

dossier

Essentiële zorg

Verpleegkundigen leggen te weinig de focus op de essentiële behoeften van de patiënt, de basiszorg. Het Raamwerk Essentiële Zorg geeft een kader voor deze zorg. Onderdelen van essentiële zorg als ondervoeding, functieverlies en patiëntparticipatie worden in de overige artikelen behandeld.



Inhoud

Essentiële zorg

Het meest geleverd,
het minst onderzocht

Ondervoeding

Veelvoorkomend
probleem in ziekenhuizen

Functieverlies

Function Focused Care
in het ziekenhuis

Patiëntparticipatie

Iedere patiënt is uniek

Communicatie

Mensen met dementie

ESSENTIËLE ZORG: HET MEEST GELE- VERD, HET MINST ONDERZOCHT

door

MAUD HEINEN

SANDRA ZWAKHALEN

JANNEKE DE MAN-VAN GINKEL

ROELOF ETTEMA

SILKE METZELTHIN

JAN HAMERS

HESTER VERMEULEN

LISETTE SCHOONHOVEN

GETTY HUISMAN-DE WAAL

In het Essentiële Zorg Raamwerk staat de relatie van de patiënt met de verpleegkundige centraal.

IN ESSENTIËLE ZORG STAAT DE RELATIE van de patiënt met de verpleegkundige centraal. Alison Kitson en collega's ontwikkelden het Essentiële Zorg Raamwerk (Fundamentals of Care framework, figuur 1).¹ In dit raamwerk staat de relatie van de patiënt met de verpleegkundige centraal. In de verpleegkundige zorg zijn drie pijlers te onderscheiden. Ten eerste de fysieke aspecten met daarin aandacht voor zaken als veiligheid, algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), voeding en mobiliteit. Ten tweede de psychosociale aspecten, waarbij het er onder andere over gaat dat patiënten zich gerespecteerd voelen, maar ook dat zij geïnformeerd zijn over en betrokken bij hun zorg. De derde pijler wordt gevormd door de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige, wat nodig is om goede en passende zorg te kunnen geven. Hierbij gaat het onder andere om empathie, compassie, maar ook het stellen van doelen en het zorgen voor continuïteit van zorg.

Geredeneerd vanuit het raamwerk richt de verpleegkundige de zorg op de persoon als geheel: wat past het beste bij deze persoon, welke fysieke aspecten vragen om aandacht, welke psychosociale aspecten spelen daarbij een rol en hoe zet je relationele aspecten in om de beste en meest persoonsgerichte zorg te kunnen leveren? Het raamwerk helpt de verpleegkundige om persoonsgerichte zorg te kunnen geven.

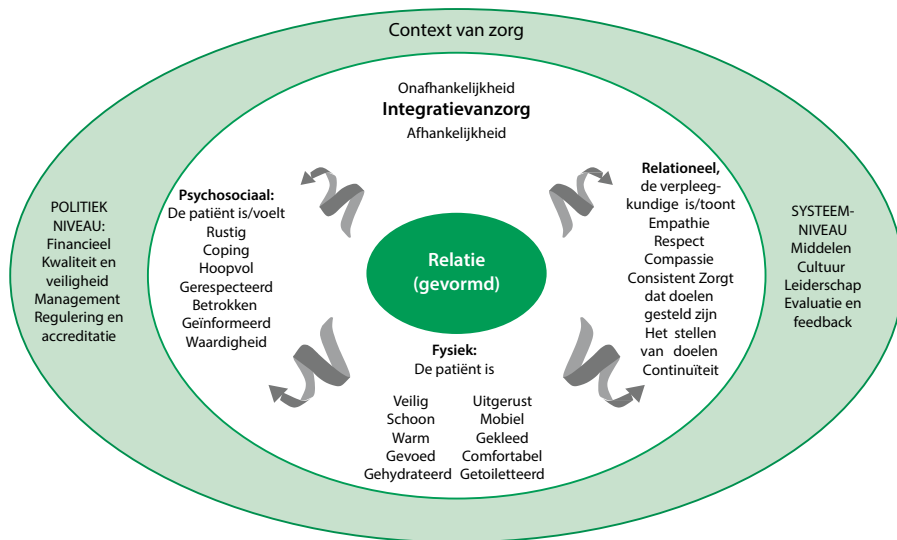
Wat het raamwerk nog meer laat zien is dat de zorg wordt geleverd in een con-

text: de organisatie waarin je werkt, het systeem van de gezondheidszorg en het beleid. Oftewel de schil om het primaire proces heen. Om te kunnen komen tot de kern, een vertrouwensrelatie met een patiënt om goede zorg te kunnen leveren, zijn passend leiderschap, een innovatieve en professionele cultuur en voldoende middelen belangrijke voorwaarden. Ten slotte laat het raamwerk zien dat ook het politieke niveau van invloed is op essentiële zorg. Kwaliteit en veiligheid van zorg worden bijvoorbeeld mede beïnvloed door wet- en regelgeving en accreditatie vanuit de overheid.

Hernieuwde aandacht

Essentiële zorg is inhoudelijk niet nieuw, maar vraagt wel om aandacht omdat veel essentiële zorg niet evidence-based is. In een interview in *TVZ* legde Kitson uit waarom het onderwerp veel aandacht krijgt.³ Zij geeft aan dat zorgverlening nu vaak wordt gezien als het uitvoeren van geprotocolleerde zorg. Factoren buiten de beroepsgroep, zoals de inrichting van een elektronisch patiëntendossier en het invullen van checklisten, zijn vaak bepalend voor hoe het werk van verpleegkundigen wordt vormgegeven. In een artikel in een van de belangrijkste verpleegkundige tijdschriften benoemen Feo en Kitson drie punten waardoor de verpleegkundige essentiële zorg vaak niet goed zichtbaar is.⁴ Ten eerste is in de huidige gezondheidszorg het biomedisch model dominant. Dat wil zeggen dat er veel

FIGUUR 1 RAAMWERK VOOR ESSENTIËLE ZORG¹



De definitie van essentiële zorg

'Activiteiten van verpleegkundigen en verzorgenden met een focus op de essentiële behoeften van de persoon gericht op het fysieke en psychosociale welbevinden. Aan deze behoeften wordt tegemoet gekomen door het ontwikkelen van een positieve relatie en vertrouwensband met de patiënt/cliënt en zijn of haar naasten.'

(Vrij vertaald naar Feo e.a.²)

aandacht is voor het diagnosticeren en het behandelen van lichamelijke ziektes, waarbij het belang van essentiële zorg ondergesneeuwd raakt en weinig tot geen rekening wordt gehouden met het belang en het effect van relationele aspecten zoals compassie en empathie. Ten tweede lijken verpleegkundigen zelf weinig waarde te hechten aan essentiële zorg. Taken in de zorg, zoals voedingszorg of de ADL, worden steeds meer verdeeld of uitbesteed aan andere typen professionals waardoor de zorg voor de patiënt versnipperd. Zo besteden verpleegkundigen weinig aandacht aan voeding en zien zij dit alleen als hun taak wanneer het gaat over complexe zorg, zoals bij het risico op verslikken of het geven van sondevoeding. Een ander voorbeeld is mondzorg, dat weinig prioriteit krijgt, en dat dus aan het einde van een dienst geormerkt kan worden als gemiste zorg.⁵ Terwijl goede mondzorg de kans op longontstekingen kan voorkomen. Het accent lijkt in de huidige zorg meer te liggen op 'het zorgen voor een patiënt', waarin het gaat om het uitvoeren van taken, dan om 'de zorg voor een patiënt', waarin fysieke, psychosociale en relationele aspecten geïntegreerd zijn. Wanneer verpleegkundigen hun patiënten kennen, kunnen zij oplettend genoeg zijn om veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt te signaleren en hier adequaat op te reage-

ren. Hierdoor worden onnodige complicaties voorkomen en kunnen gezondheidssuitkomsten bij de patiënt verbeteren, waarbij gedacht kan worden aan bekende verpleegsensitieve uitkomsten als ondervoeding, delier, infectie en participatie.

Onderzoek naar essentiële zorg

Essentiële zorg wordt het meest geleverd, maar is tegelijkertijd het minst onderbouwd met wetenschappelijke kennis. Het lijkt er op dat deze zorg niet voldoende op waarde wordt geschat of zelfs wordt ondergewaardeerd. Observatieonderzoek laat zien dat er weinig tijd wordt besteed aan het uitvoeren van essentiële zorgactiviteiten en dat steeds lager geschoolde medewerkers worden ingezet om deze zorg uit te voeren. Dit terwijl de zorg juist steeds complexer wordt doordat mensen langer thuis blijven en ziekenhuisopnames steeds korter worden. In Nederland is in 2014 een groot vijfjarig onderzoek over essentiële zorg van start gegaan met de naam 'Basic Care Revisited', dankzij een subsidie van ZonMw in het onderzoeksprogramma 'Tussen Weten en Doen'. In dit project werken drie universiteiten (Maastricht, Utrecht en Nijmegen) en hogescholen samen om de meest essentiële verpleegkundige zorgactiviteiten wetenschappelijk te onderbouwen. De acht studies gaan over communicatie,

TABEL 1 OVERZICHT STUDIES

Overview of studies and settings			
	Hospital	Home care	Nursing home
Communication	X		X
Eating	X	X	
Bathing and dressing	X	X	X
Mobility	X	X	

mobiliteit, voeding, wassen en kleden, en zijn uitgevoerd in verschillende settings, zoals de thuiszorg, het verpleeghuis en het ziekenhuis (tabel 1). Het doel van dit onderzoek is het vergroten van de kennis en wetenschappelijke onderbouwing van essentiële zorg. Inmiddels is de groep onderzoekers sterk uitgebreid met zes verpleegkundigen die promotieonderzoek doen en hebben meer dan 100 bachelor- en masterstudenten een bijdrage geleverd. Ook internationaal heeft het onderzoek de nodige aandacht gekregen: in een aantal landen vinden replicatiestudies plaats.

Voorbeeld essentiële zorg

In 2017 kwam de Beter Laten-lijst uit met 66 handelingen die verpleegkundigen beter kunnen laten. Op deze lijst komen opvallend veel handelingen voor die onder essentiële zorg vallen, zoals infecties en het voorkomen van vallen. Een groot aantal Beter Laten-handelingen heeft betrekking op wondzorg.⁶

Binnen Basic Care Revisited wordt onderzoek gedaan naar essentiële zorg die mogelijk van toegevoegde waarde is voor de patiënt, oftewel Beter Doen-handelingen op gaat leveren. De Beter Laten-lijst heeft juist gezocht naar verpleegkundige handelingen waarvan bekend is dat ze geen toegevoegde waarde hebben voor de patiënt, en soms zelfs schadelijk kunnen zijn. Door deze handelingen weg te laten in de dagelijkse praktijk komt er ruimte voor zorg die nu gemist wordt en voor zorg die wel uit effectieve handelingen bestaat.

De praktijk: acute wondzorg

Uit de in 2013 ontwikkelde multidisciplinaire richtlijn voor acute wondzorg zijn

vijf ‘verstandige keuzes bij een acute wond’ gekozen. Verstandige keuzes zijn evidence-based aanbevelingen waarmee verpleegkundigen en patiënten samen beslissingen kunnen nemen over de best passende zorg. Twee verstandige keuzes zijn: gebruik geen wondbedekker voor een primair gesloten wond en gebruik geen kostbare verbanden als gaas volstaat. Op het oog lijken dit heldere aanbevelingen, maar ons onderzoek onder verpleegkundigen uit 35 ziekenhuizen laat zien dat velen niet op de hoogte zijn van de aanbevelingen, of in de praktijk toch anders handelen. Interviews met verpleegkundigen en patiënten laten zien dat de kennis over wondzorg niet optimaal is, de werkomgeving niet altijd adequaat is en de vijf verstandige keuzes ook niet altijd zijn verwerkt in lokale protocollen.

Ten slotte is een belangrijke factor om af te wijken van de verstandige keuzes dat verpleegkundigen er vanuit gaan dat patiënten graag bepaalde zorg willen, bijvoorbeeld dat er een pleister wordt geplakt op een primair gesloten wond. Uit interviews met patiënten blijkt dat sommige patiënten dat inderdaad prettig vinden, maar anderen geven aan de juiste zorg te willen ontvangen en daarbij te vertrouwen op het advies van de verpleegkundige.

Gebruik raamwerk

Bij het verlenen van wondzorg is het belangrijk dat er een vertrouwensband is tussen de verpleegkundige en de patiënt. De verpleegkundige kan samen met de patiënt doelen stellen die te maken hebben met de wondzorg. Wat wil een patiënt bereiken? Op psychosociaal gebied is het van belang dat de patiënt geïnformeerd en betrokken is bij de keuzes die gemaakt worden om die doelen te be-

reiken. Op fysiek gebied is het belangrijk dat de wond op de juiste manier wordt verzorgd en dat de patiënt daarbij weinig pijn ervaart en infecties worden voorkomen.

Om evidence-based wondzorg uit te kunnen voeren moeten de juiste middelen aanwezig zijn, zoals pleisters, verbandmateriaal en protocollen. Daarnaast moeten verpleegkundigen kritisch naar zichzelf en collega's kijken en feedback geven op de uitgevoerde wondzorg, oftewel klinisch en professioneel leiderschap tonen. Ten slotte kan registratie van bijvoorbeeld infecties inzicht geven in het effect van het handelen, waardoor verpleegkundigen zich continu kunnen verbeteren.

Vervolg

Begin dit jaar heeft Basic Care Revisited in het kader van het programma Langdurige Zorg van ZonMw een nieuwe impuls gekregen. Met aanvullende financiering zal verder worden ingezet op de verbetering van kennis en implementatie van essentiële verpleegkundige zorg. Daarbij richten we ons op de ondersteuning van ADL in de langdurige zorg. 📌

REFERENTIES

- 1. Feo R, e.a.** Using holistic interpretive synthesis to create practice-relevant guidance for person-centred fundamental care delivered by nurses. *Nurs Inq.* 2016.
- 2. Feo R, e.a.** Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study. *J Clin Nurs.* 2018;27(11-12), 2285-2299.
- 3. Beelen, van A.** Aandacht voor essentiële zorg is bijzonder complex. *TvZ.* 2018;4:10-13.
- 4. Feo R & Kitson A.** Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *Int J Nurs Stud.* 2016;57, 1-11.
- 5. Ball JE, e.a.** Care left undone during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(2), 116-125.
- 6. Verkerk EW, e.a.** Low-value care in nursing: A systematic assessment of clinical practice guidelines. *Int J Nurs Stud.* 2018;87, 34-39.

GOED GEVOED!

door
GETTY HUISMAN-DE WAAL

ROELOF ETTEMA

LISETTE SCHOONHOVEN

HESTER VERMEULEN

Ondervoeding in het ziekenhuis is een veelvoorkomend probleem; gemiddeld één op de drie patiënten is ondervoed.

Ondanks de toegenomen aandacht voor het screenen en behandelen van ondervoeding in het ziekenhuis, blijven de prevalentiecijfers hoog.

ONDERVOEDING IS GEASSOCIEERD met een toename van complicaties, langere opnameduur en hogere zorgkosten. De voedingstoestand van een patiënt, zowel voor, tijdens als na de ziekenhuisopname met een operatie, is een belangrijke factor voor succesvol herstel na een chirurgische ingreep.¹ Ondervoeding beïnvloedt herstel na een operatie negatief. Ondervoeding is namelijk geassocieerd met een toename van postoperatieve complicaties, zoals infecties, vertraagde wondgenezing en vertraagd herstel van de darmfunctie, renale en cardiale complicaties, welke allemaal leiden tot een langere opnameduur, heropnames en hogere zorgkosten. Van deze complicaties is een aantal ook bekend als verpleegsensitieve uitkomsten.

Belangrijke rol verpleegkundige

Behandeling van ondervoeding is erop gericht de voedingsinname en voedingstoestand te verbeteren. Het is echter moeilijk om tijdens ziekenhuisopname de patiënt adequaat te voeden. Belemmerende factoren zijn onder andere: klachten die de patiënt ervaart, voedings- en vochtbeleid rondom onderzoeken en ingrepen, versnipperde verantwoordelijkheden op de afdelingen en het niet herkennen van de risico's en signalen. De verpleegkundige kan een sleutelrol spelen in het optimaliseren van de voedingszorg door onvoldoende voedingsinname of andere problemen vroegtijdig te herkennen en goede voedingszorg te realiseren. Bovendien is ruim 90 procent van de ouderen die naar het ziekenhuis gaan voor een geplande opname medisch sta-

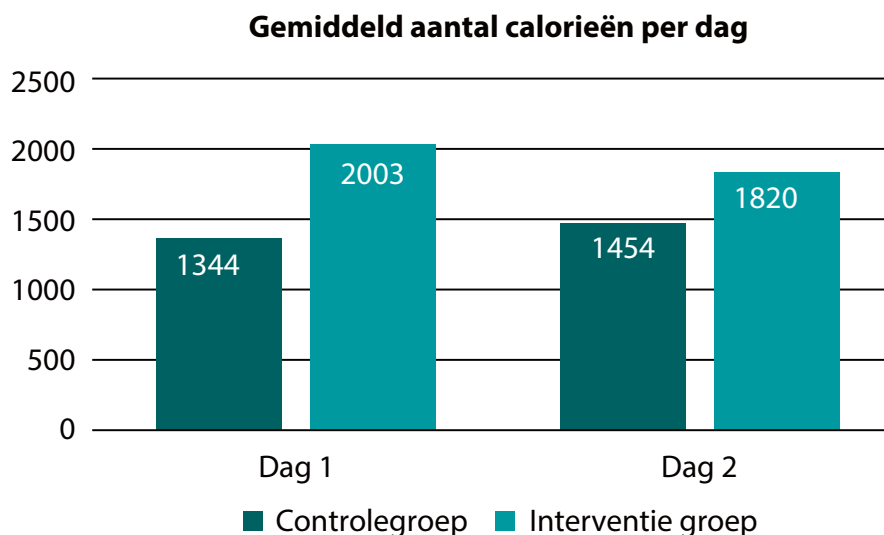
biel. Bij een geplande opname is er een wachttijd waarin de patiënt kan werken aan beter eten en daarmee met een verbeterde voedingstoestand het ziekenhuis in gaat. Voedingszorg is essentiële zorg, maar wordt niet altijd als prioriteit ervaren, mede doordat ook veel andere disciplines zich bezig houden met voeding en de werkdruk hoog is als gevolg van complexe zorgtaken en hoge administratieve last.

Poliklinische zorg

In een studie die door Harm van Noort wordt uitgevoerd is de Outpatient Nursing Nutrition Intervention (ONNI) ontwikkeld op basis van deelstudies. De interventie werd vervolgens getest in twee ziekenhuizen.²

Observatie van voedingszorg op de polikliniek bij 341 patiënten laat zien dat alle patiënten worden gescreend op ondervoeding. Ruim 12 procent van de patiënten heeft (risico op) ondervoeding, en daarvan wordt 80 procent doorverwezen naar een diëtist. De screeningsuitslag wordt vaak niet met patiënten gedeeld. Hierdoor zijn zij niet op de hoogte van dit risico en de gevolgen daarvan. Daarnaast wordt informatie over ondervoeding niet altijd verstrekt. Op basis van resultaten van deze observaties, literatuuronderzoek, vragenlijsten en expertbijeenkomsten met verpleegkundigen, artsen en diëtisten is de ONNI ontwikkeld. Deze nieuw ontwikkelde verpleegkundige interventie wordt uitgevoerd bij patiënten met (risico op) ondervoeding en bestaat uit een aantal onderdelen. Er wordt nagegaan wat mogelijke oorzaken van ondervoeding zijn en daarover

FIGUUR 1 ENERGIE-INNAME



$p < 0,000$ gebaseerd op multi-variate linear regression analysis

wordt advies gegeven, de voedingsintake wordt besproken en vervolgens door de patiënt thuis twee dagen bijgehouden. Daarna kijkt de verpleegkundige nogmaals kritisch naar de intake tijdens een telefonische afspraak. Daarnaast worden patiënten ook doorverwezen naar de diëtist zoals dat al gebeurde.

De ONNI is getest onder 152 patiënten met (risico op) ondervoeding in twee ziekenhuizen. Verpleegkundigen voerden de interventie tijdens hun consult uit. De resultaten zijn positief: patiënten die deze interventie ontvangen eten en drinken meer in vergelijking met andere patiënten. De patiënten in de interventiegroep aten gemiddeld 870 kcal en 34,1 gram eiwit meer per dag dan de patiënten in de controlegroep (zie figuur 1). In de interventiegroep voldeden veel meer patiënten aan hun aanbevolen dagelijkse hoeveelheid (74 procent in vergelijking met 17 procent in de controlegroep). Deze verschillen kunnen effect hebben op onder andere complicaties, opname en herstel.

Klinische zorg

In de Nurses for Food studie is Gerda van den Berg op zoek naar hoe verpleegkundige voedingszorg beter in de klinische zorg kan worden verankerd door de verpleegkundige, in samenwerking met

de patiënt en andere zorgprofessionals. Uitgangspunt hierbij is het vergroten van de regie van de patiënt. Uit wetenschappelijke literatuur is bekend dat aandacht voor voeding een positief effect kan hebben op de voedingsstatus van patiënten. Om het probleem goed in kaart te brengen zijn er 57 interviews gehouden met 22 patiënten op drie tijdstippen: na de preoperatieve afspraak op de polikliniek, tijdens opname in het ziekenhuis, en een maand na ontslag uit het ziekenhuis. Daarnaast is de zorg op afdelingen geobserveerd (130 uur) en hebben er twee focusgroepinterviews plaatsgevonden met verpleegkundigen, diëtisten, voedingsassistenten en artsen. Uit interviews met patiënten blijkt dat zij zich niet bewust zijn van het feit dat ze ondervoed zijn. Hierover is niet gesproken door de verpleegkundige op de polikliniek. Daarnaast geven patiënten aan dat verpleegkundigen tijdens de ziekenhuisopname weinig aandacht hebben voor de voedingsintake.

De resultaten van de observaties en focusgroepinterviews laten zien dat de anamnese bij opname niet altijd binnen 24 uur wordt afgenomen waardoor het screenen op ondervoeding te laat of zelfs niet gebeurt. Hierdoor worden er geen interventies ingezet waardoor onder andere de diëtist niet of te laat in consult komt.

Er zijn voedingsassistenten werkzaam op afdelingen die het eten en drinken verzorgen voor de patiënten, maar patiënten hebben soms ondersteuning of hulp nodig bij het eten of drinken. De verpleegkundige heeft hier niet altijd tijd voor. Verder is er behoefte aan informatie over goede voeding en de rol van voeding bij ziekte. Patiënten worden nu nauwelijks gestimuleerd om goed te eten tijdens opname. Daarnaast zijn er in het ziekenhuis diverse omstandigheden die ervoor zorgen dat eten niet altijd mogelijk is (bijvoorbeeld omdat patiënten nuchter moeten blijven voor een onderzoek of vanwege klachten zoals misselijkheid en pijn). Ten slotte is het bijhouden van de vocht- en voedingsintake nog altijd een complexe taak, die om samenwerking vraagt tussen voedingsassistent, patiënt en verpleegkundige.

Zorg in de thuissituatie

Ouderen wonen steeds langer thuis. Mede doordat de babyboomgeneratie van na de Tweede Wereldoorlog nu de pensioengerechtigde leeftijd heeft en de levensverwachting continu stijgt, is het aantal thuiswonende ouderen van ruim 1 miljoen (6 procent van de Nederlandse bevolking) rond 2000 toegenomen naar ruim 3 miljoen (17 procent) in 2017. Dit aantal zal verder toenemen tot 4,5 miljoen (25 procent) in 2040. Van de ouderen die thuiszorg ontvangen is 15 tot 25 procent ondervoed.^{3,4,5} Oorzaken zijn onder andere verminderde dorstprikkel en eetlust, eenzaamheid, ziekte en een slecht gebit. Mensen hebben dit zelf vaak niet direct door. Hierdoor daalt onnodig de weerstand, met als gevolg een verhoogde kans op ziektes en complicaties.⁶ Dit heeft weer een effect op de maatschappelijke participatie en de beleefde kwaliteit van leven die daarmee beide achteruit gaan.⁷ Bij ziektes en complicaties nemen bovendien de zorgvraag en de daarmee gepaarde gaande zorgkosten toe.⁸ Ouderen die zelfstandig alleen wonen zijn de grootste risicogroep. Het voorkomen van ondervoeding bij deze populatie is cruciaal.

Het verlenen van essentiële zorg behoort tot de belangrijkste kerntaken van de verpleegkundige.⁹ Onder verpleegkundige essentiële zorg vallen zorgactiviteiten



die ook worden aangeduid als ‘de fundamenten van zorg’.¹⁰ Een daarvan is zorgen voor eten en drinken. Daar waar de diëtist meer gericht is op de samenstelling en compositie van het voedsel, is de verpleegkundige erop gericht dat de oudere daadwerkelijk eet en drinkt. Verpleegkundigen hebben echter een kennis tekort met betrekking tot vocht, energie, nutriënten en de wisselwerking tussen bepaalde nutriënten, de gevolgen van een slechte voedingstoestand en de behandeling van en interventies bij ondervoeding.¹¹⁻¹⁴

In haar promotieonderzoek heeft Debbie Cate in een systematisch review de literatuur bestudeerd en in verschillende verpleegkundige praktijken de verpleegkundige voedingszorg aan ouderen bestudeerd. Ook heeft zij in een probleemanalyse-onderzoek de huidige gedragingen van verpleegkundigen rondom voedingszorg bestudeerd en in een Delphi-studie het wenselijke gedrag geïnventariseerd. Een belangrijke uitkomst is dat veel verpleegkundigen voedingszorg niet volledig tot hun taakgebied rekenen. Dat is ook niet zo gek als men in ogenschouw neemt dat de verpleegkundestudent in de hele opleiding tot verpleegkundige ongeveer slechts 25 uur aan voedingsonderwijs besteedt. Verpleegkundigen kunnen ten aanzien van preventie kijken naar vroege tekenen

die wijzen op een verhoogd risico op ondervoeding, zoals het wegvallen van een partner, het verdwijnen van de buurtsupermarkt, slechter ter been raken of mondproblemen. Een belangrijke uitkomst ten aanzien van interventies is dat verrijkend voedsel of vloeistoffen, orale voedingssupplementen, multidisciplinaire en multimodale interventies (interventies die tegelijk gericht zijn op verschillende aspecten) educatie en dieetbegeleiding, voedingsinterventies zijn die effectief zijn en die verpleegkundigen kunnen uitvoeren. Verbeteringen zijn te behalen wanneer verpleegkundigen meer de relatie zien tussen voedingszorg, de voedingstoestand, de conditie van de ouderen en kwaliteit van leven. Dit zal ertoe bijdragen dat de houding van verpleegkundigen ten aanzien van voedingszorg zal verbeteren en mantelzorgers meer betrokken worden in voedingszorg. ●

REFERENTIES

- 1. Amaral TF, e.a.** The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clin Nutr*, 2007;26:778-84.
- 2. Van Noort H, e.a.** Outpatient preoperative oral nutritional support for undernourished surgical patients: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 2018; 1-13.
- 3. Schilp J, e.a.** High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. *Nutrition*, 2012;28,1151-6.
- 4. Farre TB, e.a.** Geriatrics & Gerontology International, 2014; 14,702-9.
- 5. Cereda E, e.a.** Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA®. *Clinical Nutrition*, 2016;35,1282-90.
- 6. Vanderwee K, e.a.** Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: a Belgian cross-sectional, multi-centre study. *Clinical Nutrition*, 2010;29,469-76.
- 7. Drevet S, e.a.** Prevalence of protein-energy malnutrition in hospital patients over 75 years of age admitted for hip fracture. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research* 2014;100(6),669-74.
- 8. Yang Y, e.a.** Undernutrition at baseline and health services utilization and mortality over a 1-year period in older adults receiving Medicare home health services. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2011; 12,287-94.
- 9. V&V2020.** Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige. 2012 www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- 10. Kitson A, e.a.** Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 2010;16, 423-34.
- 11. Endevelt R, e.a.** Nurses knowledge and attitudes regarding nutrition in the elderly. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2009;13(6),485-89.
- 12. Boaz M, e.a.** Nurses and nutrition: a survey of knowledge and attitudes regarding nutrition assessment and care of hospitalized elderly patients. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 2013;44(8),357-64.
- 13. Bauer S, e.a.** Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2015;19(7):734-40.
- 14. Beattie E, e.a.** How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents? *International Journal of Older People Nursing*, 2014;9(1):54-64.

FUNCTION FOCUSED CARE IN HET ZIEKENHUIS

door

CAROLIEN VERSTRATEN

LISETTE SCHOONHOVEN

JANNEKE DE MAN-VAN GINKEL

Zorg gericht op het voorkomen van achteruitgang en het bevorderen van herstel, staat tegenwoordig volop in de belangstelling. De auteurs hebben onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze zogenaamde Function Focused Care in het ziekenhuis.

VERMINDERDE MOBILITEIT EN beperkingen in het dagelijks functioneren zijn belangrijke voorspelers van functieverlies.^{1,2} Dit geldt zeker voor oudere patiënten of patiënten met meerdere aandoeningen die opgenomen zijn in het ziekenhuis.^{3,4} Daarom is het van belang dat de verpleegkundige zorg gericht is op het voorkomen van achteruitgang en het bevorderen van herstel in ADL en mobiliteit.^{5,6}

Beroepsgroep

Voor onze beroepsgroep is het eveneens belangrijk om 'in beweging' te blijven. Belangrijke vragen daarbij zijn: 'Waarom leveren wij de zorg zoals we dat doen? En worden onze patiënten daar ook

daadwerkelijk beter van?' Dit zijn vragen die belangrijke motieven waren voor onze studie naar de effectiviteit van Function Focused Care (FFC) in het ziekenhuis.

De FFC-benadering werd eerst aangepast aan de zorgcontext van Nederlandse ziekenhuizen. Dit is gedaan met verpleegkundigen die deelnamen aan onze effectstudie en resulteerde in de Function Focused Care in Hospital (FFCiH-)benadering.

FFCiH is een zorgbenadering die gericht is op het bevorderen van de fysieke activiteit en het optimaliseren van de functionele status van patiënten. Tijdens de ziekenhuisopname wordt de patiënt aangemoedigd om actief deel te nemen aan



alle zorgactiviteiten op een niveau dat aansluit bij zijn/haar mogelijkheden. FFCiH bestaat uit vier componenten:

1. Vaststellen van de bevorderende en belemmerende aspecten voor fysiek functioneren in de omgeving van de patiënt (rondom het bed en op de afdeling) en in het (afdelings-)beleid.
2. Educatie van zowel zorgverleners als patiënten.
3. Het stellen van doelen met de patiënt die richting geven aan de uitvoering van de zorg. In het stellen van de doelen en de bijpassende activiteiten wordt uitgegaan van de beperkingen en mogelijkheden én van de voor de patiënt belangrijke ADL-activiteiten.
4. Doorlopende motivatie en mentoring.

De FFCiH-benadering werd gedurende een periode van twee jaar trapsgewijs ingevoerd op twee geriatrische en twee neurologische afdelingen. Tegelijkertijd werd een studie uitgevoerd om te bepalen wat het effect van FFCiH is op de ADL-zelfstandigheid en de mobiliteit van patiënten. Parallel hieraan werd een procesevaluatie gedaan om vast te stellen of het verpleegkundig handelen veranderd was na de implementatie van FFCiH.

Deelnemers

In totaal hebben 893 geriatrische patiënten en patiënten met een beroerte, met een gemiddelde leeftijd van 76 jaar (sd 14,2), deelgenomen aan deze studie. Bij opname, ontslag en drie en zes maanden na de ziekenhuisopname werd de functionele status van deze patiënten gemeten met gevalideerde meetinstrumenten, zoals de Barthel index (BI) en de Elderly Mobility Scale (EMS). Beide meetinstrumenten hebben een score van 0-20 punten, waarbij een hogere score een beter functioneren weergeeft. Verpleegkundigen werden tijdens zorgmomenten geobserveerd, ze beantwoordden vragen in groepsinterviews en vragenlijsten. Ook werden zorgdossiers gescreend.

Resultaten

De patiënten in de interventiegroep hadden bij ontslag een betere functionele status dan de patiënten in de con-

trolegroep die de gebruikelijke zorg had ontvangen. Ze scoorden 0,36 punt hoger op de BI en 0,27 hoger op de EMS. Deze verschillen waren klein en niet statistisch significant. Ook was de positieve trend na drie en zes maanden weggeëbd. Toch betekent dit niet dat je zomaar kan concluderen dat FFCiH geen effect heeft. Een eerste indruk van de bevindingen van de procesevaluatie is dat FFCiH niet op alle afdelingen optimaal is geïmplementeerd of toegepast. Verpleegkundigen gaven bijvoorbeeld aan dat ze bij drukte toch snel ADL-activiteiten van de patiënt overnamen, of niet met een patiënt gingen lopen. Uitvoeriger analyses vinden momenteel plaats en zullen duidelijk maken in welke mate FFCiH daadwerkelijk is toegepast en of dat de resultaten van de effectstudie heeft beïnvloed.

In beweging blijven

Veranderen is een gecompliceerd proces, bleek ook weer in dit onderzoek. De bevindingen uit de procesevaluatie roepen ook vragen op over hoe wij als verpleegkundigen onze werkzaamheden

'Verpleegkundigen zullen 'in beweging' moeten blijven op weg naar evidence-based zorg'

prioriteren. In dit onderzoek zagen we bijvoorbeeld dat medische of organisatorische aspecten van zorg een hogere prioriteit kregen dan verpleegkundige zorg zelf. Maar doet dat recht aan het belang van onze zorg voor een beter herstel van patiënten? Wij als verpleegkundigen zullen daarom ook 'in beweging' moeten blijven, op weg naar evidence-based zorg waar wij trots op mogen zijn én die beter is voor onze patiënten. 📌

REFERENTIES

1. Hoogendijk EO, Deeg DJH, Poppelaars J, e.a. The longitudinal aging study Amsterdam: Cohort update 2016 and major findings. *Eur J Epidemiol.* 2016;31(9):927-945.
2. Marengoni A, Angleman S, Melis R, e.a. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011;10(4):430-439.
3. Basic D, Ní Chróinín D, Conforti D, e.a. Predictors on admission of functional decline among older patients hospitalised for acute care: A prospective observational study. *Australas J Ageing.* 2017.
4. Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, e.a. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: Prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS ONE.* 2011;6(11):e26951.
5. Hoogerduijn JG & Schuurmans MJ. Kwaliteit van zorg voor ouderen thuis en in het ziekenhuis, aanbevelingen vanuit de wetenschap met accent op verpleegkunde. *RVZ advise* 2012.
6. Hoogerduijn JG, Grobbee DE & Schuurmans MJ. Prevention of functional decline in older hospitalized patients: Nurses should play a key role in safe and adequate care. *Int J Nurs Pract.* 2014;20(1):106-113.

PATIËNTPARTICIPATIE: 'ONE SIZE DOESN'T FIT ALL'

door

ELISE VAN BELLE

HESTER VERMEULEN

MAUD VAN HEINEN

Hoewel er wel adviezen zijn om patiëntparticipatie in een organisatie te verbeteren, bestaan er echter weinig interventies of hulpmiddelen om verpleegkundigen en patiënten te helpen om dit in de verpleegkundige zorg uit te voeren.¹ In een onderzoek van Maud Heinen en Elise van Belle wordt onderzocht of patiëntparticipatie in de ziekenhuiszorg verbeterd kan worden door het gebruik van een 'vertelkaart'.

HET HART VAN DE VERPLEEGKUNDIGE zorg is de patiënt als persoon zien en de zorg laten aansluiten bij wat voor diegene van belang, gewenst en mogelijk is. Patiëntparticipatie is een belangrijk onderdeel van persoonsgerichte zorg, en gaat om het bieden van de mogelijkheid tot een actieve betrokkenheid van de patiënt aan het zorgproces. Een veelgebruikte definitie van patiëntparticipatie in de verpleegkunde is die van Sahlsten e.a: 'Patiëntparticipatie wordt gekenmerkt door een sterke patiënt-verpleegkundige relatie, het overdragen van macht, en het wederzijds uitwisselen van informatie en kennis tussen de patiënt en de zorgprofessional.'²

'Patiëntparticipatie is een belangrijk onderdeel van persoonsgerichte zorg'

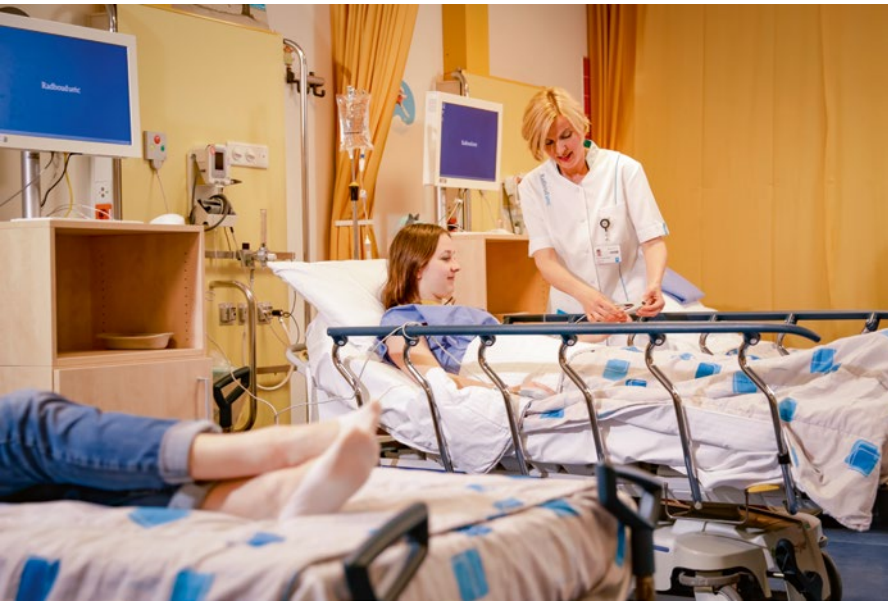
Veel verpleegkundigen vinden het belangrijk patiënten en familie actief bij de zorg te betrekken. We weten echter ook dat het niet vanzelf gaat. Participatie van patiënten bij hun zorg vraagt onder meer om coachende gespreksvaardigheden van de verpleegkundige. Hierbij staan respect en empathie centraal, en moet de patiënt als individu én als een belangrijk lid van het zorgteam worden erkend.³ Wanneer

patiënten kunnen participeren in zorg, zijn de effecten hiervan dat de patiënt onder andere minder pijn en angst heeft, behandeladviezen beter naleeft, beter geïnformeerd is en de opname-duur korter is. Daarnaast zijn zowel patiënten als professionals tevredener over de zorg.⁴

Kortom, we weten dat patiëntparticipatie de verpleegkundige zorg en uitkomsten bij de patiënt kan verbeteren, maar ook dat het in de dagelijkse praktijk vaak een grote uitdaging is.

Vertelkaart

De vertelkaart is een hulpmiddel voor verpleegkundigen om met de patiënt in gesprek te komen over zijn behoeften en wensen. Dit gebeurt door patiënten de vraag te stellen: 'Wat is belangrijk voor u?', hen hierover na te laten denken, en vervolgens het gesprek aan te gaan (zie kader Stappen Vertelkaart). De Vertelkaart is ontwikkeld in Zweden en liet daar positieve resultaten zien op een vragenlijst waarmee kwaliteit van zorg en patiëntparticipatie werd gemeten.⁵ Patiënten krijgen een vertelkaart en hebben daarna de tijd om te bedenken wat voor hen belangrijk is en wat ze graag willen bespreken of laten weten aan de verpleegkundige. De partner of familie kan hier ook bij betrokken worden. Hoewel het eenvoudig lijkt is de vertelkaart een complexe interventie. Daarom zijn voor de ontwikkeling en het testen in de praktijk de stappen van het Medical Research Council (MRC)-model gevolgd, en is er vóór het testen van de effectiviteit van de vertelkaart eerst een ontwikkelfase doorlo-



pen.⁶ In de ontwikkelfase is aan de hand van stappen van het Intervention Mapping framework systematisch de interventie aangepast aan de Nederlandse praktijk. De bruikbaarheid en de effectiviteit van de vertelkaart is getest op twee verpleegafdelingen, een cardiologische en een chirurgische afdeling, waarbij ook twee afdelingen als controle zijn meegenomen.

Ontwikkelfase

In de ontwikkelfase vonden interviews plaats met patiënten en verpleegkundigen om inzicht te krijgen in hun visie op patiëntparticipatie en het gebruik van een vertelkaart. Patiënten zagen participatie voornamelijk als goed geïnformeerd worden, vragen kunnen stellen en betrokken worden bij besluitvorming. Ze vonden de vertelkaart een goed middel om vragen te stellen en gevoelens te delen en zouden graag zien dat hun familie meer werd betrokken bij de zorg. Patiënten gaven ook aan dat ze van verpleegkundigen een actieve rol verwachten om hen te stimuleren tot participatie. Verpleegkundigen zagen participatie meer als een samenwerking, waar zowel de verpleegkundige als de patiënt initiatief in kunnen nemen. Zij vonden het belangrijkste van participatie dat patiënten goed geïnformeerd worden, zodat patiënten zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen voor hun gezondheid. Verpleegkundigen dachten dat patiëntparticipatie meer tijd

zou vragen en benadrukten het belang van goede gespreksvaardigheden. Wel hadden ze het idee dat de vertelkaart de zorg ten goede zou komen en wilden deze uitproberen.

Effectiviteit testen

Om te testen of de vertelkaart een verbetering laat zien op het gebied van patiëntparticipatie is er een 'cluster randomized controlled exploratory trial' uitgevoerd. Aan dit onderzoek hebben vier verpleegafdelingen meegedaan: twee cardiologische afdelingen en twee chirurgische afdelingen (hoofdhalschirurgie en neurochirurgie). Door middel van loting zijn één cardiologische en één chirurgische afdeling uitgekozen tot interventie-afdeling, de andere werden controle-afdelingen. Op alle vier de afdelingen is vooraf een nulmeting uitgevoerd met de Individual Care Scale en de Quality from the Patient's Perspective-vragenlijsten om het niveau van persoonsgerichte zorg in kaart te brengen bij patiënten (n=144).^{7,8} Na de nulmeting is gestart met het hierboven genoemde ontwikkeltraject en zijn de verpleegkundigen getraind met onder meer een hiervoor ontwikkelde e-learning. Vervolgens is de vertelkaart drie maanden getest in de dagelijkse zorg. Achteraf hebben patiënten op alle afdelingen (n=123) nogmaals een vragenlijst ingevuld. Ook is aan patiënten en verpleegkundigen gevraagd naar het gebruik van de vertelkaart en is geïnventariseerd wat

Stappen Vertelkaart

De verpleegkundige...

1. geeft dagelijks alle patiënten een vertelkaart en geeft uitleg over het doel.
2. komt later in de dienst hiervoor terug bij de patiënt. De verpleegkundige bespreekt met de patiënt wat er op de kaart is geschreven, en dus wat belangrijk is voor de patiënt en/of zijn familie.
3. bespreekt met de patiënt of en welke verdere stappen/acties nodig zijn en wie dit gaat doen.
4. rapporteert de bevindingen en afspraken in het dossier van de patiënt.
5. koppelt aan de patiënt terug als er acties ondernomen of opgestart zijn.

patiënten hebben opgeschreven op de vertelkaarten.

Effecten en bruikbaarheid

Door de voor- en nameting en de resultaten van de controle en interventie met elkaar te vergelijken, kon er een uitspraak worden gedaan over het effect van de vertelkaart. Hierin was te zien dat er significant positief effect was op de Individualised Care Scale op de cardiologische afdeling. Op de chirurgische afdeling was geen significant verschil te zien op de gebruikte meet-schalen. Patiënten scoorden 'het betrekken van hun persoonlijk leven in de zorg' het minst goed. Dit onderdeel bevat elementen zoals familieparticipatie, vragen naar eerdere ervaringen en het gebruiken van persoonlijke behoeften of wensen in de zorg.

De meeste patiënten gaven aan dat de vertelkaart 'enigszins' tot 'erg' geholpen had om aan te geven wat belangrijk is. De meeste verpleegkundigen hadden echter niet het idee dat de vertelkaart patiënten hielp aan te geven wat belangrijk voor hen is. Verpleegkundigen gaven aan dat patiënten niet wisten wat ze op de kaart moesten schrijven en dat de kaart uitdelen, ophalen, bespreken en acties registreren te veel tijd kostten. Enerzijds gaven verpleegkundigen aan geen vertelkaart nodig te hebben, anderzijds gaven zij aan dat ze geen tijd hadden om met patiënten te spreken en dat ze niet wisten of ze wel in voldoende mate konden anticiperen op wat patiënten op zouden schrijven. Patiënten geven belangrijke zaken aan op de vertelkaarten (n=158), waarin veel onderdelen van essentiële zorg te herkennen zijn. Patiënten vroegen om informatie, voorlichting of inzicht in de opname. Zo zei een patiënt cardiologie: 'Bij wijzigingen in medicijnen wil ik weten waarom dit gewijzigd is en uitleg waar ze voor dienen. Dit ontbreekt er soms aan.' Maar er waren ook patiënten die aangaven graag naar huis te willen, graag wat persoonlijke aandacht te willen, of zich niet goed of angstig te voelen. Een patiënt op de neurochirurgie: 'Ik ben bang om te stikken, ik wil ze-

ker weten dat dit voorkomen wordt.' Hoewel verpleegkundigen vooraf positief waren over het gebruik van een vertelkaart, vonden ze deze over het algemeen lastig om te gebruiken in de praktijk. We zien echter wel een significante verbetering op de Individualised Care Scale en dat patiënten inhoudelijk belangrijke zaken aangeven op de vertelkaart. Veel patiënten vonden het een nuttig hulpmiddel. Het onderzoek laat vooral ook zien dat zowel patiënten als verpleegkundigen het moeilijk vinden

'Participatie gaat om het stimuleren van de patiënt tot meedenken, praten en doen om te komen tot de best passende zorg'

om participatie in zorg tijdens een ziekenhuisopname vorm te geven. Patiënten verwachten hierin een actieve rol van de zorgverleners, maar verpleegkundigen verwachten dat dit meer van beide kanten komt. Participatie gaat echter om het stimuleren van de patiënt tot meedenken, praten en doen om te komen tot de best passende zorg. Hoe we dit het beste kunnen doen moeten we met patiënten, hun naasten, verpleegkundigen, artsen en andere zorgverleners verder ontwikkelen. Hierbij kan ook gedacht worden aan gezamenlijke besluitvorming of het uitvoeren van de verpleegkundige opdracht bij de patiënt (aan het bed).⁹ Iedere verpleegkundige en iedere zorgverlener kan vandaag al aan de slag met patiëntparticipatie door na te gaan wat de mogelijkheden zijn in de eigen zorgsetting. ●

REFERENTIES

1. Heinen M, Belle E van & Vermeulen H. Patiëntparticipatie in de zorg. Nurse Academy 2019;1, 47-53.
2. Sahlsten MJ, Larsson IE, Sjöström B, e.a. An analysis of the concept of patient participation. Nursing forum 2008;43(1):2-11.
3. Eldh A. Patient participation - what it is and what it is not. In: Sahlsten MJ, Larsson IE, Sjöström B, Plos KA. Department of Health Sciences. Vol. Doctoral. An analysis of the concept of patient participation. Nursing forum 2008;43(1):2-11.
4. Raats I, Brink R van den & Wit F de. Handboek patiënten-/cliëntenparticipatie. Verbeteren van de zorg samen met patiënten/ cliënten. CBO; 2013.
5. Jangland E, Carlsson M, Lundgren E, e.a. The impact of an intervention to improve patient participation in a surgical care unit: a quasi-experimental study. Int J Nurs Stud 2012;49(5), 528-38.
6. Belle van E, Zwakhalen SMG, Caris J, e.a. Tailoring of the Tell-us Card communication tool for nurses to increase patient participation using Intervention Mapping. J Clin Nurs 2017.
7. Suhonen R, Leino-Kilpi H & Valimäki M. Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2005;11, 7-20.
8. Wilde Larsson B & Larsson G. Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. J Clin Nurs 2002;11(5), 681
9. Heinen M, Van Belle E & Vermeulen H. Patiëntparticipatie in de Zorg. Nurse Academy nr1 2019

COMMUNICATIE MET MENSEN MET DEMENTIE

door
SANDRA ZWAKHALEN

ANNICK VAN MANEN

JAN HAMERS

SILKE METZELTHIN

Vaak is de verbale communicatie van een persoon met dementie zodanig verstoord dat deze zich vooral uit in gedragingen. De zorgverlener moet deze gedragingen op een juiste manier zien te interpreteren. Hiervoor zijn vaardigheden nodig.

DE ZORGVERLENING VAN MENSEN met dementie vraagt om goede communicatie tussen de zorgverlener en de oudere met dementie. Communicatie wordt bemoeilijkt door onder andere problemen ten gevolge van de dementie, zoals verbale uitingproblemen of beperkt woordbegrip. Vaak is de verbale communicatie zodanig verstoord dat de persoon met dementie zich vooral uit in gedragingen. De zorgverlener moet deze gedragingen vervolgens op een juiste manier zien te interpreteren. Hiervoor zijn vaardigheden nodig. Daarbij vindt communicatie altijd plaats in een omgeving, die ook weer van invloed is op hoe personen elkaar begrijpen. Zorgverleners die rekening houden met bovenstaande invloeden, zullen duidelijker communiceren met cliënten over wat cliënten zelf belangrijk vinden. Ze kun-

nen hun handelen beter afstemmen op de cliënt en zijn/haar wensen, waardoor een respectvolle en kwalitatief hoogwaardige zorg tot stand komt.

Literatuuronderzoek

Uit een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd door Machiels e.a. kwam naar voren dat er vrijwel geen bewezen effectieve interventies voorhanden zijn om de communicatie tussen zorgverlener en ouderen met dementie in de dagelijkse zorg te verbeteren.¹ De resultaten van dit literatuuronderzoek toonden aan dat slechts een gering aantal interventies beschikbaar is (n=6) en dat deze vooral gericht zijn op de training van verbale en non-verbale vaardigheden van verpleegkundigen. Geen van de interventies resulteerde echter in een duidelijk verbeterde communicatie.



Eigen onderzoek

In navolging van de literatuurstudie zijn we aan tafel gegaan met experts en in gesprek gegaan over wat goede communicatie bij mensen met dementie is. Ook hebben we observaties uitgevoerd om te zien hoe communicatie in de dagelijkse zorg verloopt. Daarvoor hebben we gedurende enkele weken tijdens de ochtendzorg verpleegkundigen en verzorgenden geobserveerd. Daarnaast hebben verpleegkundigen en verzorgenden elkaar geobserveerd.

Deze gesprekken en observaties hebben input geleverd voor een voorlopige aanpak, Basic Care Revisited, ter verbetering van communicatie tussen verpleeghuisbewoners met dementie en hun zorgverleners. De voorlopige aanpak bestaat uit een trainingsprogramma waarbij *coaching on the job* voorop staat. Dit wordt ondersteund door een zogenaamde kartrekker en een coach. In bijeenkomsten kunnen deelnemers oefenen met opdrachten om zo onder andere hun bewustwording te stimuleren. We hebben de aanpak toegespitst

op het moment van wassen en aankleden, een intensief moment voor zowel zorgverlener als cliënt waarin communicatie onmisbaar is.

Test

Onlangs is de voorlopige aanpak getest op een psychogeriatrische verpleeghuisafdeling. De resultaten toonden aan dat de aanpak haalbaar was. De deelnemers ervaren dat ze bewuster bezig zijn met het onderwerp communicatie en erkennen het belang ervan. Er zijn ook een aantal verbeteringen voorgesteld. Zo zou er meer aandacht moeten zijn voor het team en het teamklimaat van de afdeling. Verzorgenden en verpleegkundigen ervaren een gebrek aan tijd om zorgvuldig te communiceren met hun cliënten, een belemmerende factor die in veel studies wordt aangehaald. Momenteel wordt door Annick van Manen en het onderzoeksteam de aanpak aangepast op basis van de ervaringen in deze eerste test. De nieuwe versie zal in het komende jaar vervolgens op effectiviteit worden getest. ➡

REFERENTIE

I. Machiels M, Metzeltin SF & Hamers JPH. Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. *IJNS*;2017;66, 37-46.

