

Woord vooraf	11
DEEL I - FYSIEKE REVALIDATIE: ALGEMEEN	13
1. De sector ‘fysieke revalidatie’ hertekent zich	15
<i>Pierre Seeuws</i>	
1.1 Inleiding	15
1.2 Demografische en conceptuele factoren	16
1.3 Financieel-organisatorische factoren	17
1.4 Het gezondheidspolitieke antwoord	18
1.4.1 Het plan geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid	18
1.4.2 De hervorming van de Wet op de uitvoering van de zorgberoepen	19
1.4.3 De hervorming van de ziekenhuisfinanciering	20
1.4.4 De hervorming van de eerstelijnsgezondheidszorg	20
1.4.5 Het e-Gezondheidsplan	21
1.5 Ergotherapie in de ‘nieuwe’ fysieke revalidatie	21
2. Professioneel redeneren en methodisch handelen	25
<i>Johan Valy, Kristof Uvijn</i>	
2.1 Inleiding	25
2.2 Het gebruik van de ICF voor ergotherapie in de fysieke revalidatie	26
2.3 Het proces van methodisch handelen	27
2.3.1 Kennismaking	28
2.3.2 Vraaginventarisatie en -analyse	28
2.3.3 Doelbepaling en plan van aanpak	29
2.3.4 Evaluatie en nazorg	31
2.4 Professioneel redeneren	32

3. Assessment	35
<i>Daphne Kos</i>	
3.1 Definitie van assessment	35
3.2 Doelen van assessment	36
3.3 Zoeken naar assessment	37
3.4 Wat brengt een ergotherapeutisch assessment in kaart?	38
3.5 Veelgebruikte assessmentinstrumenten in de fysieke revalidatie	39
3.6 Beoordeling van assessment	42
4. Theorieën, referentiekaders, benaderingen, modellen en methodieken gebruikt binnen de fysieke revalidatie	45
<i>Lieve Debackere, Turid Deisz</i>	
4.1 Inleiding	45
4.2 Biomechanisch referentiekader	46
4.3 Referentiekader gericht op compensatie	47
4.4 Benaderingswijzen gericht op motorische controle	48
4.4.1 Bobath-concept	49
4.4.2 PANat-concept	50
4.4.3 Taakgerelateerde benadering	50
4.4.3.1 Task-Oriented Approach	51
4.4.3.2 Constraint Induced Movement Therapy (CIMT)	51
4.4.4 Mental practice met motor imagery	52
4.4.5 Spiegeltherapie	53
4.4.6 Affolter	54
4.5 Referentiekader gericht op leren	55
4.5.1 Operante conditionering	56
4.5.2 Leren door imiteren of modeling	57
4.5.3 Inzichtelijk leren	57
4.5.4 Het (sociaal) constructivisme	57
4.6 Een model voor gedragsverandering	58
4.6.1 Het openstaan	59
4.6.2 Het begrijpen	59
4.6.3 Het willen	60
4.6.4 Het kunnen	60
4.6.5 Het doen	60
4.6.6 Het volhouden	60
4.7 Pijntheorieën	61

5. Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)	67
5.1 Cerebrovasculair accident	67
<i>Turid Deisz</i>	
5.1.1 Inleiding	67
5.1.2 Impact op het handelen	69
5.1.2.1 Functionele gevolgen op het vlak van BADL (basale activiteiten dagelijks leven)	70
5.1.2.2 Functionele gevolgen op het vlak van IADL (instrumentele activiteiten dagelijkse leven)	70
5.1.2.3 Functionele gevolgen op het vlak van wonen	70
5.1.2.4 Functionele gevolgen op het vlak van werken	71
5.1.2.5 Functionele gevolgen op het vlak van vrije tijd	71
5.1.3 Ergotherapeutisch proces	72
5.1.4 Casus	74
5.2 Traumatisch hersenletsel (THL)	80
<i>Greet Steyaert</i>	
5.2.1 Inleiding	80
5.2.2 Impact op het handelen	82
5.2.3 Ergotherapeutisch proces	83
5.2.4 Casus	85
5.3 Multiple sclerose	89
<i>Marijke Duportail, Sofie Ferdinand</i>	
5.3.1 Inleiding	89
5.3.2 Impact op het handelen	91
5.3.2.1 Motorische verschijnselen	92
5.3.2.2 Coördinatie- en evenwichtsstoornissen	92
5.3.2.3 Gevoelsstoornissen en pijn	92
5.3.2.4 Cognitieve verschijnselen	92
5.3.2.5 Psychologische/psychiatrische verschijnselen	93
5.3.2.6 Vermoeidheid	93
5.3.2.7 Oogsymptomen	93
5.3.2.8 Blaas- en darmstoornissen	93
5.3.2.9 Seksuele stoornissen	94
5.3.3 Ergotherapeutisch proces	94
5.3.4 Casus	96
5.4 Cognitieve stoornissen na NAH	101
<i>Bie Op de Beeck</i>	
5.4.1 Inleiding	101
5.4.2 Impact op het handelen	102

5.4.3	Ergotherapeutisch proces	102
5.4.3	Casus	110
6.	Dwarslaesie	115
	<i>Lieve Debackere en Turid Deisz</i>	
6.1	Inleiding	115
6.2	Impact op het handelen	117
6.3	Ergotherapeutisch proces	119
6.4	Casus	122
7.	Aandoeningen ter hoogte van de rug en de nek	131
	<i>Lieve Debackere</i>	
7.1	Inleiding	131
7.2	Impact op het handelen	133
7.3	Ergotherapeutisch proces	134
7.4	Casus	138
8.	Perifere aandoeningen van schouder, arm en hand	143
	<i>Lieve Debackere</i>	
8.1	Inleiding	143
8.2	Impact op het handelen	144
8.3	Ergotherapeutisch proces	145
8.4	Casus	152
9.	Heup- en knieproblematiek	157
	<i>Greet Steyaert</i>	
9.1	Inleiding	157
9.2	Impact op het handelen	158
9.3	Ergotherapeutisch proces	159
9.4	Casus	163
10.	Amputatie	167
	<i>Greet Steyaert, Rebecca Peel, Hanne Pinsart</i>	
10.1	Inleiding	167
10.2	Impact op het handelen	168
10.3	Ergotherapeutisch proces	169
10.4	Casus	174

11. Reumatische aandoeningen	179
<i>Lieve Debackere</i>	
11.1 Inleiding	179
11.2 Impact op het handelen	180
11.3 Ergotherapeutisch proces	182
11.4 Casus	189
12. Cardiopulmonaire aandoeningen	193
<i>Adinda Bracke, Florence Teugels, Anne Dejager, Turid Deisz</i>	
12.1 Inleiding	193
12.2 Cardiale aandoeningen	193
12.2.1 Impact op het handelen	195
12.2.2 Ergotherapeutische proces	196
12.3 Pulmonaire aandoeningen	198
12.3.1 Impact op het handelen	200
12.3.2 Ergotherapeutisch proces	200
12.4 Casus	203
13. Oncologische aandoeningen	209
<i>Caroline Decorte, Anne Dejager</i>	
13.1 Inleiding	209
13.2 Impact op het handelen	210
13.3 Ergotherapeutisch proces	211
13.4 Casus	212
14. Chronische pijn	219
<i>Annelies Vandewiele, Anne Dejager</i>	
14.1 Inleiding	219
14.2 Impact op het handelen	220
14.3 Ergotherapeutisch proces	220
14.4 Casus	224
15. Polytrauma	231
<i>Liesbeth Ryssen</i>	
15.1 Inleiding	231
15.2 Impact op het handelen	231
15.3 Ergotherapeutisch proces en casus	232

Lijst van afkortingen	237
Index	239
Werkten mee aan dit boek	245

1.

De sector 'fysieke revalidatie' hertekent zich

Pierre Seeuws

1.1 Inleiding

De ergotherapeutische praktijkvoering fysieke revalidatie situeert zich hoofdzakelijk in een ziekenhuisomgeving. Door de prominente aanwezigheid van de medici (medische sector) in de dagelijkse praktijk is de invloed van de biomedische visie op zorg bepalend (Cup, Kinébanian, & Heerkens, 2017). Van de Velde et al. (2016) omschrijven het biomedische model als “a scientific way of reasoning about health and regards disease as the human body having a breakdown due to a biological reason”.

De sterke biopsychosociale kijk van de ergotherapie (Cup, Kinébanian, & Heerkens, 2017) heeft de praktijkvoering daardoor niet altijd eenvoudig of bevredigend gemaakt. Het biopsychosociale model wordt omschreven als volgt:

a scientific way of reasoning of health and regards illness or disability not only as a breakdown due to a biological reason, but also due to social and psychological factors. Health is defined here as a complementary system in which all aspects of human functioning are considered 'the patient and the social context'. (Van de Velde, Eijkelkamp, Peersman, & De Vriendt, 2016)

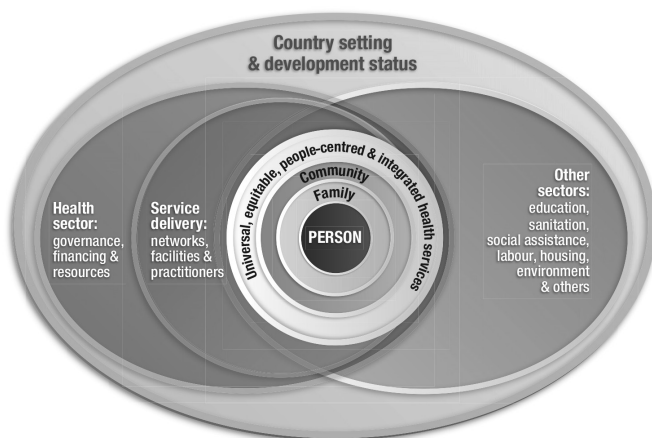
De fysieke revalidatie is een interventiedomein waar heel wat wetenschappelijke evidentie voorhanden is. Onderbouwd door de wetenschappelijke bewijsvoering, zorgen mono- en interdisciplinaire protocollen en zorgpaden er mee voor dat ook de ergotherapie een hoge graad van efficiëntie en effectiviteit heeft, met andere woorden: dat binnen een afgemeten tijd en financiering effectieve en kwalitatieve resultaten behaald worden, met de participatieve inbreng van de cliënt.

Heel wat factoren zetten de sector echter onder druk. Zowel de demografische en conceptuele factoren als de financieel-organisatorische en gezondheidspolitieke invloeden bewegen de ergotherapie in de fysieke revalidatie naar een nieuwe taakinvolving en profilering.

1.2 Demografische en conceptuele factoren

De levensverwachting van de Belgische burger stijgt continu (Statbel, 2017). Onderzoek toont aan dat de bijkomende levensjaren hand in hand gaan met een exponentiële groei van complexe polypathologieën. Patiënten (in revalidatie) hebben steeds meer verschillende ziektebeelden/diagnosen die simultaan een invloed hebben op het functioneren. De focus verschuift daardoor steeds meer van die ene aandoening die aanleiding geeft tot een ziekenhuisopname, naar het totaalbeeld dat samengesteld wordt door de aanwezige ziektebeelden (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2013; Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2012). Historisch worden ziekenhuisdiensten nog steeds volgens de medische specialiteiten ingedeeld. Ook in die specialistische diensten stijgt de aandacht voor de complexe en zeer specifieke samenhang van de zorg- en welzijnsnoden van de patiënt.

De eerste uitgave van de ICF (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007) versnelde de evolutie van het biomedische naar het biopsychosociale concept. Dat ervoer de ergotherapiewereld als bevrijdend, omdat het een belangrijke bevestiging betekende van het eigen biopsychosociale paradigma. Die evolutie werd nogmaals bevestigd door de WHO via de “conceptual framework for people-integrated health services” (World Health Organization, 2015) (figuur 1.1).



Figuur 1.1. Conceptual framework for people-centred and integrated health services (World Health Organization, 2015).

Dit conceptuele kader vormt de basis voor de wereldwijde (re)organisatie van de gezondheids- en welzijnszorg. Terwijl zorg in het biomedische model wordt georganiseerd vanuit de indeling in ziektebeelden, verlegt dit concept de focus naar de persoon. Aan de basis ligt het principe van de geïntegreerde zorg: de zorg wordt georganiseerd vanuit een netwerk waarin de verschillende spelers met elkaar in overleg gaan en op elkaar inspelen, met een allesomvattende zorg op maat van de individuele cliënt als resultaat. Daarbij staat de patiënt/cliënt/persoon centraal. De directe sociale context (familie, mantelzorgers, vrienden- en kennissenkring) vormt het eerste netwerk voor zorg en ondersteuning. Daarrond bevinden zich de professionele zorgverstrekkers en diensten. In onderling overleg en in samenspraak met de patiënt en zijn sociale context wordt zowel de organisatie als de uitvoering van de zorg en ondersteuning generaliseerd (RIZIV, 2018a; 2018b). Daarrond worden de gezondheidssector, de sector van de dienstverlening en alle andere sectoren (onderwijs, huisvesting, werk ...) georganiseerd en gereguleerd om dat proces mogelijk te maken.

1.3 Financieel-organisatorische factoren

Multipathologie, de vergrijzing en de demografische evolutie hebben een prijskaartje. Zowel het aantal als de complexiteit van de behandelingen blijft jaar in jaar uit stijgen. De snelheid waarmee het budget van de sociale zekerheid stijgt, is een uitdaging voor zowel de politiek als de sector zelf (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2017a; 2017b). Twee principes worden daardoor steeds belangrijker in de gezondheidszorg:

- de efficiëntie, die focust op het effect van de behandeling (heeft de manier van behandeling het beoogde resultaat?);
- de effectiviteit, die focust op het kosten-batenevenwicht (worden de beschikbare middelen correct gebruikt om het beoogde resultaat te behalen?).

Wetenschappelijk onderzoek ondersteunt daarbij de evidence-based practice.

Ook binnen de revalidatiesector mondde de evenwichtsoefening tussen effectiviteit en efficiëntie uit in protocollen en zorgpaden. Het individueel revalidatietraject wordt in een generiek tijds- en middelenschema gepast. Om een cliënt bijvoorbeeld een paar dagen na het plaatsen van een totale heupprothese mét voldoende garanties op een goede (functionele) genezing uit het ziekenhuis te ontslaan, is een efficiënte en effectieve behandeling noodzakelijk.

Ondanks alle politieke en financiële druk op de sector, en ondanks de betere effectiviteit en efficiëntie, blijft de kost van de gezondheidszorg stijgen. Daardoor groeide het gezondheidspolitieke inzicht dat ook de manier waarop de gezondheidszorg wettelijk en structureel georganiseerd wordt, aan herziening toe is.

1.4 Het gezondheidspolitieke antwoord

In 2015 vormden de negen federale en regionale overheidsdiensten die beslissingen nemen betreffende de zorg en welzijn in België, de Interministeriële Conferentie Gezondheidszorg. Gestuurd door het 'conceptual framework people-integrated health services' van de WHO (World Health Organization, 2015) en met de ondersteuning van de academische en wetenschappelijke wereld, werd beslist om het concept van de gezondheidszorg aan te pakken.

1.4.1 Het plan geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid

Het plan geïntegreerde zorg staat voor de volgende missie:

“De missie van het plan is om te streven naar een verbetering van de levenskwaliteit van de bevolking, en prioritair de personen met één of meerdere chronische aandoeningen, zodat die zo goed mogelijk kunnen leven in de eigen omgeving (familie, school, werk) en in de gemeenschap en op een actieve manier het zorgproces kunnen beheren.” (RIZIV, 2018b, p. 6)

Geïntegreerde zorg (*integrated health services*) definieert de WHO als volgt:

“The management and delivery of health services so that clients receive a continuum of preventive and curative services according to their needs over time and across different levels of the health system.” (World Health Organization, 2008)

Daarbij moet er aandacht zijn voor de zelfredzaamheid van de patiënt, de specifieke gezondheidstoestand en het welzijn van de patiënt en zijn omgeving (*people-centered*), evenals voor de tevredenheid van de patiënt en van de professionele zorgverleners over de kwaliteit van de verleende zorg. De belangrijkste toetssteen is kwaliteit van leven van de persoon met een zorgnood. Het beoogde zorgmodel is gericht op *equity* en dus op het wegwerken van gezondheidsongelijkheden, met een specifieke aandacht voor de financiële toegankelijkheid van zorg.

Het doel van implementatie van de geïntegreerde zorg is gebaseerd op het *Triple-Aim*-principe (RIZIV, 2018b) (figuur 1.2):

1. de gezondheid verbeteren van de bevolking in het algemeen en van de chronisch zieken in het bijzonder;
2. de kwaliteit van de zorg verbeteren (toegankelijkheid, evidencebased ...);
3. de toegewezen middelen efficiënter gebruiken (betere zorg aanbieden met de geïnvesteerde middelen, duurzaamheid van het financieringssysteem van de zorg).