

Toekomst

In het kader van transmuralisering en ontschotting zal samenwerking en deskundigheidsbevordering buiten geriatrie afdelingen veel aandacht verdienen op korte termijn. De VVVG (sinds 1 januari 1998 Vereniging Verpleegkundig Vakgebied Geriatrie) is voornemens de verpleegkundige netwerk functie regionaal op te starten. Op sommige plaatsen zijn al initiatieven uitgewerkt. In het nieuwe opleidingsstelsel voor verpleegkundigen is een differentiatie geriatrie opgenomen. De ontwikkelde kennis binnen de verpleegkunde in de geriatrie zal ook in deze differentiatie een plaats krijgen. Gezien de verwachte ontwikkelingen in de bevolkingspopulatie zal energie gestoken moeten worden in het imago van de geriatrie. Dit om voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen te interesseren voor een carrière in dit vakgebied.

Ter onderbouwing van de huidige ervaringen en kennis dient het wetenschappelijk onderzoek uitgebreid te worden. Onderzoeksresultaten zullen geïmplementeerd moeten in de dagelijkse zorgverlening.

Naast samenwerking en uitwisseling op nationaal niveau zal uitwisseling op internationaal niveau op een structurele basis moeten plaatsvinden.

Literatuur

Declercq C. De afhankelijkheid van patiënten ten gevolge van het verpleegkundig handelen. *Verpleegkunde*. 1988/89, 1, 3-13.

De Vre L. Zin beleving bij bejaarden als uitdaging voor de verpleegkundige. *Verpleegkunde*. 1986, 2, 64-76.

Duursma SA, Ribbe MW, Robben PBM, Heeren ThJ. Geriatrie in Nederland I ontwikkeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1996, 140 (48), 2416-2419.

Eulderink F, Knook DL, Heeren ThJ, Ligthart GJ (red). Inleiding in de gerontologie en geriatrie. 1993 Bohn Stafleu en Van Loghum.

Grypdonck M. Verbetering van het lot van bejaarden in ziekenhuizen. 1991, niet gepubliceerde lezing.

Grypdonck M. Kenmerken van het verplegen met diepgang. 1994, niet gepubliceerde lezing.

Grypdonck M. Belevingsgerichte benadering van de oudere patiënt in het ziekenhuis. 1996, niet gepubliceerde lezing.

Tappen RM, Beckerman A. Multiproblem older adults in acute care. *Journal of Gerontological Nursing*. 1993, 11, 38-41.

Noten

- 1 wanneer er in deze bijdrage de term 'verpleegkunde in de geriatrie' wordt gebruikt, dan heeft dit betrekking op de verpleegkundige zorgverlening aan geriatrische patiënten in algemene ziekenhuizen.
- 2 delen van deze tekst zijn eerder gepubliceerd in Schuurmans M.J. (1996) *Verplegen in de geriatrie*, in Lagaay A.M., Ruyven A.G.H. e.a. (red) *Geriatrie in de verpleegkunde II Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde*, Leiden.
- 3 de term geriatrie-verpleegkundige wordt gebruikt voor verpleegkundigen die zich gespecialiseerd hebben in de zorg voor de geriatrische patiënt hetzij door praktische ervaring op een afdeling klinische geriatrie hetzij door scholing.

Paramedische zorg: Diagnose, behandeling en effect

33.045

Prof.dr. J. Dekker

NIVEL, Utrecht

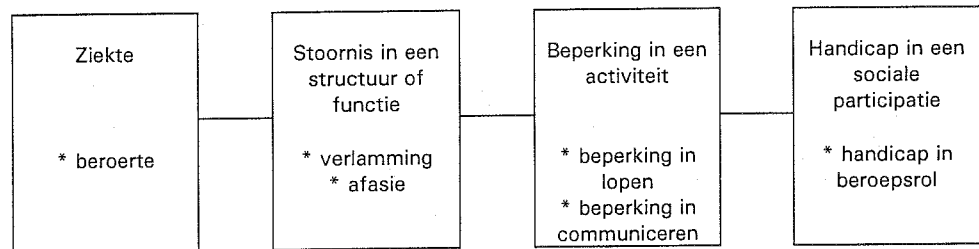
In Nederland bestaan 10 paramedische beroepen.¹ In deze voordracht zal ik aandacht besteden aan zes beroepen, te weten: ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck en podotherapie.

Allereerst zal ik een algemene karakterisering van paramedische zorg geven. Vervolgens zal ik ingaan op de betekenis van paramedische zorg voor ouderen. Tenslotte zal ik de effecten van paramedische zorg bespreken.

Paramedische zorg

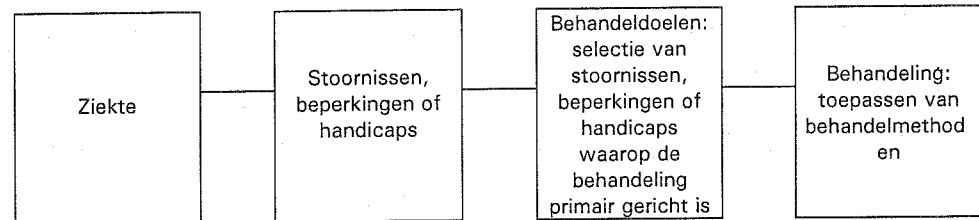
Kenmerkend voor paramedische zorg is de verwijzing door een arts: de arts stelt vast aan welke ziekte de patiënt lijdt en - als daarvoor een indicatie bestaat - verwijst de arts de patiënt naar een paramedicus. De paramedicus verricht vervolgens een eigen onderzoek naar de klachten van de patiënt. Dit onderzoek heeft betrekking op de gevolgen van de ziekte voor het functioneren van de patiënt, niet op de ziekte zelf². Daarmee is dit onderzoek in zekere zin complementair aan het diagnostisch onderzoek van de arts: de arts let vooral op de ziekteprocessen, terwijl de paramedicus zich richt op de functionele gevolgen van de ziekte.

Schema 1: Functionele gevolgen van ziekte



De functionele gevolgen van ziekten kunnen onderverdeeld worden in stoornissen, beperkingen en handicaps (zie schema 1). Bij een stoornis gaat het om een afwijking in structuren of functies.^{3,4} In het geval van een patiënt met een beroerte gaat het bijvoorbeeld om een verlamming of afasie. Bij een beperking gaat het om problemen bij het uitvoeren van activiteiten.^{3,4} In het voorbeeld van de patiënt met een beroerte gaat het om beperkingen in het lopen of beperkingen in het aangaan van een gesprek. Bij een handicap gaat het om een verminderde participatie in het sociale leven.^{3,4} Bijvoorbeeld: de patiënt oefent zijn beroep niet meer uit.

Schema 2: Diagnostiek en behandeling in de paramedische zorg



In een diagnostisch onderzoek brengt de paramedicus de stoornissen, beperkingen en handicaps van de patiënt in kaart. Op basis van beroepsmatige kennis en in overleg met de patiënt wordt hieruit een selectie gemaakt: deze selectie wordt aangeduid met de term behandeldoelen (zie schema 2). Deze behandeldoelen worden primair geacht in de klachten van de patiënt. De behandeling is erop gericht deze stoornissen, beperkingen of handicaps te verminderen of verergering ervan te voorkomen. De keuze voor een

bepaalde behandelmethode is afhankelijk van welk behandeldoel nagestreefd wordt en van welke ziekte bij de patiënt aanwezig is. De behandeldoelen en de onderliggende ziekte zijn richtinggevend voor de keuze van behandelmethoden.²

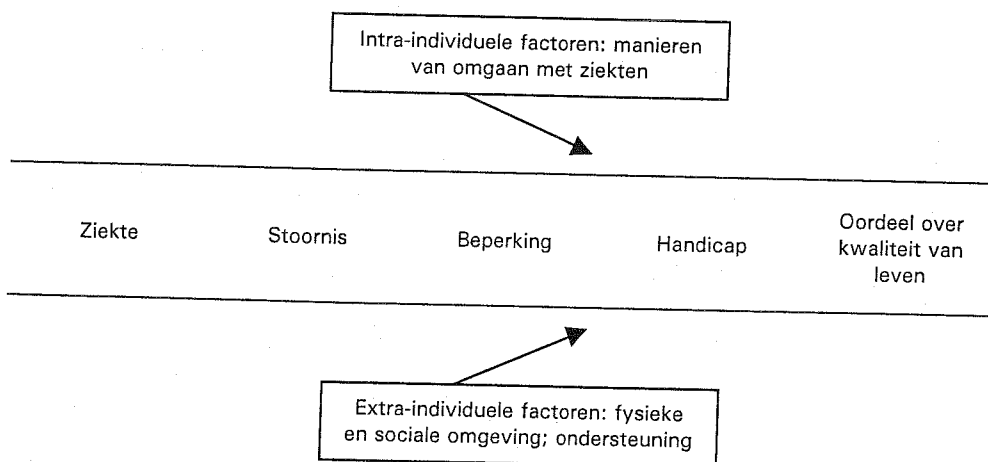
Paramedische behandelmethoden kunnen onderverdeeld worden in: het oefenen en sturen van functies en vaardigheden (onder andere bewegingstherapie en trainen van dagelijkse activiteiten), het begeleiden en adviseren van de patiënt, het voorzien in hulpmiddelen, manuele technieken (onder andere massage), fysieke therapie (onder andere toedienen van elektrische prikkels) en instrumentele technieken.

Verschillende auteurs^{5,6} hebben gesteld dat paramedische zorg betrekking heeft op het gebied 'tussen cure en care'. Deze uitspraak is juist: paramedische zorg is geen 'cure' (het gaat niet om het genezen van een ziekte) en het is ook geen 'care' (het is geen verpleging of verzorging). Paramedische zorg zit hier tussenin: het gaat om een revaliderende benadering, gericht op het verminderen van functionele gevolgen van ziekte; daarmee is het een tussengebied tussen cure en care.

Het nadeel van de omschrijving 'tussen cure en care' is echter dat het een 'negatieve' omschrijving is: het is niet dit, het is niet dat, het is wat er als tussengebied overblijft. 'Functionele gezondheid' en het 'bevorderen van functionele gezondheid' zijn begrippen waarmee dit tussengebied in positieve zin omschreven wordt. Bevorderen van functionele gezondheid verwijst naar het verminderen van stoornissen, beperkingen en handicaps. Men kan dus stellen dat paramedische zorg tot doel heeft de functionele gezondheid van patiënten te bevorderen.

Behalve met medische wetenschappen heeft paramedische zorg ook nauwe banden met gedragswetenschappen. De manier waarop iemand omgaat met een ziekte is van invloed op de ernst van stoornissen, beperkingen en handicaps. Ook factoren buiten de persoon zelf zijn hierop van invloed. Dit is schematisch weergegeven in schema 3.⁷ Paramedische behandeling heeft dikwijls betrekking op het gedrag van de patiënt. Oude, dysfunctionele gedragingen worden afgeleerd en nieuwe gedragingen worden aangeleerd. Iemand met chronische rugklachten die leert om op een andere manier te zitten en te tillen; iemand met reuma die leert om ondanks de pijn toch te bewegen; of iemand met de ziekte van Parkinson die leert zich thuis zelfstandig te bewegen, ondanks beven en stijfheid - in al deze gevallen gaat het om gedragsverandering. Paramedische zorg kan gekarakteriseerd worden als een eigen kennisgebied, dat betrekking heeft op de functionele gezondheid van mensen. Paramedische zorg heeft nauwe banden met medische wetenschappen en met gedragswetenschappen.

Schema 3: Intra- en extra-individuele invloeden



10. Beckerman H., Bouter L.M. (red). Effectiviteit van fysiotherapie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1991.
11. Baar M.E. van, Dekker J., Bijl D. et al. Het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie. Utrecht: Intern rapport NIVEL, 1997.
12. Clark F., Azen S., Zemke R. et al. Occupational therapy for independent living older adults. JAMA, 1997, 278, 1321-1326.

Ergotherapie en geriatric: de noodzaak van een ergotherapeutische behandelstandaard 33.046

Drs. M.J.L. Graff

ergotherapeute-gezondheidswetenschapper, onderzoeker afdeling ergotherapie, Academisch Ziekenhuis Nijmegen

Een geriatriche patiënt kenmerkt zich door een veelvoud aan ziekten, stoornissen in lichamelijke en/of geestelijke functies en/of een onregelde thuissituatie (Eulderink, 1995). Deze kenmerken zijn van invloed op het handelen van de geriatriche patiënt in zijn dagelijkse activiteiten. Ergotherapie is de discipline die zich bezighoudt met het handelen van de mens in dagelijkse activiteiten. De algemene definitie van de ergotherapie luidt: ergotherapie biedt de cliënt de mogelijkheid een optimale wijze van uitvoer van dagelijkse activiteiten te bereiken in de eigen omgeving, waarbij concrete, voor de cliënt betekenisvolle handelingen op de gebieden zelfredzaamheid, produktiviteit en vrije tijd, onderwerp zijn van therapie (concept kerndocument beroepsprofiel ergotherapie, 1997).

Een belangrijke doelgroep waar ergotherapeuten werkzaam op afdelingen geriatric van ziekenhuizen zich op richten, zijn geriatriche patiënten met niet-ernstige cognitieve beperkingen die na ontslag uit het ziekenhuis, naar huis of het verzorgingshuis gaan. Dit is een doelgroep met veelal complexe problematiek, waarbij vele omgevingsfactoren een rol spelen. De partner, familie en/of professionele verzorger van de patiënt, ook wel centrale verzorger genoemd, worden betrokken in de therapie. De ergotherapeut behandelt zowel in het ziekenhuis als in de eigen omgeving, de thuissituatie van de patiënt.

Vanuit de praktijk van ergotherapeuten werkzaam op afdelingen geriatric bestond er de behoefte aan afstemming, zowel ten aanzien van de ergotherapeutische diagnostiek als ten aanzien van de ergotherapeutische behandeling van geriatriche patiënten met niet-ernstige cognitieve stoornissen. In de Werkgroep van Ergotherapeuten werkzaam op afdelingen Geriatric (WEG), bestond de behoefte aan het ontwikkelen van een kwalitatief goede en praktisch werkbare standaard voor deze patiënten. Onder een standaard wordt verstaan: een onderling overeen gekomen uitvoeringsniveau dat geschikt is voor de aangesproken populatie (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1996). Enerzijds was er de behoefte aan het verbeteren van de kwaliteit van de ergotherapeutische behandeling bij geriatriche patiënten met niet-ernstige cognitieve beperkingen. Anderzijds was er de behoefte om een leidraad te maken voor zowel de ervaren als onervaren ergotherapeut bij de diagnostiek en behandeling van deze patiënten.

Vanuit een onderzoeker van de afdeling ergotherapie van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen werd vervolgens het initiatief genomen om een projectvoorstel te schrijven voor het ontwikkelen en testen van de standaard. Tijdens het vooronderzoek werd bekeken welk theoretisch kader geschikt zou zijn om deze standaard op te baseren. In overleg met de Opleiding Ergotherapie van de Hogeschool van Amsterdam werd gekozen voor het Model of Human Occupation van G. Kielhofner (1995). Gezamenlijk werd een subsidieaanvraag ingediend bij de Hbo-raad, met als doel de verdere