

Dr. J. Dekker

ZIEKTE, FUNCTIONELE GEZONDHEID EN PARAMEDISCHE ZORG

Rede uitgesproken op 12 november 1997 bij het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar in de paramedische zorg aan de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

Vrije Universiteit, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO-Instituut), Amsterdam.

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg,

Mijnheer de Rector Magnificus,
Zeer gewaardeerde toehoorders,

Op 28 november 1892 werd Hendrik Soeter door de Hoge Raad schuldig bevonden aan het feit dat hij 'niet toegelaten tot de uitoefening van een beroep waartoe de wet eene toelating vordert, buiten noodzaak dat beroep uitoefent". Hij werd veroordeeld "tot betaling van eene geldboete van f 25,-" of "eene hechtenis van vijf dagen". Hendrik Soeter was een gymnastiek-onderwijzer en masseur te Groningen. De rechter was destijds van mening dat hij als masseur de geneeskunde uitoefende zonder daartoe bevoegd te zijn (1).

In de tijd van Hendrik Soeter was de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst aangenomen (in 1865). Eén van de belangrijkste doelen van deze wet was het trekken van een duidelijke grens tussen geneeskunde en kwakzalverij. Na enige tijd bleek dat de opsplitsing in 'geneeskunde' en 'kwakzalverij' veel te schematisch was. Er zijn activiteiten die een eigen karakter hebben en toch deels op het terrein van de geneeskunde liggen. Om juridische problemen te voorkómen kwam er een regeling voor de ziekenverpleging (in 1921) en een regeling voor de ziekenverzorging (in 1963). Ook voor de heilgymnasten-masseurs bleek een regeling gewenst. Via een aantal tussenstappen (1) kwam de Wet op de Paramedische Beroepen tot stand (in 1963). De Wet op de Paramedische Beroepen verschaft momenteel de wettelijke basis voor de activiteiten van diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, mondhygiënist, orthoptisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten.* Dankzij deze wet hoeven veroordelingen, zoals die van Hendrik Soeter, nu niet meer plaats te vinden. In de nabije toekomst zullen de activiteiten van de paramedici geregeld worden via de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

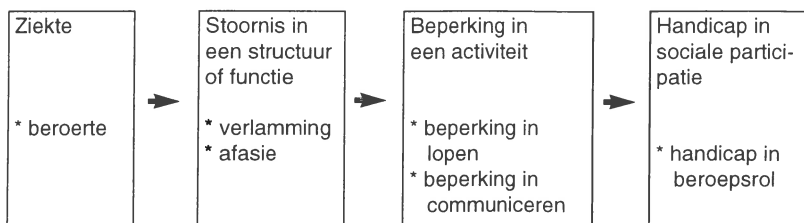
- * Mijn rede heeft betrekking op fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck en podotherapie. Op andere paramedische beroepen heeft mijn rede alleen indirect betrekking.

De *wettelijke* regelingen kwamen tot stand omdat paramedische zorg nauw verweven is met de medische zorg, maar toch een eigen karakter heeft. De *inhoudelijke* verwoording van het eigen karakter van paramedische zorg is pas tamelijk recent goed op gang gekomen. In mijn rede zal ik eerst spreken over dit inhoudelijke karakter van paramedische zorg, in relatie tot medische zorg. Vervolgens zal ik aandacht besteden aan de relatie tussen gedragswetenschappen en paramedische zorg. Als laatste, maar zeker niet als minste, zal ik ingaan op het onderzoek naar paramedische zorg - het onderwerp van mijn leeropdracht.

Medische en 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 zelf (2,3). 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.

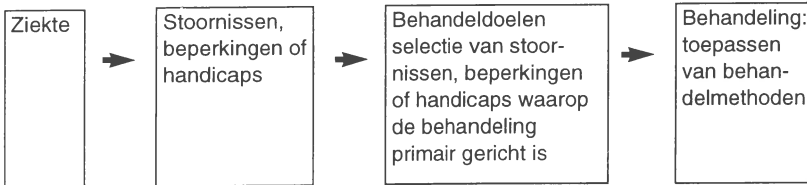
Schema 1: Functionele gevolgen van ziekte



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 (4,5). 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 (4,5). 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 (4,5).

Bijvoorbeeld: de patiënt oefent zijn beroep niet meer uit. Een belangrijke impuls aan het gebruik van deze begrippen (stoornis, beperking en handicap) is in Nederland gegeven door Lankhorst en - meer specifiek op het paramedisch terrein - door Oostendorp en hun medewerkers.

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 er op gericht deze stoornissen, beperkingen of handicaps te verminderen of verergering ervan te voorkómen. 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 (6-11).

Verschillende auteurs (12,13) 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 stel-

len dat paramedische zorg tot doel heeft de functionele gezondheid van patiënten te bevorderen.

Veel patiënten in de paramedische zorg lijden aan een chronische ziekte (14,15). Chronische ziekten zijn per definitie niet of slechts ten dele te genezen. Bovendien is een chronische ziekte gedurende langere tijd aanwezig. Het is daarom begrijpelijk dat juist bij deze chronische ziekten een sterk accent gelegd wordt op het terugdringen van de gevolgen van de ziekte voor het dagelijks functioneren. Of: positief gezegd, op het bevorderen van functionele gezondheid en autonomie. Juist voor mensen met een chronische ziekte kan paramedische zorg een grote betekenis hebben. Ik zal u daarvan enkele voorbeelden geven.

- * Patiënten met reuma hebben veel last van pijn en beperkingen in het lopen. De lichamelijke conditie van deze mensen is vaak slecht: de spierkracht is minder, de bewegingsuitslag van gewrichten is minder en het uithoudingsvermogen is laag. Met behulp van fysiotherapie of oefentherapie kan de lichamelijke conditie verbeterd worden, hetgeen leidt tot minder pijn en beperkingen.
- * Patiënten met neurologische ziekten, zoals de ziekte van Parkinson, kunnen problemen hebben met zelfverzorging en met mobiliteit binnens- en buitenshuis. De problemen worden veroorzaakt door motorische stoornissen, zoals traagheid, stijfheid en trillen. Met behulp van ergotherapie kunnen patiënten leren hulpmiddelen te gebruiken of activiteiten op een andere manier uit te voeren. Hierdoor kunnen deze mensen zich thuis langer zelfstandig staande houden.
- * Na een beroerte kunnen patiënten problemen hebben met het spreken (dysarthrie). Bij een logopedische behandeling wordt het spreken geoefend en er worden alternatieve manieren om te communiceren aangeleerd. De communicatie met de omgeving kan op deze wijze in belangrijke mate hersteld worden.

Bij deze karakterisering van paramedische zorg wil ik een opmerking maken. Deze opmerking betreft de paramedische diagnostiek. Het verschijnsel doet zich voor dat elke beroepsgroep zijn eigen diagnostische systematiek lijkt te ontwikkelen. Fysiotherapeuten spreken over de fysiotherapeutische diagnose, ergotherapeuten over de ergotherapeutische diagnose enzovoorts. De functionele gevolgen van ziekte zijn echter niet het exclusieve terrein van één bepaalde beroepsgroep. Paramedici hebben

allen te maken met een heel spectrum van stoornissen, beperkingen en handicaps; één paramedische beroepsgroep kan zich daar niet een bepaald terrein uit toeëigenen. Bovendien spelen ook niet-paramedici een belangrijke rol in de zorg op dit terrein. Medisch specialisten - waaronder revalidatie-artsen en verpleeghuisartsen - en huisartsen vervullen hier een essentiële rol. Het verdient daarom de voorkeur te spreken over een 'functionele diagnose'. Hiermee wordt aangegeven dat het gaat om een diagnose van problemen in de functionele gezondheid, zonder dat deze problemen toegeëigend kunnen worden door een bepaalde beroepsgroep. Verder dient het woord diagnose vooralsnog met terughoudendheid gebruikt te worden: aangezien het diagnostisch onderzoek naar stoornissen, beperkingen en handicaps nog sterk in ontwikkeling is, geef ik vooralsnog de voorkeur aan de voorzichtiger term 'bevindingen ten aanzien van de functionele diagnose'.

Gedragswetenschappen en paramedische zorg

Paramedici zijn zeker niet de enigen die zich bekommeren om de gevolgen van ziekten. Ik noemde u al artsen die zich hiermee bezig houden. Verder - en daar gaat het mij nu om - hebben ook gedragswetenschappers zich op dit terrein begeven. Met als centraal begrip 'kwaliteit van leven' verrichten zij onderzoek naar de gevolgen van ziekten voor patiënten. Het onderzoek op dit terrein is vooral geconcentreerd rond de ontwikkeling van meetinstrumenten. Er zijn veel vragenlijsten ontwikkeld om lichamelijke, psychische en sociale aspecten van kwaliteit van leven te meten. Om de gegevens over kwaliteit van leven te ordenen en te interpreteren wordt in toenemende mate gebruikgemaakt van de begrippen 'stoornis, beperking en handicap'. Dit is een opmerkelijke ontwikkeling. Hier vindt namelijk een integratie plaats tussen de gedragswetenschappen, die denken in termen van 'kwaliteit van leven' en disciplines die denken in termen van functionele gevolgen van ziekten, zoals de paramedische beroepsbeoefenaren.

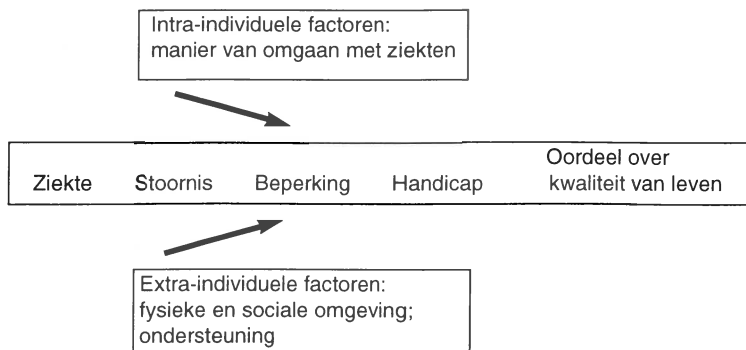
Eerst zal ik u laten zien hoe deze gedachtenwerelden geïntegreerd kunnen worden. Daarna zal ik dit verder uitwerken aan de hand van een concreet voorbeeld, namelijk de klachten van patiënten met artrose.

Ik volg hier de ideeën van Lois Verbrugge en Allan Jette (16), een socioloog en fysiotherapeut uit de Verenigde Staten en van Marie Johnston (17), een psycholoog uit Engeland die nauw met een fysiotherapeut samenwerkt. Volgens deze auteurs kunnen de functionele gevolgen van ziekten goed in

beeld gebracht worden als onderscheid gemaakt wordt tussen stoornissen, beperkingen en handicaps (of analoge begrippen). Dit leidt tot een veel nauwkeuriger beschrijving van gevolgen van ziekten dan gedragswetenschappers uit zichzelf meestal geven. Wat echter ontbreekt is een oordeel over kwaliteit van leven. Verbrugge en Jette stellen daarom voor een categorie toe te voegen. Zij breiden het model over functionele gevolgen uit met het oordeel over kwaliteit van leven (zie schema 3).

Belangrijker is echter dat zowel Verbrugge en Jette als Johnston stellen dat de functionele gevolgen niet alleen afhankelijk zijn van de ziekte. Ook de manier waarop de patiënt met de ziekte omgaat en externe factoren zijn van invloed op de gevolgen van de ziekte. Het model wordt daarom nog verder uitgebreid (zie schema 3). In dit verder uitgebreide model wordt aangegeven dat de manier waarop de patiënt omgaat met de ziekte, van invloed is op de functionele gevolgen van ziekte. Ook voor factoren buiten de persoon geldt dat zij hierop van invloed zijn.

Schema 3: Model van Verbrugge en Jette

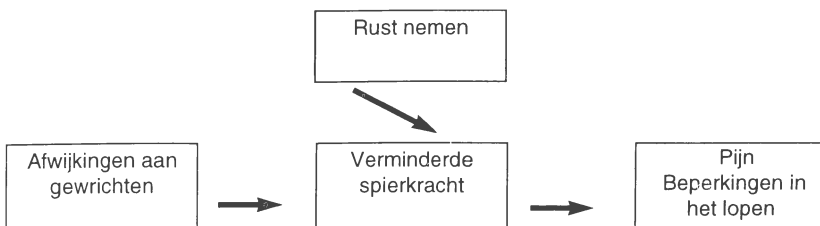


Dit soort modellen en schema's zijn geduldig: het is tamelijk makkelijk om er nog een hokje en een pijltje bij te tekenen. Terecht kan men zich afvragen of dit model werkelijk zinvol is. Of het model zinvol is en heuristische waarde heeft, kan alleen blijken uit een toepassing van dit model in onderzoek. Ik zal u daarvan een illustratie geven.

Het gaat om onderzoek naar patiënten met artrose (18,19). Artrose is een aandoening van de gewrichten, die gepaard gaat met pijn en beperkingen in het lopen, opstaan, gaan zitten e.d. De ernst van de afwijkingen in de gewrichten hangt nauwelijks of niet samen met de ernst van de klachten.

Patiënten met duidelijke afwijkingen in de gewrichten kunnen weinig klachten hebben, terwijl patiënten met weinig gewrichtsafwijkingen veel klachten kunnen hebben. Dit roept uiteraard de vraag op welke factoren dan wel samenhangen met de ernst van de klachten. Er is daar inmiddels vrij veel over bekend. Patiënten met verminderde spierkracht hebben meer pijn en zijn meer beperkt bij het lopen (zie schema 4). Ook is bekend dat de manier waarop de patiënten omgaan met de pijn samenhangt met de beperkingen: patiënten die rust nemen als ze pijn hebben, hebben méér pijn en méér beperkingen bij het lopen. Dit is een opmerkelijke bevinding. Hoe moet men zich dit verband voorstellen? Waarom leidt rust tot meer pijn en meer beperkingen? De gedachte is dat rust nemen op korte termijn tot een vermindering van pijn leidt: als je rust, belast je je gewrichten minder en heb je minder pijn. Echter, op langere termijn leidt veel rusten ertoe dat de lichamelijke conditie van de patiënt achteruitgaat. Veel rusten leidt op den duur tot vermindering van spierkracht en instabiliteit van gewrichten; en dit leidt tot meer pijn en beperkingen in het lopen (zie schema 4). Patiënten komen dus in een vicieuze cirkel terecht van pijn en beperkingen, rust nemen, verminderde spierkracht en daardoor nog meer pijn en beperkingen. Hoewel het nog te vroeg is om helemaal definitieve conclusies te trekken, blijkt uit verschillende onderzoeken dat er inderdaad zo'n vicieuze cirkel van deconditionering optreedt (18,19).

Schema 4: Oorzaken van pijn en beperkingen bij artrose

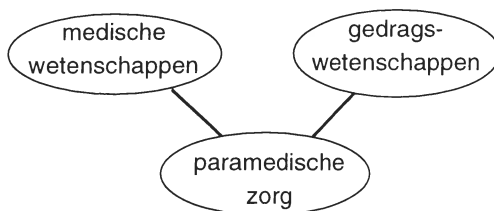


Dit voorbeeld laat zien dat de integratie tussen gedragswetenschappen en paramedische zorg inderdaad zinvol is. Gedragswetenschappers laten zien dat de manier waarop de patiënt omgaat met de ziekte van invloed is op beperkingen in het lopen. Paramedici laten zien dat dit verband verklaard wordt door de verminderde spierkracht. De multidisciplinaire benadering - zoals voorgesteld in het model van Verbrugge, Jette en Johnston - blijkt inderdaad zinvol. De heuristische waarde van het model is groot.

Ik heb u laten zien dat - bij het analyseren van de oorzaken van klachten - de integratie tussen gedragswetenschappen en paramedische zorg zinvol is. Ook in de behandeling geldt dat paramedische interventies en gedragsinterventies zeer dicht in elkaars buurt liggen. Paramedische interventies hebben 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. Dit betekent dat paramedici baat kunnen hebben bij gedragswetenschappelijke kennis over het beïnvloeden van gedrag. Ik zal hierover nu echter kort zijn en wil volstaan met een verwijzing naar de toepassing van de principes van 'self-management' binnen de paramedische zorg (20); naar de sociale leertheorieën die ten grondslag liggen aan patiëntenvoorlichting en het motiveren van patiënten (21); en naar de toepassing van het graded-activity principe bij oefenprogramma's (22). Deze gedragswetenschappelijke principes kunnen gebruikt worden om paramedische zorg effectiever te maken. Ook bij de behandeling geldt dat gedragswetenschappen en paramedische zorg op zinvolle wijze geïntegreerd kunnen worden.

Eerder heb ik u laten zien dat medische wetenschappen en paramedische zorg nauw verwant zijn. Ik heb u nu laten zien dat er ook nauwe banden zijn tussen de gedragswetenschappen en paramedische zorg. Paramedische zorg is een eigen kennisgebied, dat echter nauwe banden heeft met zowel de medische wetenschappen als de gedragswetenschappen (zie schema 5).

Schema 5:



Onderzoek naar paramedische zorg

De belangstelling voor onderzoek naar paramedische zorg is de laatste jaren sterk groeiende: zowel in Nederland als daarbuiten vindt in toenemende mate onderzoek op dit terrein plaats. De traditie van onderzoek naar paramedische zorg is echter nog jong. Paramedici ontvangen hun opleiding aan instellingen voor hoger beroeps onderwijs (hogescholen). Bij docenten verbonden aan deze hogescholen is zeer veel kennis aanwezig over paramedische zorg. Hogescholen vormen een belangrijk reservoir aan kennis. Deze kennis is echter vooral gebaseerd op praktijkervaring en systematische reflectie op deze praktijkervaring. Wat ontbreekt is een traditie van wetenschappelijk onderzoek. Dit maakt paramedici kwetsbaar. Waar andere beroepsbeoefenaren hun handelen baseren op wetenschappelijke bevindingen, kunnen paramedici zich vaak alleen beroepen op ervaringskennis. Om in deze situatie verbetering te brengen, wordt gestreefd naar 'verwetenschappelijking' van de paramedische zorg. In het onderzoek gericht op verwetenschappelijking zijn twee lijnen te onderscheiden (zie schema 6). De eerste onderzoekslijn heeft betrekking op de functionele gezondheid c.q. ongezondheid van patiënten: wat gaat er mis met de gezondheid van de patiënt en wat is het effect van paramedische zorg op functionele gezondheid? De tweede onderzoekslijn heeft betrekking op het handelen van paramedici: waaruit bestaat het handelen van paramedici en hoe kan de kwaliteit van dit handelen verbeterd worden?

Bij het voorbereiden van deze rede heb ik mij opnieuw verdiept in de discussies over de verwetenschappelijking van paramedische zorg. Deze discussies zijn met name begin jaren '80 op het terrein van de fysiotherapie gevoerd. Terugkijkend op deze discussie is duidelijk dat er destijds veel verwarring bestond over de aard van onderzoek, over onderzoeksprogrammering en over de dynamiek van het wetenschappelijk bedrijf. Anderzijds heeft mij zeer getroffen dat al in een vroeg stadium (23) deze twee onderzoekslijnen (zie schema 6) geformuleerd zijn. Het getuigt van een zeer scherpe visie om - op het moment dat er nog geen enkele onderzoekstraditie was - deze twee lijnen te kunnen formuleren. Thans zijn deze onderzoekslijnen daadwerkelijk tot ontwikkeling gekomen - niet alleen op het terrein van de fysiotherapie, maar ook op andere terreinen van paramedische zorg. Ik zal deze lijnen en het belang ervan nu toelichten.

Schema 6: Twee onderzoekslijnen

1. Functionele (on)gezondheid van patiënten

- a. Meten en beschrijven
- b. Processen en mechanismen
- c. Effecten van paramedische zorg

2. Handelen van paramedici

- a. Beschrijven en evalueren
- b. Processen en mechanismen
- c. Effecten van (kwaliteits)beleid

Functionele (on)gezondheid van patiënten. Onderzoek naar het effect van paramedische zorg staat en stond hoog op de agenda van de 'verwetenschappelijking'. Door onderscheid te maken tussen behandelingen die een positief effect hebben op de gezondheid van patiënten en behandelingen die dat niet hebben, wil men de effectiviteit van paramedische zorg vergroten. Om effectonderzoek te kunnen doen dient men te beschikken over goede meetinstrumenten. En om conclusies uit het effectonderzoek te kunnen trekken dient het onderzoek deugdelijk opgezet te zijn. Helaas hebben diverse onderzoeksgroepen geconstateerd dat gevalideerde meetinstrumenten vaak niet beschikbaar zijn en dat de kwaliteit van het onderzoek dikwijls veel te wensen overlaat (24-26). In Nederland zijn door Bouter en zijn medewerkers belangrijke bijdragen geleverd aan het verbeteren van de kwaliteit van het effectonderzoek (27). De Nederlandse inspanningen zijn internationaal gezien zeker niet de minste en de methodologische kwaliteit van het onderzoek is gelukkig aanzienlijk verbeterd.

Bij het opzetten van effectonderzoek is - behalve de methodologische kwaliteit - ook de onderwerpskeuze van veel belang. Welke aandoening en welke behandeling dient men aan een onderzoek te onderwerpen? Gezien de beperkte tijd en middelen is het uitgesloten alle aandoeningen en alle behandelingen te onderzoeken. Er moet dus een keuze gemaakt worden. Bij het kiezen van een onderwerp zijn twee strategieën te onderscheiden. Men kan een behandeling kiezen die veel toegepast wordt, maar waarvan het twijfelachtig is of de behandeling echt werkt. Als uit het onderzoek blijkt dat de behandeling inderdaad niet werkt, kunnen veel onnodige behandelingen voorkomen worden en kan veel geld bespaard worden. Deze strategie voor het kiezen van een onderwerp is gericht op 'uitzuiveren': wat werkt er vermoedelijk niet?

Een andere strategie is een behandeling te onderzoeken die vermoedelijk juist wel werkt. Op grond van theoretische inzichten en ervaringskennis is het goed mogelijk in te schatten welke behandeling vermoedelijk effectief zal zijn. Als de behandeling inderdaad blijkt te werken, kan men de behandeling verder uitwerken en verfijnen. Dit leidt tot verdieping en uitbouw van de paramedische zorg voor patiënten.

Ik acht het van veel belang dat *beide* strategieën voor het kiezen van een onderwerp gevolgd worden. Niet-werkzame bestanddelen dienen uit de paramedische zorg weggefilterd te worden. Maar, als het onderzoek alleen gericht is op uitzuiveren, leidt dit tot verschraling. Voor het uitbouwen en verdiepen van paramedische zorg is het van essentieel belang behandelingen te onderzoeken die juist kansrijk zijn. Onderzoek naar kansrijke behandelingen dient daarom krachtig gestimuleerd te worden.

Met het oog op verdieping is het verder van belang onderzoek te doen naar de aard van aandoeningen. Dit onderzoek is erop gericht de processen en mechanismen te ontrafelen, waarop de klachten van patiënten gebaseerd zijn. Meer inzicht in deze processen en mechanismen biedt de mogelijkheid nieuwe behandelingen te ontwikkelen. Als voorbeeld wil ik u herinneren aan de patiënten met artrose. Pijn en beperkingen hangen samen met verminderde spierkracht. Van oudsher wordt er daarom naar gestreefd de spierkracht te verbeteren door patiënten spierversterkende oefeningen te laten doen. Zoals ik u heb laten zien, blijkt 'rust nemen' tot verergering van de beperkingen van patiënten te leiden. Dit pleit ervoor patiënten te stimuleren in het dagelijks leven meer te gaan bewegen, uiteraard binnen de grenzen van de belastbaarheid van de gewrichten. De vicieuze cirkel van rust nemen en verergering van klachten kan zo omgezet worden in een patroon van verantwoord bewegen en vermindering van klachten.

Onderzoek naar de processen en mechanismen achter de klachten van patiënten zal leiden tot een fundament van kennis over functionele gezondheid en ongezondheid. Paramedische zorg dient op dit fundament verankerd te worden. In de fysiotherapie worden door Helders en in de logopedie door DeJonckere en hun medewerkers onderzoek verricht dat bijdraagt aan dit fundament.

Het handelen van paramedici. Onderzoek, zoals ik dat nu beschreven heb, leidt tot kennis over de klachten van patiënten en over de manier waarop paramedici deze klachten *kunnen* behandelen. Het feitelijk handelen in de

praktijk kan hier echter in belangrijke mate van afwijken. Daarom is het van groot belang te onderzoeken hoe paramedici in de praktijk feitelijk handelen. Dergelijk beschrijvend onderzoek leidt allereerst tot een karakterisering van paramedische zorg. Eerder heb ik u geschetst dat paramedische zorg gericht is op de functionele gevolgen van ziekte. Deze karakterisering is in belangrijke mate gebaseerd op beschrijvend onderzoek, zoals dat door ons uitgevoerd is.

Evaluerend onderzoek sluit hier direct bij aan. Bij het evaluerende onderzoek gaat het om de vraag of het feitelijk handelen van paramedici overeenstemt met hoe zij zouden moeten handelen, gezien de beschikbare kennis en richtlijnen. Stemt het feitelijk handelen overeen met wat zij in theorie zouden moeten doen? Onlangs hebben wij een serie onderzoeken afgerond (28), waaruit bleek dat fysiotherapeuten in de praktijk inderdaad dikwijls in overeenstemming met de theorie handelen. Tegelijkertijd zijn er ook veel situaties waarin dit niet het geval bleek te zijn: daar waar de praktijk niet in overeenstemming is met hoe het zou moeten, dienen stappen gezet te worden om het feitelijk handelen te verbeteren en op een hoger plan te brengen.

Om de kwaliteit van het handelen van paramedici te verbeteren kunnen tal van activiteiten ondernomen worden, zoals na- en bijscholing, ontwikkelen van richtlijnen en standaarden, het goed registreren van de eigen behandeling, deelnemen aan intercollegiale toetsing, visitatie en het beschikbaar hebben van een klachtenprocedure. Deze activiteiten - die in Nederland ondernomen worden door het CBO (Centraal begeleidingsorgaan intercollegiale toetsing), het Nederlands Paramedisch Instituut, de hogescholen en de beroepsgroepen - kunnen worden samengevat met de term 'kwaliteitsbeleid'.

De bedoeling van deze activiteiten is de kwaliteit van de zorg te verbeteren, maar het is lang niet altijd duidelijk of dit ook echt het geval is. Daarom dienen de effecten van het kwaliteitsbeleid (en ander beleid) onderzocht te worden. Effectieve en niet-effectieve manieren van kwaliteitsverbetering kunnen zo onderscheiden worden. Zonder er nader op in te gaan wil ik ook noemen dat onderzoek naar processen en mechanismen achter het handelen van paramedici van belang is om dit handelen te kunnen begrijpen en te verbeteren.

Uit het voorgaande moge blijken dat er vele bloemen bloeien op het veld

van het paramedisch onderzoek. Er zijn twee onderzoekslijnen naast elkaar tot bloei gekomen. Ik verwacht dat ook in de toekomst dit thema's voor vruchtbaar onderzoek zullen zijn. Voor de verdere ontwikkeling van paramedische zorg is het nodig onderzoek te doen naar functionele gezondheid en methoden om deze functionele gezondheid te verbeteren. Daarnaast is het nodig om onderzoek te doen naar het feitelijk handelen van paramedici en naar methoden om de kwaliteit van dit handelen te verbeteren. Tezamen vormen deze twee onderzoekslijnen een belangrijke motor achter de ontwikkeling van paramedische zorg. Ik verwacht langs beide onderzoekslijnen een bijdrage te kunnen leveren aan de verdere ontwikkeling van paramedische zorg.

Dankwoord

Aan het eind van mijn rede gekomen wil ik gaag enige woorden van dank spreken.

Het Bestuur van de Stichting Het Vrije Universiteitsfonds, het College van Bestuur, het Bestuur van de Faculteit der Geneeskunde en het Bestuur van het EMGO-Instituut dank ik voor mijn benoeming en het in mij gestelde vertrouwen. Ik hoop en verwacht dat paramedische zorg bij de Vrije Universiteit een vruchtbare voedingsbodem zal vinden.

Hooggeleerde Bouter, beste Lex - Jouw enthousiasme en krachtige steun hebben een zeer belangrijke rol gespeeld bij mijn benoeming. Ik ben je hiervoor zeer erkentelijk. Ik kijk uit naar onze samenwerking in het EMGO-Instituut: methodologische kwaliteit en inhoudelijke verdieping zal leiden tot versterking van paramedische zorg.

Hooggeleerde Lankhorst, beste Guus - Al vele jaren geleden heb je mij gewezen op het nut van de begrippen 'stoornis, beperking en handicap'. Ook op andere gebieden heb je me vaak wijze adviezen gegeven. Ik dank je voor de steun aan mijn benoeming en verheug mij op onze verdere samenwerking.

Hoogleraren van de Faculteit der Geneeskunde - Velen van u heb ik de afgelopen maanden leren kennen, anderen hoop ik in de toekomst te ontmoeten. Hooggeleerde Dijkmans, Van Eijk, Kemper, Van der Ploeg en Ribbe, beste Ben, Jacques, Han, Henk en Miel - Het gedragswetenschap-

pelijk aspect in mijn werk is door jullie vriendelijk ontvangen. Met veel plezier zal ik dit aspect in onderlinge samenwerking verder vormgeven.

Hooggeleerde Bensing en Van der Zee, Weledelgeleerde Lubbers, beste Jozien, Jouke en Richard - Het NIVEL heeft mij de gelegenheid geboden zowel maatschappelijk als wetenschappelijk georiënteerd onderzoek te doen. Ik verwacht dat mijn benoeming een stimulans zal geven aan zowel het wetenschappelijk als het maatschappelijk aspect van mijn onderzoek. Ik heb veel waardering voor de mogelijkheden, vrijheid en steun die ik vanuit het NIVEL in mijn werk krijg. Veel dank daarvoor.

Hooggeleerde Everaerd, beste Walter - Het vak van onderzoeker heb ik in belangrijke mate van jou geleerd. Je hebt me ondermeer geleerd dat niets zo praktisch is als een goede theorie. In een onderzoekssetting, zoals die van het NIVEL, is deze les bijzonder waardevol gebleken. Ik heb nog steeds veel baat bij alles wat ik van je geleerd heb.

Dames en heren medewerkers van het EMGO-Instituut, medewerkers van het NIVEL - in het bijzonder de onderzoekers en het secretariaat van het themagebied paramedische beroepen -, medewerkers van de paramedische afdelingen van het Academisch Ziekenhuis bij de VU en studenten - Ik ben benoemd als bijzonder hoogleraar en ik ervaar mijn positie inderdaad als bijzonder. Het onderzoek, het onderwijs en de patiëntenzorg bij de VU verlopen prima, ook zonder mijn aanwezigheid. Bij het NIVEL had ik al genoeg te doen en dat moet nu in nog iets minder tijd. En dan is het ook nog eens de bedoeling een aantal creatieve en productieve dwarsverbanden te leggen tussen VU en NIVEL. Het zal duidelijk zijn dat dit alleen langs de weg der geleidelijkheid zal kunnen. Mijn eerste ervaringen in deze zijn echter zonder meer gunstig en ik zie ernaar uit dit samen met jullie verder uit te bouwen.

College van Bestuur en medewerkers van de Hogeschool van Amsterdam - u heeft mij verzocht te adviseren over de manier waarop paramedische kennis ontwikkeld en verdiept kan worden. Dit verzoek heeft mij bijzonder vereerd en ik hoop met u een goed plan te kunnen maken. Verder verwacht ik dat u in inhoudelijke zin bij zult dragen aan het onderzoek naar paramedische zorg. Ik stel mij hier veel van voor.

Er zijn tal van mensen in beroepsgroepen, overheid en organisaties die ik hier niet persoonlijk kan noemen. Ik wil iedereen die aan mijn werk heeft bijgedragen zeer hartelijk danken. Eén naam wil ik hier toch apart noemen: Theo Koekenbier, inspecteur voor de paramedische beroepen, en wel omdat je op onnavolgbare wijze van grote betekenis bent voor de paramedische zorg.

Tenslotte enkele woorden voor degenen die mij het liefst zijn. Mijn moeder en mijn overleden vader dank ik voor de vrijheid waarin ik opgevoed ben en gestudeerd heb. Wie had kunnen denken dat ik na vele omzwervingen terecht zou komen bij de Vrije Universiteit, waar de Woltjer-familie zulke nauwe banden mee heeft?

Marjon, mijn vrouw, en Marjolein, Laura en Barbara, onze kinderen - Als man naast vier vrouwen (meisjes) krijg ik van jullie soms veel bewondering en aandacht, op andere momenten heb ik er kennelijk niets van begrepen en is het mis. Vandaag zit het wel goed, geloof ik, maar morgen? Ik ben erg blij dat jullie er zijn!

Ik heb gezegd.

Referenties

1. Kortenhoeven D. *100 Jaar Fysiotherapie*. Arnhem: Gouda Quint, 1989.
2. Granger C.V., Seltzer G.B., Fishbein C.F. *Primary care of the functionally disabled*. Philadelphia: Lippincott, 1987.
3. Dekker J. Application of the 'International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps' in survey research on rehabilitation: the emergence of the functional diagnosis. *Disability and Rehabilitation*, 1995, 17, 195-201.
4. World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: WHO, 1980.
5. Center for Standardization of Informatics in Health Care. *Newsletter* 4, Zeist, 1997.
6. Dekker J., Baar M.E. van, Curfs E.Chr., Kerssens J.J. Diagnosis and treatment in physical therapy: an investigation of their relationship. *Physical Therapy*, 1993, 73, 568-577.
7. Kerssens J.J., Curfs E.Chr. *Extramurale fysiotherapie*. Academisch proefschrift Universiteit Utrecht. Utrecht: NIVEL, 1993.
8. Driessen M.J. *Occupational therapy in hospital based care in the Netherlands*. Academisch proefschrift Vrije Universiteit. Utrecht: NIVEL, 1997.
9. Raaijmakers M.F., Dekker J. *Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL, 1995.
10. Zijlderduin W., Dekker J. Treatment goals and treatment in exercise therapy. *Journal of Rehabilitation Sciences*, 1994, 7, 80-87.
11. Zijlderduin W., Dekker J. Diagnoses and interventions in podiatry. *Disability and Rehabilitation*, 1996, 18, 27-34.

12. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Tussen cure en care: advies over een referentiekader voor beleid. Zoetermeer: NRV, 1994.
13. Dekker J. Diagnose en behandeling in de paramedische zorg. *Medisch Contact*, 1996, 51, 53-57.
14. Rijken M.J., Dekker J. Clinical experience of rehabilitation therapists with chronic diseases: a quantitative approach. *Clinical Rehabilitation* (in press).
15. Heerkens Y.F., Rijken M.J., Dekker J., Wams H.W.A., Oostendorp R.A.B. *Inventarisatie van paramedische zorg voor chronisch zieken*. Amersfoort: NPi/NIVEL, 1997.
16. Verbruggen L.M., Jette A.M. The disablement process. *Social Science and Medicine*, 1994, 38, 1-14.
17. Johnston M. Models of disability. *Physiotherapy, Theory and Practice*, 1996, 12, 131-141.
18. Hopman-Rock M. *Living with arthritic pain in the knee or hip*. Academisch proefschrift Universiteit Utrecht, 1997.
19. Baar M.E. van, Dekker J., Lemmens A.M., Oostendorp R.A.B., Bijlsma J.W.J. Pain and disability in patients with osteoarthritis of hip or knee: the relationship with articular, kinesiological and psychological characteristics. *Journal of Rheumatology* (in press).
20. Taal E., Rasker J.J., Wiegman O. Patient education and self-management in the rheumatic diseases: a self-efficacy approach. *Arthritis Care and Research*, 1996, 9, 230-238.
21. Sluijs E.M. *Patient education in physical therapy*. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Limburg. Utrecht: NIVEL, 1991.
22. Vlaeijen J.W.S., Smeets R.J.E.M., Mulder H.P.M., Pelt R.A.G.B., Bakker-Boerigter A.H.J. Secundaire preventie van chronisch lage rugpijn: een gedragsgeoriënteerde benadering. *Nederlands Tijdschrift voor*

Geneeskunde, 1993, 137, 1544-1549.

23. Derijcke J.C.J., Ernst H.H., Vink A.F.E.I. *De zorg om de kwaliteit van de zorg in de fysiotherapie*. Landelijke Vereniging voor Fysiotherapeuten in Dienstverband, 1981.
24. Aufdemkampe G., Beijer M.A.J., Meijer O.G., Obbens H..M., Terlouw T.J.A. Kwaliteit van effectmeting in de fysiotherapie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 1985, 95, 123-131.
25. Obbens H.J.M., Raassen-Beijer M.A.J., Terlouw T.J.A., Aufdemkampe G., Meijer O.G. Kwaliteit van effect-onderzoek 1979 t/m 1983. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 1986, 96, 252-259.
26. Bouter L.M., Beckerman H. Effectiviteit van fysiotherapie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1992, 16, 1058-1061.
27. Bouter L.M. Improving the quality of clinical trials in physical therapy. In: Dekker J., Oostendorp R.A.B. *Improving the quality of physical therapy*. Utrecht: NIVEL/SWSF, 1995.
28. Roebroek M.E., Bosveld W., Dekker J., Oostendorp R.A.B. Extramuraal fysiotherapie: een vergelijking tussen theorie en praktijk (in voorbereiding).

