persons with brachial plexus injuries. *Disability and Rehabilitation*, DOI:10. 1080/09638288.2018 .1,43Or7 5” .
179. Huber M, Vliet M van, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, A Knottnerus JA et al. Towards a ‘patient-centred’ operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open* 2016;5:e010091. doi:10.1136/bmjopen-2015-010091
180. Sociaal Economische Raad. Onderzoeksrapport. *Kosteneffectiviteit van Ergotherapie*. Den Haag: Sociaal Economische Raad. November 2014