

02

PATHOLOGIE

Pathologie is een medische term voor ziekteleer. Deze houdt zich niet alleen bezig met de ziekte zelf. Ook het ontstaan, het verloop en de indeling van ziekten zijn onderwerp van studie. Als je het hebt over ziekte, heb je het ook over gezondheid. De World Health (WHO) is een organisatie die zich bezighoudt met alles rondom gezondheid en ziekte over de hele wereld. Wetenschappers uit alle landen hebben er hun inbreng over alles wat er gebeurt rondom gezondheid en ziekte in hun landen. De WHO probeert er ook voor te zorgen dat wereldwijd dezelfde 'taal' wordt gesproken. Taal moet je lezen als: dezelfde definities voor ziekten en andere begrippen.

Inhoud thema:

- 2.1 Het begrip ziekte
- 2.2 Verschillende visies op ziekte
- 2.3 Ziekteverloop
- 2.4 Oorzaken van ziekte
- 2.5 De diagnose
- 2.6 Verdieping: Evidence based werken

2.1 Het begrip ziekte

Ieder mens krijgt met ziekte te maken. Je zou dus denken dat er wel een duidelijke definitie van ziekte bestaat. Dat is niet zo. Om toch meer zicht te krijgen op het begrip ziekte, bekijk je eerst wat **gezondheid** is. De definitie van de **WHO**: 'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken.' Je kunt het ook omkeren en stellen: iedereen die een langere tijd niet volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk goed functioneert, is niet gezond. Maar dat is niet realistisch. Bij iedereen gaat er weleens wat mis.

De definitie van de WHO komt uit 1948. Daarna is al vaak geprobeerd de definitie aan te passen aan nieuwe inzichten op het gebied van gezondheid en ziekte. Tot nu toe is het niet gelukt. Dit komt onder meer doordat de kijk op ziekte en gezondheid wereldwijd ook afhankelijk is van cultuur, godsdienst en beleving. Om toch meer inzicht te krijgen in het begrip ziekte, ga je er kritischer naar kijken. Je kunt lezen over de volgende aspecten van ziekte:

- een ziekte hebben, je ziek voelen, ziek zijn
- indeling van ziekten
- ziekte en statistiek.

2.1.1 Ziek

Het is niet zo gek dat het moeilijk is om een internationaal aanvaarde definitie van ziekte op te stellen. Het woord 'ziek' heeft verschillende betekenissen:

- Je hebt een ziekte: de diagnose is door een arts gesteld, het is duidelijk wat je hebt.
- Je voelt je ziek: de beleving van ziekte, een ziek gevoel hebben.
- Je bent ziek: de toestand waarin je je bevindt, je meldt je ziek, je gaat niet naar een feest omdat je ziek bent.

Je kunt je ziek voelen zonder dat je echt een duidelijke ziekte hebt. Sommige vrouwen voelen zich rond de menstruatie behoorlijk ziek, maar menstruatie is geen ziekte. Een ander voorbeeld: de een heeft een stevige verkoudheid, voelt zich ziek en meldt

zich ziek. Een ander heeft dezelfde verkoudheid, zegt dat ze zich gammel voelt, maar meldt zich niet ziek. Het is ook mogelijk dat je wel een ziekte hebt, maar dat je je (nog) niet ziek voelt en dus ook niet zegt dat je ziek bent.

Verschillen in cultuur en godsdienst maken het ook lastig om tot een goede definitie van ziekte te komen. Zo worden bepaalde seksuele geaardheden in sommige culturen en godsdiensten een ziekte genoemd. Er zijn bevolkingsgroepen die anders omgaan met ziekte op basis van geloof of levensovertuiging. Ze zien ziekte bijvoorbeeld als 'iets van God' en zijn daarom tegen medisch ingrijpen als inenten. Jehova's getuigen mogen bij ziekte geen bloed van anderen krijgen. En veel antroposofen zijn tegen inenten, omdat ze geloven in de zelfgenezende kracht van het lichaam.

Ziekteleer heeft dus betrekking op objectief vast te stellen ziekten. Daarvoor houd je deze definitie van **ziekte** aan: 'ziekte is een lichamelijke of geestelijke stoornis in het functioneren van een organisme, niet veroorzaakt door letsel'. Organisme kan betrekking hebben op een of meer organen of op het hele lichaam.

2.1.2 Letsel

Is een gebroken been ook een ziekte? Mensen met een gebroken been die een paar dagen in bed moeten blijven, zeggen vaak: 'Tja, m'n been is gebroken, maar ik voel me totaal niet ziek. Ik kan niet lopen, maar verder voel ik me prima.' Over het algemeen wordt onderscheid gemaakt tussen ziekte en letsel.

Letsel is schade aan of in het lichaam door geweld van buiten. Het woord geweld moet je ruim zien. Het gaat niet alleen om geweld door mishandeling, misdaad of oorlog. Ook bijvoorbeeld verkeersongelukken, verbranding, giftige stoffen, sporten en klussen kunnen letsel veroorzaken door geweld van buiten het lichaam. Schade door geweld hoeft niet per se lichamenlijk te zijn. Geweld kan ook psychische schade veroorzaken, of allebei.

2.1.3 Indeling van ziekten

Uitgaande van ziekteleer kun je ziekten op verschillende manieren indelen:

- lichamenlijk en geestelijk
- naar medisch specialisme
- naar doelgroep

- kortdurend en langdurend (chronisch)
- besmettelijk en niet besmettelijk.

Het onderscheid tussen kortdurend en langdurend en besmettelijk en niet besmettelijk spreekt voor zich. De andere indelingen zeggen vooral iets over de manier waarop de zorg is georganiseerd.

2.1.4 Lichamelijke en geestelijke ziekte

Het onderscheid tussen lichamenlijk en geestelijk (ofwel: **somatisch** en **psychisch**) is een hoofdingeling in twee groepen. Ziekten die zowel lichamenlijk als geestelijk zijn, noemt je **psychosomatische** ziekten. De wetenschap die zich bezighoudt met psychische ziekten heet **psychopathologie**. Zowel somatische als psychische ziekten worden in eerste instantie behandeld door de huisarts. Heeft die te weinig kennis of middelen, dan verwijst hij de patiënt door naar een specialist. Voor somatische ziekten gaat iemand meestal naar een algemeen ziekenhuis of verpleeghuis. Voor psychische ziekten naar een GGZ-instelling, verpleeghuis (dementie) of een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking.

2.1.5 Indeling ziekten naar medisch specialisme

Ziekten en de behandeling ervan zijn steeds complexer geworden. Daardoor zijn medische specialismen ontstaan. Je vindt ze terug bij de medische faculteiten (opleiding tot specialist) en in de ziekenhuizen. Verpleegafdelingen en poliklinieken zijn georganiseerd rond medische specialisme. Voorbeelden:

- ziekten van het zenuwstelsel (neurologie)
- hartziekten (cardiologie)
- keel-, neus- en oorziekten (KNO)
- maag-, darm- en leverziekten (MDL)
- huidziekten (dermatologie)
- botziekten (orthopedie)
- bloedziekten (hematologie)
- ziekten van de vrouwelijke geslachtsorganen (gynaecologie).

2.1.6 Indeling ziekten naar doelgroep

Sommigen hebben speciale ziekten die alleen bij een bepaalde doelgroep voorkomen. Dat vraagt dan weer specialistische kennis om deze ziekten op te sporen en te behandelen. Denk aan:

- kinderen met kinderziekten, te behandelen door een kinderarts
- ouderen met ouderdomsziekten, te behandelen door een geriater.



Veel ouderen krijgen te maken met ouderdomsziekten.

2.1.7 Ziekte en statistiek

Landelijk en wereldwijd houden allerlei instanties – zoals de WHO – statistieken bij over ziekten. Hiermee kunnen vergelijkingen worden gemaakt. Vergelijkingen tussen regio's in Nederland, tussen landen en tussen werelddelen bijvoorbeeld. Of vergelijkingen tussen leeftijdscategorieën. Zo wordt bijvoorbeeld de vraag beantwoord of jongeren vaker een depressie hebben dan ouderen. Ook kunnen tijdsperiodes met elkaar worden vergeleken. Bijvoorbeeld of anorexia nervosa vijf jaar geleden vaker voorkwam dan nu. Opvallende verschillen kunnen dan aanleiding zijn voor verder wetenschappelijk onderzoek.

Het maken van statistische vergelijkingen gebeurt op basis van zogenoemde kengetallen. Een belangrijk kengetal voor ziekte is de morbiditeit. De **morbiditeitsgraad** geeft aan hoe vaak een bepaalde ziekte bij een bepaald deel van de bevolking is voorgekomen in een bepaalde periode. Dit kan uitgebreid worden met leeftijdscategorieën of met een verdeling per regio. Bijvoorbeeld: in februari 2014 hadden 123 van de 10.000 jongeren tussen 15 en 25 jaar in Limburg griep. Als dan blijkt dat in dezelfde periode in Groningen 1.850 van de 10.000 jongeren griep hadden, is dat aanleiding om te onderzoeken hoe dat kan.

2.2 Verschillende visies op ziekte

Let op: wat je hierna leest, heeft betrekking op ziekte en niet op letsel. Wie zijn been breekt, gaat niet naar een gebedsgenezer. Je splitst de visies op ziekte op in drie delen:

- traditionele benadering
- min of meer aanvaarde alternatieve benadering
- andere alternatieve benaderingen.

2.2.1 Traditionele benadering

Van oudsher is pathologie een wetenschap die zich sterk richt op het lichaam en de ziekte zelf. Er wordt veel laboratoriumonderzoek gedaan en zoveel mogelijk moet wetenschappelijk bewezen worden. Je noemt dit de traditionele of reguliere benadering van ziekte. Je ziet steeds vaker een **holistisch mensbeeld**. Volgens deze opvatting zijn lichamelijke, geestelijke en sociale aspecten van een individu sterk met elkaar verbonden. Als één aspect niet goed functioneert, heeft dat gevolgen voor de andere aspecten. Zo kan ziekte ontstaan of genezing vertragen. Hiervan zijn verschillende stromingen afgeleid. Die bekijken ziekte op een eigen manier.

Als je kijkt naar de oorzaken van ziekte, dan zijn er de volgende stromingen:

- somatogenie
processen in het lichaam zelf zijn oorzaak van ziekte
- psychogenie
geestelijke factoren spelen (mede) een rol bij het ontstaan van ziekte
- sociogenie
maatschappelijke en culturele factoren zijn doorslaggevend bij ziekte
- stress
de belangrijkste ziekteveroorzaker (omgeving verwacht te veel, werk is juist onder je capaciteiten, isolement).

2.2.2 Alternatieve benaderingen

Al meer dan honderd jaar bestaan er behandelmethoden die niet of nauwelijks wetenschappelijk bewezen kunnen worden. Ze worden niet erkend door aanhangers van de traditionele ziekteleer. Daarom staan ze bekend als **alternatieve** benaderingen. Hoewel ze niet wetenschappelijk bewezen zijn, blijken ze soms wel te werken. Ze worden dan ook steeds meer aanvaard en vaak ook (gedeeltelijk) vergoed door zorgverzekeraars. Twee bekende voorbeelden uit deze categorie zijn:

- homeopathie
- acupunctuur.

2.2.3 Homeopathie

Het principe van **homeopathie** is gebaseerd op een holistisch mensbeeld en het zelfherstellend vermogen van de mens. Homeopathie gaat er vanuit dat ziekte genezen moet worden door dezelfde stoffen die de ziekte veroorzaken. Dit zou het zelfherstellend vermogen van het lichaam versterken. De behandeling bestaat uit een sterk verdunde oplossing van de ziekmakende stof. Deze stof wordt uit de natuur (plantaardig, dierlijk) verkregen. Een homeopaat is vaak ook een universitair opgeleide arts. Die kan per geval een keuze maken tussen een traditionele of een homeopathische behandeling. Een homeopaat hoeft niet per se arts te zijn. In dat geval moet de homeopaat minimaal een hbo-opleiding tot homeopaat gevolgd hebben.

2.2.4 Acupunctuur

Acupunctuur is onderdeel van de eeuwenoude Chinese geneeskunde. De benadering is ook gebaseerd op een holistisch mensbeeld, waarbij energieën door het lichaam stromen. Ze stromen door twaalf meridianen, die vertakkingen hebben naar alle lichaamsdelen en organen. Verspreid over het lichaam zitten acupunctuurpunten, die corresponderen met de organen. Ingebrachte naaldjes op allerlei plaatsen beïnvloeden de energiestromen. Net als bij homeopathie kan een acupuncturist een universitair opgeleide arts zijn. Daarnaast zijn er voor niet-artsen hbo-opleidingen tot acupuncturist.

Vaak wordt **antroposofische geneeskunde** ook gezien als alternatief. Dat lijkt niet terecht. Antroposofie is een levensfilosofie. Antroposofisch artsen adviseren de cliënt vanuit antroposofische opvattingen. Verder zijn het 'gewoon' universitair opgeleide artsen. De behandeling wordt door zorgverzekeraars vergoed, omdat ze

arts zijn en niet omdat ze antroposoof zijn. Als je het zo bekijkt, zou je artsen die vanuit een op godsdienst gebaseerde visie werken óók alternatief moeten noemen. Dat gebeurt niet.

2.2.5 Andere alternatieve benaderingen

Naast homeopathie en acupunctuur bestaan er nog heel veel andere benaderingen, die als alternatief worden gezien. Denk aan aurahealing, hypnotherapie, voetreflexologie, osteopathie, haptonomie, gebedsgenezing, Ayurveda, natuurgeneeskunde, Bowentherapie en Quantum Touch. Ze worden over het algemeen niet gezien als vervanging van de traditionele geneeskunde, maar als aanvulling erop. Sommige behandelingen in deze categorie worden ook vergoed door zorgverzekeraars.

2.3 Ziekteverloop

Elke ziekte is een proces met drie fasen:

- het begin
- de behandeling
- het eind, de afloop.

2.3.1 Het begin van het ziekteproces

Sommige ziekten beginnen **acuut**: alle verschijnselen zijn meteen in volle omvang aanwezig. Vaak, maar niet altijd, zijn acute ziekten ernstig als er niet snel behandeld wordt. Andere ziekten beginnen **sluimerend**. Eerst zijn er wat ongemakjes of pijnjes die je afdoet als 'gaat wel weer over'. Soms gaan ze ook over, soms ook niet. Dan worden de ongemakjes groter en houden langer aan. Het kan dagen, zelfs maanden duren voordat duidelijk is dat het om een ziekte gaat.

In het beginstadium ontstaan de ziekteverschijnselen waaraan je de ziekte kunt herkennen. Ziekteverschijnselen noem je **symptomen**. Een aantal bij elkaar horende symptomen noem je een **syndroom**. Je kent vast wel het syndroom van Down. Naast het symptoom van de verstandelijke beperking, horen hier ook lichamelijke symptomen bij, zoals de kortere lichaamslengte, grote ogen, vlak achterhoofd en slappe tong.

Lang niet altijd zijn de verschijnselen direct duidelijk. Dan zijn het vage klachten. Een andere keer zijn de verschijnselen wel duidelijk, maar kunnen cliënten ze door hun handicap moeilijk verwoorden. Vaag of niet, als de klachten het dagelijks functioneren negatief beïnvloeden, is het tijd voor verder onderzoek.

IN DE PRAKTIJK

Laura is begeleider bij een woonzorgcentrum voor ouderen. Daar woont ook mevrouw Van Telgen. Ze klaagt elke dag over kleine ongemakken en pijntjes. De collega's van Laura doen dat af als gezeur. De huisarts heeft er vaker naar gekeken en kan niets vinden. Hij heeft uitgelegd dat mevrouw Van Telgen in een klein wereldje leeft. Daardoor krijgt elk klein dingetje een veel grotere betekenis.

Op een dag komt Laura haar kamer binnen en ziet mevrouw versuft en onderuit gezakt in haar stoel. Ze is wel aanspreekbaar. Haar collega's doen het weer af als 'het gaat wel weer over'. Toch belt Laura de huisarts. Die komt, meet de bloeddruk en zegt dat mevrouw acuut naar het ziekenhuis moet. Het zou een hersenbloeding kunnen zijn en dan moet er binnen vier uur worden ingegrepen. In het ziekenhuis blijkt dat het geen hersenbloeding is geweest, maar dat mevrouw een beroerte heeft gehad.

Uit dit praktijkvoorbeeld blijkt dat je in je werk eigenlijk altijd alle klachten serieus moet nemen, ook als het op zeuren lijkt. Je kunt er beter achter komen dat het allemaal wel meevalt, dan dat je een keer een klacht negeert die ernstige gevolgen kan hebben.



Neem gezondheidsklachten altijd serieus.

2.3.2 De behandeling

Als de symptomen duidelijk zijn en eventueel verder onderzoek heeft plaatsgevonden, kan een arts de **diagnose** stellen. Dan is duidelijk om welke ziekte het gaat. Zoveel ziekten, zoveel behandelingen. Je kunt denken aan: operatie, medicijnen, therapieën, bedrust en bestraling. Hoe lang deze fase duurt, is lastig te zeggen. Dit is afhankelijk van de ziekte en van aspecten als de conditie van de zieke, de leeftijd, de effectiviteit van de behandeling en nog eventuele andere ziekten.

Als duidelijk is om welke ziekte het gaat, kan de arts in dit stadium een **prognose** geven. Dat is een voorspelling hoe lang de behandeling en het herstel duurt, of de ziekte te genezen is en wat eventuele restverschijnselen zijn. Soms kan de arts geen prognose geven. Een prognose is slechts een indicatie. Sommige dingen zijn met zekerheid te voorspellen, veel andere dingen niet. De ene patiënt is de andere niet, de ene ziekte de andere niet. Niet elke ziekte verloopt bij iedereen precies gelijk.

2.3.3 Het eind, de afloop

Natuurlijk hoopt iedere zieke dat hij 100 % geneest. Vaak is dat zo, soms ook niet.

Grofweg kun je stellen dat het laatste stadium van de ziekte als volgt kan eindigen:

- De ziekte verdwijnt volledig op korte of wat langere termijn.
- De ziekte verdwijnt, maar er blijven wel restverschijnselen.
- De ziekte verdwijnt (gedeeltelijk) niet en is blijvend (chronisch).
- De ziekte verdwijnt niet, is blijvend en wordt erger (progressief).
- De ziekte is niet te genezen en eindigt binnen een bepaalde tijd in overlijden.

Het eerste en laatste punt spreken voor zich. Tussen deze twee uitersten zijn allerhande mogelijkheden. Een ziekte kan blijvend zijn zonder dat iemand eraan overlijdt. Dit noem je een **chronische** ziekte. Een voorbeeld is suikerziekte (diabetes). Bij chronische ziekten is het streven dat iemand met ondersteuning – van hulpmiddelen, dieet, medicijnen of therapie – toch een zo normaal mogelijk leven kan leiden. Dat lukt bij de ene ziekte (diabetes) beter dan bij de andere (reuma). Veel chronische ziekten blijven met ondersteuning stabiel. Er zijn echter ook chronische ziekten die steeds ernstiger worden. Dit noem je **progressieve ziekten**. Voorbeelden zijn de ziekte van Alzheimer, de ziekte van Parkinson en multiple sclerose (MS). Tot slot zijn er ziekten die voorbij gaan, maar ook weer steeds terugkomen. Dit worden **recidieven** genoemd, zoals sommige infectieziekten en reumatische aandoeningen.

Sommige ziekten zijn weliswaar te genezen, maar veroorzaken wel dat iemand met een beperking verder moet leven. Een **beperking** is in dit verband het blijvend niet goed functioneren van een orgaan of ander lichaamsdeel. Zo kan een beroerte resulteren in verlamde ledematen. Die leveren uiteraard beperkingen op in het bewegen. Een beperking kan overigens ook het gevolg zijn van letsel of een aangeboren afwijking.

2.4 Oorzaken van ziekte

In grote lijnen kun je bij oorzaken van ziekten onderscheid maken tussen:

- endogene factoren: factoren in het lichaam zelf
- exogene factoren: factoren buiten het lichaam.

2.4.1 Endogene factoren

Veel voorkomende endogene factoren zijn:

- aangeboren oorzaken
- erfelijkheid
- steriele ontsteking
- ziekte van het auto-immuunsysteem
- ongezond leven, waardoor het lichaam in slechte conditie is met te weinig weerstand.

Aangeboren ziekten zijn bij de geboorte al aanwezig. Bijvoorbeeld omdat de moeder tijdens de zwangerschap medicijnen of drugs gebruikte of een infectie kreeg. Een aangeboren aandoening hoeft niet per se een erfelijke aandoening te zijn. Een erfelijke aandoening kan zich ook pas op latere leeftijd openbaren. Een **steriele ontsteking** is een ontsteking die in het lichaam zelf ontstaat, zonder bacteriën van buitenaf. Bij een ziekte van het **auto-immuunsysteem** vernietigt het lichaam normale, goedaardige cellen die belangrijk zijn voor het functioneren van het lichaam.

2.4.2 Exogene factoren

Veel voorkomende exogene factoren zijn:

- micro-organismen: bacteriën, virussen, schimmels
- slechte hygiënische omstandigheden
- straling die cellen beschadigt of vernietigt (zoals radioactieve straling)
- inslikken of inademen van giftige stoffen
- slechte voeding: tekort aan noodzakelijke voedingsstoffen
- schadelijke producten gebruiken: te veel alcohol, drugs, sigaretten.

2.5 De diagnose

Wie ziek is, wil weten wat hij heeft. Ook een arts moet dat weten om de beste behandeling te kunnen vaststellen. Het stellen van de **diagnose** is het vaststellen van de ziekte. Een diagnose mag alleen door een arts gesteld worden. Het gebeurt door observatie (kijken en luisteren naar de zieke), lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek (bloed, weefsel, urine, ontlasting) en verder medisch onderzoek (scan, röntgenfoto, echo, inwendig onderzoek).



Bloedprikken is een hulpmiddel om een diagnose te stellen.

In de geestelijke gezondheidszorg is de term dubbeldiagnose gangbaar. Iemand met een **dubbeldiagnose** heeft bijvoorbeeld niet alleen een psychiatrische ziekte, maar ook verslavingsproblemen. Ook op een andere manier kan sprake zijn van twee of meer ziekten tegelijk. Dit noem je **multipathologie** of multiple pathologie.

2.5.1 Classificatiesystemen van diagnoses

Er bestaan tienduizenden lichamelijke en geestelijke ziekten en letsels. Ze hebben allemaal hun eigen symptomen. Alle diagnoses met hun symptomen zijn in kaart gebracht, onder toezicht van de WHO. Zo zijn **classificatiesystemen** ontstaan. De ontwikkelingen in de diagnostiek gaan snel. Daarom worden de systemen continu aangepast aan de meest actuele gegevens. De classificatiesystemen worden wereldwijd gebruikt om:

- te bereiken dat onderzoekers en artsen dezelfde taal spreken (zo is griep in alle landen dezelfde ziekte met dezelfde symptomen)
- alle ziekten wereldwijd in kaart te brengen, zodat vergelijking tussen landen mogelijk wordt en ziekte en gezondheid gemonitord kunnen worden
- ondersteuning te bieden aan artsen bij het stellen van de diagnose.

Er zijn drie classificatiesystemen die wereldwijd gebruikt worden op het gebied van ziekte:

- ICD-10
International Classification of Diseases, versie 10
- ICF
International Classification of Functioning, Disability and Health
- DSM-5
The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versie 5.

De ICD-10 classificeert de ziekten met hun symptomen en letsels. De ICF is een aanvulling op de ICD-10 en beschrijft hoe mensen in het algemeen omgaan met gezondheid. De ICF gaat niet alleen over de ziekte zelf, maar betreft er ook de sociale omstandigheden bij. De DSM heeft alleen betrekking op ziekten en hun symptomen in de geestelijke gezondheidszorg. Het was eerst een Amerikaans handboek voor psychiaters, later werd het wereldwijd gebruikt. Inmiddels coördineert de WHO deze classificatie van psychische ziekten. Mede om afstemming te houden met de ICD-10, waarin ook psychopathologie is geclassificeerd.

KRITISCHE BEROEPSSITUATIE

Beroepsbeoefenaar

Fay is begeleidster bij een groep jongeren, die door moeilijk gedrag uit huis zijn geplaatst. Ze ondersteunt de groepsleden bij het voorzien in de basisbehoeften: wonen, eten, school of werk en vrijetijdsbesteding. Ze is ook persoonlijk begeleider van Ashwin. Die loopt nu stage bij een bedrijf. Ashwin heeft een lichte verstandelijke beperking en wordt daar vaak mee gepest, ook op zijn stage. Hij verzint vaak lichamelijke klachten. Dan kan hij op z'n kamer blijven en hoeft hij even niets met de andere groepsleden. Met de interventies van Fay lukt het vaak om Ashwin toch te laten deelnemen aan het groepsproces. Dan gaat het weer een tijdje goed.

Casus

Fay wil Ashwin uit z'n bed trommelen. Het is tijd om naar zijn stage te gaan. Maar Ashwin draait zich om en sputtert tegen. Hij vraagt Fay hem ziek te melden, omdat hij stekende buikpijn heeft. Fay probeert hem ervan te overtuigen dat hij toch echt moet opstaan. Ashwin trekt met veel gesteun en gekreun het dekbed over zich heen.

Dilemma

- A Fay beseft dat Ashwin vaak lichamelijke klachten simuleert en denkt dat dit nu ook weer het geval is. Ze voert de druk op en stelt Ashwin straf in het vooruitzicht als hij niet binnen een kwartier zijn bed uit is.
- B Fay weet dat Ashwin vaak lichamelijke klachten simuleert, maar bedenkt dat het ook weleens echt kan zijn. Ze stelt Ashwin voor dat hij langs de huisarts gaat. En ze wil wel met hem mee. Ashwin wil echter onder geen beding naar een huisarts. Hij wil wel naar iemand die aura's kan lezen. Daar heeft hij veel meer vertrouwen in.

2.6 Verdieping: Evidence based werken

Traditionele pathologie is al lang het domein van wetenschappelijk onderwijs en onderzoek. Je zou dus denken dat het effect van de meeste behandelingen ook wetenschappelijk bewezen is. Maar dat is niet zo en dat is ook wel te begrijpen. Het is ondoenlijk om de behandeling van 30.000 ziekten wereldwijd wetenschappelijk te bewijzen. Er komen steeds nieuwe ziekten of varianten bij en er verdwijnen ziekten. De ene ziekte is de andere niet en het ziekteverloop kan erg wisselend zijn. Toch wil je met zo groot mogelijke zekerheid weten dat een behandeling effectief is en niet schadelijk. Daarvoor zijn twee methodes bedacht:

- **evidence based practice (EBP)**
- **practice based evidence (PBE).**

2.6.1 Evidence based practice (EBP)

EBP is beroepsmatig handelen, gebaseerd op de best beschikbare informatie over het effect van het handelen. EBP is niet alleen voorbehouden aan artsen. Ook veel andere beroepen (en niet alleen in de welzijnssector) baseren hun handelen op EBP. De vraag is vervolgens wat de best beschikbare informatie is over een behandeling of begeleidingsmethode. Dit is een combinatie van:

- onderzoeksresultaten (niet altijd wetenschappelijk)
- publicaties in vaktijdschriften
- kennis en ervaring van de beroepsbeoefenaar
- feedback van cliënten op de behandeling en begeleiding.

EBP werkt van boven naar beneden, ofwel van theorie naar praktijk. Het nadeel van wetenschappelijk bewezen of EBP handelen is dat het innovatie bemoeilijkt. Beroepsbeoefenaren kiezen graag voor zekerheid en baseren hun handelen op aangetoonde effecten. Zo belemmeren ze zichzelf in het zoeken naar nieuwe methoden en technieken.

2.6.2 Practice based evidence (PBE)

PBE is de omgekeerde weg van EBP: van onder naar boven, ofwel van praktijk naar theorie. Het is niet alleen een reactie op het nadeel van EBP. Het kan ook een oplossing bieden voor nieuwe, onbekende problematiek. Daarnaast is het een manier om vanuit de praktijk te bekijken of bestaande inzichten ook anders bekeken kunnen worden.

Een voorbeeld van PBE is zintuigactivering (snoezelen) bij ernstig verstandelijk gehandicapten of bij mensen met een ver gevorderd stadium van dementie. Snoezelen is min of meer per ongeluk uit nood geboren. Het is geen wetenschappelijk bedachte theorie, maar een zoektocht naar mogelijkheden om toch zinnige activiteiten voor deze doelgroepen te bedenken. Het is dus vanuit de praktijk (practice) ontstaan. Er waren en zijn nog steeds voorstanders en tegenstanders van snoezelen. Zo zouden sommige cliënten overprikkeld en verder in de war raken. Door continue feedback, evaluaties en publicaties van beroepsbeoefenaren wordt steeds beter aangetoond (evidence) voor wie en wanneer snoezelen effectief kan zijn.



Snoezelen kan zeer effectief zijn voor mensen met een verstandelijke beperking of met dementie.

2.7 Onderzoek naar het risico op letsel bij ouderen

Ouderen lopen een groter risico op vallen dan jongeren. Onderzoek wijst uit dat ten minste 30% van de ouderen boven de 65 jaar minstens één keer per jaar valt. Van de ouderen boven de 80 valt 50% ten minste één keer per jaar. Vaak loopt het goed af, maar evenzo vaak is er letsel door de val. Denk aan heupfracturen bij ouderen. Omdat de botten van ouderen zwakker zijn, breken ze sneller. Dit zijn enkele oorzaken waarom ouderen vaker vallen:

- slechte motoriek, stijve spieren
- trage reflex: de val wordt niet goed 'gebroken'
- slecht zien: risico bijvoorbeeld bij drempels, stoepranden en medicijngebruik.

Er is al veel onderzoek gedaan naar vallen en letsel bij ouderen. Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in Engeland heeft veel van die onderzoeken geanalyseerd. Op basis daarvan zijn aanbevelingen geformuleerd om vallen bij ouderen te voorkomen. De belangrijkste aanbevelingen:

- Neem bij de oudere (ouder dan 65) een val-anamnese af.
- Maak per oudere een risicoanalyse op vallen.
- Neem op basis van anamnese en risico maatregelen.

Bij de val-anamnese inventariseer je hoe vaak iemand in een bepaalde periode gevallen is, wat de oorzaak was en onder welke omstandigheden. Bij de risicoanalyse kijk je naar bijvoorbeeld lichamelijke conditie, motoriek, medicijngebruik, gezichtsvermogen en evenwicht. Ook bekijk je de thuissituatie: zijn er drempels of moet iemand traplopen bijvoorbeeld? De risicoanalyse stel je op met de hulp van professionals, zoals arts en fysiotherapeut. In een instelling speelt ook de begeleiding een belangrijke rol. Zij zien de oudere immers vaker.