

.b138 185 1A



34300000346803

University Free State

Universiteit Vrystaat

University Free State

HIERDIE EKSEMPLAAR MAG ONDER

GEEN OMSTANDIGHED E UIT DIE

BIBLIOTHEEK VERWYDER WORD NIE

FISIOTERAPIE REHABILITASIEDIENSTE EN -BEHOEFTE
IN DIE BARKLY-OOS-DISTRIK

H KRIEL

FISIOTERAPIE REHABILITASIEDIENSTE EN -BEHOEFTE IN DIE BARKLY-OOS DISTRIK

deur

Helena Kriel

Voorgelê aan die Departement Fisioterapie, Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die
Universiteit van die Oranje Vrystaat ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad
Magister Scientiae in Fisioterapie

November 1999

Studieleier : Prof MW Krause

BEDANKINGS EN ERKENNINGS

My opregte dank aan

- Dr RCH Thétard vir sy ondersteuning en beskikbaarstelling van die personeel en infrastruktuur van die Streeksdiensteraad om die navorsing moontlik te maak.
- Verpleegster Media Joko vir haar hulp met die rondbeweeg in die gebied, voorstelling aan die gemeenskap, invul van die vraelyste, ens.
- Personeel by die Drakensberg Streekdiensteraad vir hul insette en ondersteuning
- Gina Joubert en Riëtte Nel van Departement Biostatistiek van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Oranje Vrystaat vir die ontleding van die resultate en waardevolle leiding.
- Prof MW Krause, my studieleier, vir haar leiding.
- Bo alles kom alle lof aan God toe.

INHOUDSOPGAWE

[illegible]

[illegible]

LYS VAN TABELLE

[illegible]

4.5.4	Opleiding deur kursusse, opleeswerk, ingesluit in aanvanklike studie, kennis opgedoen deur ander kollegas en kennis opgedoen deur eie ervaring-	-	-	107
4.5.5	Die tipe rehabilitasie wat die nie-terapeute gee-	-	-	107
4.5.6	Selfaangeduide vlakke van kennis oor rehabilitasie-	-	-	107
4.5.7	Selfaangeduide vlakke van selfvertroue met rehabilitasie-	-	-	108
4.5.8	Selfaangeduide vlakke van effektiwiteit met rehabilitasie-	-	-	108
4.5.9	Die fisioterapie rehabilitasie wat die nie-terapeute gee-	-	-	109
4.5.10	Probleme wat ervaar word t.o.v. rehabilitasie – Alle persone-	-	-	109
4.5.11	Probleme wat ervaar word t.o.v. rehabilitasie – Nie-terapeute-	-	-	110

LYS VAN FIGURE

4.2.1	Probleme geïdentifiseer met Siftingstoets 1-	-	-	-	-	-	-	85
4.2.2	Rehabilitasiedienste benodig-	-	-	-	-	-	-	87
4.3.1	Probleme geïdentifiseer wat fisioterapie rehabilitasie benodig-	-	-	-	-	-	-	99
4.5.1	Selfaangeduide vlakke van kennis, selfvertroue en effektiwiteit ten opsigte van fisioterapie-	-	-	-	-	-	-	108

LYS VAN DIAGRAMME

4.1	DEEL 1: Persone wat rehabilitasie benodig-	-	-	-	-	-	111
4.2	DEEL 2: Persone betrokke met rehabilitasie--	-	-	-	-	-	112

LYS VAN AFKORTINGS

ANC	African National Congress
GGR	Gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie
GRF	Gemeenskaps rehabilitasiefasiliteerder
GRW	Gemeenskaps rehabilitasiewerker
ILO	International Labour Organization
N	Aantal
PGS	Primêre Gesondheidsorg
SAFV	Suid Afrikaanse Fisioterapie Vereniging
SDR	Streeksdiensteraad
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations Childrens Fund
WGO	Wêreld Gesondheidsorg Organisasie

OPSOMMING

INLEIDING EN DOEL VAN DIE STUDIE

'n Gedetailleerde opname oor rehabilitasiedienste en -behoeftes van die Drakensberg Streeksdiensteraad in die Barkly-Oos distrik is in 1995 gemaak. Die distrik is 'n tipiese landelike gebied met 22 000 mense.

METODIEK

Die beskrywende studie het uit twee dele bestaan. Met die eerste deel is bepaal wat die rehabilitasiebehoeftes van persone wat in die studie ingesluit is, was. Eenhonderd-vyf-en-dertig huishoudings is d.m.v. eenvoudige ewekansige steekproeftrekking identifiseer wat deur die navorser en 'n navorsingshulp besoek is. 'n Totaal van 610 persone is in die studie ingesluit. Siftingstoetse is gebruik om enige persoon wat rehabilitasiedienste op die spesifieke tydstip sou benodig, te identifiseer. Die navorser het die persone evalueer om die aard van rehabilitasiedienste te bepaal wat benodig is (fisioterapie, arbeidsterapie, spraakterapie en "ander" wat maatskaplik en sielkundig ingesluit het). Aangesien die navorser 'n fisioterapeut is, kon slegs 'n beraming gemaak word van die ander rehabilitasiedienste as fisioterapie wat benodig is. Slegs die persone wat fisioterapie rehabilitasiedienste benodig het, is verder evalueer om die behoeftes en die spesifieke probleme aangaande rehabilitasie te bepaal. Met die tweede deel van die studie is die beskikbaarheid van rehabilitasiedienste in die area bepaal. Vraelyste oor die aard van rehabilitasie is aan persone gegee wat hulself as betrokke by rehabilitasie beskou het.

RESULTATE

Agt-komma-vyf persent van die persone wat nagevors is, is identifiseer wat rehabilitasiedienste sou kon benodig. Vier-komma-drie persent het fisioterapie rehabilitasiedienste benodig. Van dié persone het slegs 42% al vantevore kontak met rehabilitasiedienste gehad. Agt-en-tagtig-en-'n-half persent het die afgelope jaar geen rehabilitasiedienste ontvang nie. Die nie-beskikbaarheid van dienste was die belangrikste rede, asook 'n gebrek aan kennis dat rehabilitasiedienste beskikbaar was. Dertig-komma-agt persent het sentrale senuwee-probleme gehad, met 19.2% ortopediese probleme van die onderste ledemaat. Daar was baie min instellings en persone wat rehabilitasiedienste gelewer het. Dit was hoofsaaklik die verpleegpersoneel van die plaaslike hospitaal en die Streeksdiensteraad wat betrokke was met rehabilitasie. Daar is slegs een fisioterapeut in privaat praktyk en 14 verpleegkundiges, verpleegkunde assistente en lekwerkers identifiseer wat betrokke was met rehabilitasie. Met uitsondering van die fisioterapeut, was die selfaangeduide vlakke van kennis, selfvertroue en ervaring van die persone oor rehabilitasie onvoldoende.

GEVOLGTREKKING

Met baie min rehabilitasiedienste wat in die gebied aangebied word, en 4,3% van die persone wat fisioterapie rehabilitasiedienste benodig, kan die gevolgtrekking gemaak word dat daar 'n groot behoefte aan rehabilitasiedienste in die Barkly-Oos distrik is.

HOOFSTUK 1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die agtergrond tot die uitvoer van die studie gegee. Die probleme wat bestaan met betrekking tot die fisioterapie rehabilitasie van gestremde persone word gestel. Die doel van die studie word ook gestel. Terme en begrippe wat verband hou met die studie en as agtergrond dien, word omskryf. Die belang van die studie word gestel. Die organisasie van die oorblywende deel van die skripsie word ook uiteengesit.

1.1 AGTERGROND VAN DIE STUDIE

Sedert 1994 besoek die finale-jaar fisioterapie-studente aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat die Drakensberg Streeksdiensteraad (voortaan Drakensberg SDR), Afdeling Gesondheidsdienste, vir 'n week elke jaar. Die Noord-Oos Kaap gebied wat deur die Drakensberg SDR bedien word, sluit die volgende dorpe en omgewing in: Barkly-Oos, Lady Grey, Aliwal Noord, Dordrecht, Steynsburg, Jamestown, Burgersdorp, Elliot, Ugie, Maclear, Indwe en Rhodes.¹

Die besoeke is meestal aan die klinieke wat tuisbesoeke insluit, maar besoeke aan hospitale word ook ingesluit. Raad oor die hantering van pasiënte wat kan baatvind by fisioterapie-behandeling, word gegee. Aandag word ook aan die opleiding van verpleegkundiges en lekewerkers gegee. (Persoonlike gesprek: M W Krause. Hoof Departement Fisioterapie, UOVS)

Die doel van die besoek van die fisioterapie-studente is enersyds om 'n diens aan die Drakensberg SDR te verskaf, en om andersyds blootstelling aan die studente te gee oor fisioterapie in die gemeenskap. Dit is 'n waardevolle opleidingsgeleentheid vir die studente. (Persoonlike gesprek: M W Krause. Hoof Departement Fisioterapie, UOVS)

Tydens die besoek in 1994 is bewus geword van die volgende:

- Daar is 'n gebrek aan fisioterapie rehabilitasiedienste.
- Persone wat rehabilitasie benodig, moet ver ry na stede buite die streek (Bloemfontein, Oos Londen, Queenstown en Port Elizabeth) of van 'n privaat fisioterapeut gebruik maak.
- Vir die oorgrote meerderheid persone is die nodige infrastruktuur en finansies nie beskikbaar om wel van die dienste buite die streek of van die fisioterapeute in privaatpraktyk gebruik te maak nie.
- Gesondheidswerkers probeer om rehabilitasiedienste te verskaf, maar die nodige kundigheid en tyd is nie altyd beskikbaar om 'n volledige diens te lewer nie. (Persoonlike gesprek: M W Krause. Hoof Departement Fisioterapie, UOVS)

Volgens Dr RCH Thétard bestaan daar 'n groot behoefte aan rehabilitasiedienste oor die algemeen in die gebied. Die hele gebied beskik oor slegs 4 geregistreerde fisioterapeute, een in Barkly-Oos, een in Dordrecht, en twee in Aliwal-Noord.. Die dienste word in privaatpraktyk-hoedanigheid gelewer en betrek dus nie die hele gemeenskap nie. Daar is tans geen fisioterapeut in diens van van die Drakensberg SDR nie. Geen van die hospitale in die gebied het 'n fisioterapeut in diens nie. Daar is ook nie fisioterapie-poste wat moontlike fisioterapeute sou kon lok nie. Daar is sewe maatskaplike werkers in die gebied en geen arbeidsterapeute of spraakterapeute nie. Daar is ook geen vaste fasiliteite waar mense met ernstige gebreke versorg kan word nie. (Persoonlike gesprek: RCH Thétard. Mediese Gesondheidsbeamppte, Drakensberg SDR)

Daar is 'n groot behoefte aan fisioterapiedienste in die gebied wat nie op 'n grootskaalse basis aangespreek kan word deur hierdie een-jaarlikse besoek van die fisioterapie-studente nie. (Persoonlike gesprek: RCH Thétard)

1.2 PROBLEEMSTELLING

Daar is miljoene persone wêreldwyd met gestremdhede. Huidige dienste om hierdie persone se behoeftes aan te spreek, is onvoldoende. In ontwikkelende lande is selfs die basiese dienste en apparaat nie beskikbaar nie. In ontwikkelde lande kan gestremde persone wel die voordeel hê van mediese dienste en opvoeding, maar het steeds nie noodwendig die geleenthede om te werk en om deel aan die gemeenskapslewe te hê nie.²

Primêre Gesondheidsorg (PGS) word deur die WGO voorgestel as 'n manier om te verseker dat soveel as moontlik persone toegang tot gesondheidsorg het.³ Gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie (GGR) word beskou as 'n onderafdeling van PGS.⁴ Daar bestaan reeds verskeie GGR-programme as deel van PGS in verskeie lande, asook in Suid Afrika.

Die huidige krisis in gesondheidsorgdienste in Suid Afrika het gelei tot die beklemtoning van PGS as 'n metode om te verseker dat alle persone in die land voldoende gesondheidsorg ontvang.⁵

Met slegs 27% fisioterapeute in Suid Afrika werksaam in die publieke sektor met verreweg die meeste poste by instansies soos hospitale, asook met 'n verspreiding van fisioterapeute meestal in stedelike gebiede⁶, kan die afleiding gemaak word dat 'n groot persentasie gestremde persone in Suid Afrika nie fisioterapie rehabilitasiedienste ontvang nie. Met inagneming van die persentasie van 10% persone in die wêreld wat volgens die WGO se syfers gestremd is⁷, kan 'n verdere afleiding gemaak word dat daar 'n groot behoefte aan rehabilitasiedienste in Suid Afrika bestaan.

Die Suid Afrikaanse Fisioterapie Vereniging (SAFV) besef die behoefte aan rehabilitasiedienste in Suid Afrika. Beleidsdokumente is saamgestel oor die posisie en standpunte van die vereniging oor rehabilitasie. Daadwerklike pogings word aangewend om verskillende vlakke van werkers in die beroep saam te stel wat die behoefte aan rehabilitasiedienste in die land sal aanspreek.⁸

1.3 DOELSTELLING

Met bogenoemde as agtergrond is daarom besluit om die studie te doen om te bepaal wat die behoefte aan fisioterapie rehabilitasiediens in een distrik van die gebied is, en watter dienste wel beskikbaar is.

1.4 NAVORSINGSVRAAG

Die volgende navorsingsvrae het uit bogenoemde gegewens ontstaan.

- Wat is die behoefte aan rehabilitasiedienste in die Barkly-Oos distrik, met spesifieke verwysing na fisioterapie rehabilitasiedienste?
- Watter rehabilitasiedienste is wel beskikbaar in die Barkly-Oos distrik?
- Wat is die opleiding oor rehabilitasie van die persone wat wel betrokke is met rehabilitasie?
- Watter probleme en leemtes ervaar die persone wat betrokke is met rehabilitasie?
- Wat moet die plan van aksie wees om 'n fisioterapie rehabilitasiediens daar te stel?

1.5 AFBAKENING VAN DIE STUDIE

Die doel van hierdie studie was om 'n profiel op te stel van die volgende aspekte in die Barkly-Oos distrik.

- Wat die behoefte aan rehabilitasiedienste in die Barkly-Oos distrik is.
- Watter dienste wel beskikbaar in die Barkly-Oos distrik is.
- Watter opleiding persone het wat betrokke is met rehabilitasie
- Watter probleme en leemtes die persone wat betrokke met rehabilitasie is, ervaar.

Vanuit die gegewens wat verkry word, kan voorstelle gemaak word wat die plan van aksie moet wees om 'n rehabilitasiediens daar te stel.

Die belang van die studie is dat dit wat in die Barkly-Oos distrik gevind word, 'n aanduiding sal wees van wat in die hele Drakensberg Streeksdiensteraad se gebied gevind sal word.

1.6 OMSKRYWING VAN TERME EN BEGRIPPE

Om die terme en begrippe wat tydens die literatuurstudie gebruik word te verstaan, word vooraf 'n paar terme en begrippe omskryf.

1.6.1 Gestremdheid

Volgens die W.G.O. bestaan daar drie internasionale klassifikasies oor gestremdheid.²

1.6.1.1 Aantasting: (In Engels: "impairment")

Dit is enige verlies of abnormaliteit van psigologiese, fisiologiese, of anatomiese struktuur of funksie. Dit verwys dus na disfunksie van die liggaam en het as sulks belang by die individuele funksies van die dele van die liggaam.²

1.6.1.2 Ongeskiktheid: (In Engels: "disability")

Dit is enige beperking of verlies van die vermoë om 'n aktiwiteit wat as normaal vir die mens beskou word, uit te kan voer as die resultaat van aantasting. Dit is kenmerkend van 'n persoon se onvermoë en is betrokke by die samestelling of geïntegreerde aktiwiteite wat van 'n persoon of die liggaam as geheel verwag word, soos verteenwoordig deur take, vaardighede en gedrag.²

1.6.1.3 Gestremdheid: (In Engels: "handicap")

Dit is 'n nadeel vir 'n gegewe individu, wat die gevolg is van 'n aantasting of ongeskiktheid, wat die uitvoering van 'n rol wat normaal is, beperk of verhoed. (Dit hang af van ouderdom, geslag, sosiale en kulturele faktore vir daardie individu.) Dit is die sosiale en omgewingsgevolge van aantastings en/of ongeskikthede.²

In die literatuur verwys die Engels na die woord "disability" wat in Afrikaans "ongeskiktheid" is. Aangesien daar in die Afrikaanse spreektaal meer van "gestremde" persone gepraat word, sal daar in die teks verder in die konteks van "disabled" persone as "gestremde" persone gepraat word, en van "disability" as "gestremdheid".

1.6.2 Fisioterapie

1.6.2.1 Die rol van die fisioterapeut

Die rol van die fisioterapeut (soos uiteengesit deur die SAFV) word bespreek omdat daar met die uitvoer van die studie gekonsentreer is op fisioterapie rehabilitasiedienste.

Die rol van die fisioterapeut word op 4 vlakke van sorg geïdentifiseer.⁹ Al 4 vlakke van sorg kan op primêre, sekondêre en tersiêre vlak plaasvind. Dit is egter moeilik om 'n afgebakende verdeling van die 4 vlakke te doen, omdat die behandeling van 'n persoon al 4 vlakke kan insluit. Die vlakke van sorg is as volg:

1.6.2.1.1 Kuratiewe sorg

Die fisioterapeut het die nodige vaardighede om 'n persoon met muskuloskeletale, respiratoriese en neurologiese probleme te evalueer en te behandel.⁹

1.6.2.1.2 Voorkomende sorg

Die fisioterapeut speel 'n sleutelrol in die voorkoming van beserings wat opgedoen word by die werkplek, tuis, of tydens rekreasie. Dit kan ergonomiese konsultasie, professionele advies aan sportklubs en gesondheid-sentrums, skole, klinieke en dienste aan geriatrise persone insluit.⁹

Deur die implementering van toepaslike opvoedings- en behandelingsprogramme, help die fisioterapeut ook om te voorkom dat aantasting 'n ongeskiktheid of gestremdheid word.⁹

1.6.2.1.3 Bevorderlike sorg

Dit is 'n integrale deel van die omvang van die fisioterapeut se werk om gesondheid op alle vlakke te bevorder, byvoorbeeld deur betrokke te wees in opvoedkundige programme wat daarop gemik is om 'n gesonde lewenstyl te bereik en te behou.⁹

1.6.2.1.4 Rehabilerende sorg

Rehabilitasie is die wese van fisioterapie en is 'n geïntegreerde proses wat primêre, sekondêre en tersiêre sorg insluit. Die fisioterapeut se rol in die rehabilitasiespan is gerig op die herstel van optimale fisiese en funksionele onafhanklikheid. Dit kan slegs bereik word as die pasiënt eers volle verantwoordelikheid vir sy eie voortgesette hantering aanvaar en geïntegreer word in die gemeenskap. Die fisioterapeut het 'n onafhanklike rol in die hantering van sekere toestande soos byvoorbeeld by sagteweefsel beserings. In meer komplekse gevalle soos by spinale en neurologiese toestande, word 'n multi-dissiplinêre benadering vereis.⁹

1.6.2.2 Ander vlakke van dienslewering

Behalwe vir die gekwalifiseerde fisioterapeut, is daar ook ander vlakke van dienslewering.¹⁰ Die ander vlakke van dienslewering word vervolgens bespreek om 'n algehele oorsig te verkry.

1.6.2.2.1 Fisioterapie assistent

Fisioterapie assistente werk tans meestal in spesifieke inrigtings, soos hospitale. Die persoon is 'n middelvlakwerker en is direk verantwoordelik aan die fisioterapeut.¹⁰

Aangesien die persoon meestal in inrigtings werk, word die rol van die assistent nie hier bespreek nie.

1.6.2.2.2 Gemeenskaps rehabilitasiefasiliteerder (GRF)

'n GRF is 'n middelvlak rehabilitasiewerker en is deel van die middelvlak rehabilitasiespan. Volgens die SAFV moet die rol van die GRF die volgende insluit:

- implementering van rehabilitasiebehoeftes van individue
- voorsiening van middelvlak terapeutiese intervensie en advies in konsultasie met die fisioterapeut en ander gesondheidsorgwerkers
- ondersteuning en opleiding van gemeenskaps rehabilitasiewerkers, in samewerking met die fisioterapeut en ander gesondheidswerkers
- evaluering en monitering van die progressie van gestremde individue
- monitering van die rekords van die gemeenskaps rehabilitasiewerkers
- bewusmaking van gestremdheid aan die gemeenskappe
- advies aan gemeenskappe oor sake rakende rehabilitasie

- onderhandeling met gemeenskappe en plaaslike organisasies, bevordering van veldtogte, en verbetering van die bewustheid van die behoeftes van die gestremde persoon
- verwysing van individue wat meer gespesialiseerde intervensie benodig op sekondêre en tersiêre vlak
- gereelde verslagdoening aan en onderhandelinge met die fisioterapeut en ander lede van die gesondheid bestuurspan.¹⁰

1.6.2.2.3 Grondvlak rehabilitasiewerker (GRW)

Die grondvlak rehabilitasiewerker word ondersteun deur en is verantwoordelik aan die middelvlak rehabilitasiewerker en deur die GRF aan die fisioterapeut en lede van die Gesondheid Bestuurspan. Volgens die SAFV moet die rol van die GRW die volgende insluit

- aanvanklike identifisering van gestremdheid of funksionele probleem
- rapportering aan en konsultering met die middelvlak span en/of fisioterapeut rakende die probleme van die individu en die intervensie wat benodig word
- implementering van daaglikse programme soos voorgeskryf deur die middelvlak span en/of fisioterapeut of ander gesondheidswerkers
- opvoeding van die individu, sy familie en versorgers
- opvoeding van die gemeenskap soos voorgeskryf deur die middelvlak span en/of fisioterapeut
- nagaan van hulpmiddels, rolstoele en aanpassings wat gemaak moet word
- hulp aan die versorger in die maak van speelgoed, aanpassings, hulpmiddels en ondersteuningsmiddele
- dokumentering van die probleme op 'n gereelde basis

- hou van toepaslike rekords
- gereelde terugvoering aan die middelvlakspan, fisioterapeut en/of ander gesondheidswerkers soos toepaslik.¹⁰

Die rol van die middelvlakwerkers en grondvlakwerkers by arbeidsterapie en spraakterapie is min of meer dieselfde, maar word net toegepas in die spesifieke velde. Dit word nie hier bespreek nie.

1.7 DIE BELANG VAN DIE STUDIE

Met die studie is gepoog om 'n bydrae te lewer tot die bepaling van die behoefte aan rehabilitasiedienste in die gebied deur 'n opname te doen oor die behoefte aan rehabilitasiedienste in die Barkly-Oos distrik. Daardeur kan moontlike oplossings gegee word om die behoeftes aan te spreek. Die gemeenskap is ook deur die uitvoering van die studie en die teenwoordigheid van die navorser, bewus gemaak van gestremde persone in die gemeenskap.

1.8 ORGANISASIE VAN DIE OORBLYWENDE DEEL VAN DIE SKRIPSIE

In die tweede hoofstuk word die verwante literatuur bespreek. Die derde hoofstuk beskryf die metode van uitvoering van die studie. In die vierde hoofstuk word die resultate wat verkry is, weergegee. In die vyfde hoofstuk volg die bespreking van die resultate. In die sesde hoofstuk volg die gevolgtrekking wat uit die studie gemaak kan word.

1.9 SAMEVATTING

Probleme word in die Noord-Oos-Kaap gebied ondervind met betrekking tot die verskaffing van fisioterapie rehabilitasiedienste aan gestremde persone. Pogings word aangewend om hierdie probleme aan te spreek, onder andere deur die besoek van die Departement Fisioterapie aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat. Hierdie studie is aangepak om te kyk na die behoefte aan fisioterapie rehabilitasiedienste, wat wel beskikbaar is en watter probleme ervaar word met huidige rehabilitasiedienste. Hieruit kan 'n plan van aksie daargestel word om die probleme aan te spreek.

HOOFSTUK 2: LITERATUURSTUDIE

2.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word 'n oorsig gegee van die relevante literatuur vir hierdie studie. Rehabilitasie oor die algemeen, rehabilitasie in Suid Afrika en die voorkoms van gestremdheid word bespreek. Primêre Gesondheidsorg (PGS) met Gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie (GGR) as 'n onderafdeling daarvan, word ook bespreek. Daar word ook verwys na die gestremde persoon in die gemeenskap en die gestremde in die arbeidsmark. Die rol van fisioterapie in rehabilitasie word laastens bespreek.

2.2 DEFINISIE VAN REHABILITASIE

Die Wêreld Gesondheidsorganisasie (WGO) beskou rehabilitasie as *'n proses om persone met gestremdhede in staat te stel om hul optimum fisiese, sensoriese, intellektuele, sielkundige en/of sosiale funksionele vlakke te bereik en te behou, om sodoende aan hulle die middele te voorsien om hul lewe te verander na 'n hoër vlak van onafhanklikheid. Rehabilitasie mag sekere metodes insluit om 'n funksie te verskaf en/of te herstel, of om te kompenseer vir die verlies of afwesigheid van 'n funksie of 'n funksionele beperking. Die rehabilitasie-proses sluit nie die aanvanklike mediese sorg in nie. Dit sluit 'n verskeidenheid aspekte en aktiwiteite in van die meer basiese en algemene rehabilitasie tot doelgerigte aktiwiteite, byvoorbeeld rehabilitasie in die werksopset.*²

Volgens die *National Rehabilitation Policy Recommendations* wat opgestel is op die Nasionale Rehabilitasie Konferensie wat in 1995 in Johannesburg gehou is, word rehabilitasie beskou as *'n proses wat daarop gemik is om persone met gestremdhede die*

vermoë te gee om hul optimale bio-psigo-sosiale vlak van funksionering te bereik en te behou. Die doel is om persoonlike onafhanklikheid, produktiwiteit en sosiale reïntegrasie in die gemeenskap aan te moedig. Die rehabilitasiespan (waarvan die persoon met 'n gestremdheid 'n integrale deel vorm) neem 'n kreatiewe, realistiese en praktiese benadering aan om 'n betekenisvolle en toepaslike lewenstyl op te bou.¹¹

Gestremdhede is beperkings wat die gevolg is van 'n aantasting. Wanneer dit vir 'n persoon nie moontlik is om ten volle vir 'n aantasting te kompenseer nie, behels rehabilitasie die opleiding van die persoon met 'n gestremdheid om sy funksie te verbeter ten spyte van die aantasting. Die persoon leer om sekere aktiwiteite op 'n gemodifiseerde manier te verrig, of met behulp van hulpmiddels en spesiale apparaat.²

Rehabilitasie sluit alle metodes in wat daarop gemik is om die impak van gestremdheid vir 'n individu te verminder en hom dus in staat te stel om onafhanklikheid, sosiale integrasie, 'n beter kwaliteit lewe en self-aktualisering te bereik. Rehabilitasie sluit nie net die opleiding van persone met gestremdhede in nie, maar ook intervensie in die algemene gemeenskapsisteme, aanpassings van die omgewing en die beskerming van menseregte.¹²

Volgens die Beleidsdokument van die SAFV van 1996 oor die GRW en GRF, is rehabilitasiedienste 'n essensiële middel as gestremde persone die geleentheid gegee word om hul plek as volle verantwoordelike lede van die gemeenskap in te neem.¹³ Dit sluit dus ook sielkundige en maatskaplike rehabilitasie in.

2.3 VOORKOMS VAN GESTREMDHEID

Volgens die WGO is die wêreldwye voorkoms van gestremdheid 10%. Sommige kenners glo dat dit 'n onderbeklemtoning van die uitgebreidheid van die probleem is, terwyl ander wat 'n nouer definisie van gestremdheid gebruik het, by 'n veel laer persentasie uitgekom het.⁷

'n Studie oor die voorkoms van gestremdheid in Mitchells Plain in Suid Afrika, is gedoen deur gebruik te maak van die raamwerk van die internasionale klassifikasie van aantasting, ongeskiktheid en gestremdheid. Daar is bevind dat die voorkoms van gestremdheid 4,4% is. Sekere probleme is egter ondervind deurdat daar verwarring bestaan het tussen die klassifikasie deur die funksionele sisteem en die liggaamsdeel wat aangetas is. As gevolg van die probleme wat ervaar is met die verskillende klassifikasies tussen aantasting, ongeskiktheid en gestremdheid, word dié syfer reflekteer as dié persone wat rehabilitasie benodig, dus die deel van die persone met matige tot ernstige gestremdhede, waar die WGO se syfers die hele omvang reflekteer.¹⁴

In KwaZulu is gevind dat 5,2% persone motoriese aantasting het. Die mees algemene aantasting was osteoartritis van die heup.¹⁵

In die gekleurde gemeenskap van Bishop Lavis is 'n voorkoms van motoriese gestremdheid van 1,1% gevind. Die hooforsake van gestremdheid was siekte, hoofsaaklik as gevolg van serebrovaskulêre ongelukke, trauma en poliomiëlitis. Van die gestremde persone was 11,8% onder die ouderdom van 15 jaar. In 22,5% van die gevalle is gestremde persone gedurende die voorafgaande 3 maande deur gesondheidswerkers besoek, waarvan 67% verpleegkundiges was, en 33% maatskaplike werkers.¹⁶

Met 'n opvolgstudie is bevind dat die voorkoms van motoriese gestremdheid in die swart gemeenskap van Nyanga 1,8% is. Tagtig persent van die persone het die voorafgaande 3 maande geen kontak met gesondheidsdienste gehad het nie.¹⁷

In die wit gemeenskap in Vishoek het dieselfde navorsers bevind dat die voorkoms van motoriese gestremdheid 1,3% is. Die meerderheid persone was oor 60 jaar. Oor die algemeen was die persone minder erg gestremd as die persone in Nyanga. Van dié persone het 71,9% die voorafgaande 3 maande nie kontak met gesondheidsdienste gehad nie.¹⁸

In Alexandra is bevind dat 8,5% persone gestremd is. Dit sluit gehoor-, spraak-, visuele, geestelike- en leergestremdheid asook epileptiese aanvalle in. Daar was meer vroulik gestremde persone as manlik gestremde persone. Twee persent van die persone was motories gestremd. Dit is min of meer dieselfde wat in Nyanga gevind is. Volgens Cornielje¹⁹ kom dit voor of die gestremdheidsyfers in die stedelike gebiede laer is as in die landelike gebiede. Een van die moontlike redes hiervoor is dat die gestremde persone na die landelike gebiede verhuis omdat daar minder werksgeleenthede in die stede is.¹⁹

2.4 PRIMêRE GESONDHEIDSORG (PGS)

Die *International Conference on Primary Health Care* wat in 1978 in Alma-Ata gehou is, het verklaar dat PGS die hoof gesondheidsprobleme in die gemeenskap sal aanspreek en daardeur die voorsiening van bevorderlike, voorkomende, kuratiewe en rehabiliterende dienste sal bevorder.²

Die deklarasie van Alma-Ata 1978 definieer PGS as essensiële gesondheidsorg wat universeel toeganklik vir individue en families in die gemeenskap gemaak word wat aanvaarbaar vir hulle is, deur hulle volle samewerking en teen 'n koste wat die gemeenskap en die land kan bekostig. Dit vorm 'n integrale deel van beide die land se gesondheidsstelsel waarvan dit die kern is, en van die algemene sosiale en ekonomiese ontwikkeling van die gemeenskap.³

In die kleinere gesien, beteken PGS eerste kontak-sorg.⁵ Die deklarasie van Alma-Ata gaan egter wyer en verwys na PGS as 'n konsep waar na die volgende fundamentele beginsels verwys word.³

- Die regerings is verantwoordelik vir die gesondheid van die mense van die land.
- Dit is die reg en plig van persone individueel en gesamentlik om deel te neem aan die ontwikkeling van hul gesondheid.

- Dit is die plig van die regerings en die gesondheidsberoepe om aan die publiek relevante inligting aangaande gesondheidsaspekte te gee sodat die persone groter verantwoordelikheid vir hul eie gesondheid kan aanvaar.
- Individue, gemeenskappe en lande se interafhanklikheid van mekaar, is gebaseer op hul gesamentlike belang by gesondheid.
- Daar moet 'n meer gelyke verspreiding van gesondheidshulpbronne in en tussen lande wees, sodat daar waar daar die grootste sosiale nood is, alle mense in kontak kan kom met die gesondheidsisteem.
- Klem moet geplaas word op voorkomende maatreëls geïntegreer in kuratiewe, rehabilitatiewe en omgewingsmaatreëls.
- Individue en gemeenskappe moet deelneem en betrokke wees by die beplanning en implementering van gesondheidsprogramme.
- Gesondheidsorg moet aan alle persone toeganklikheid wees.
- Tegnologie moet toepaslik gebruik word sodat dit aanvaarbaar is vir die plaaslike gemeenskappe.
- Gesondheidsdiens moet bekostigbaar wees.
- Daar moet optimale verwysingskanale tussen alle vlakke vanaf die diens van gemeenskapsklinieke tot by akademiese hospitale wees. Dienste moet beskikbaar wees op die toepaslike vlakke van sorg.
- Daar moet voldoende en toepaslike dienste vir elke gemeenskap beskikbaar wees om aan die spesifieke gesondheidsbehoefte van elke gemeenskap te voldoen.
- Die diens wat verskaf word, moet effektiwiteit wees en dit aanspreek wat dit veronderstel is om aan te spreek. Die diens moet ook regverdigbaar wees in terme van die totale koste.
- Daar moet 'n multi-sektorale benadering wees. Mediese sorg moet gesien word as deel van die totale gesondheidsorg.
- Daar moet 'n gesondheidspan-benadering wees wat alle vlakke van gesondheidswerkers as ewe belangrik beskou. Dit sluit die toepaslike rol van gemeenskapsgesondheidswerkers in.

- Daar moet gemeenskapsgebaseerde opvoeding in teenstelling met eksklusiewe hospitaalgebaseerde opvoeding wees.³

Omvangryke gesondheidsorg vorm die basis van die PGS-benadering. Dit reflekteer en ontwikkel uit die ekonomiese toestande en sosio-kulturele toestande van die land. Gesondheid kan nie slegs deur die gesondheidsektor alleen verkry word nie. Veral in ontwikkelende lande dra ekonomiese ontwikkeling, water, sanitasie, behuising, omgewingsbewaring, voedselvoorsiening en maatreëls om armoede te bestry, by tot gesondheid.³

Die PGS-benadering beweeg weg van die mediese model van gesondheidsorg wat geneig is om die verantwoordelikheid van gesondheidsorg op die medici en gekwalifiseerde terapeute te plaas.⁵ Gesondheidsorg-ontwikkeling moet 'n gedeelde verantwoordelikheid wees tussen plaaslike gemeenskappe en die baie sektore van gesondheid-voorsiening.³

PGS, as 'n integrale deel van die gesondheidsorgsisteem, het die ondersteuning van ander vlakke van gesondheidsorg en ander sektore nodig. Meer gespesialiseerde behoeftes van die gemeenskap moet voorsien word deur meer sentrale vlakke van die gesondheidsisteem. Daar moet dus sterker skakeling wees tussen die meer sentraal geleë gesondheidinstellings en die gemeenskappe wat dit bedien.³

Die sentrale vlak voorsien beplanning en bestuurvaardighede, hoë gespesialiseerde sorg, opleiding van spesialis personeel, en sentrale logistiese en finansiële ondersteuning. Die beplanning van PGS moet in samewerking met die gemeenskappe sowel as middelvlak en sentrale vlakke gedoen word.³

Gemeenskapsgebaseerde dienste word dikwels voorsien deur die gesondheidsorg-sektor in samewerking met ander sektore soos nie-regerings-organisasies.³

2.4.1 Regeringsbetrokkenheid

Dit is belangrik dat regerings PGS ondersteun. Daar moet 'n her-oriëntasie van nasionale ontwikkeling-strategieë wees. Internasionale en nie-regerings-instansies moet aangemoedig word om aandag aan PGS te gee.³

Dit is die regering se verantwoordelikheid om hierdie tipe ondersteuning te stimuleer om die nodige intersektorale koördineringsmeganismes daar te stel op die verskillende vlakke, om wetgewing deur te voer om PGS te ondersteun, en om voldoende menslike hulpbronne, en tegniese en finansiële hulpbronne te verskaf.³

2.4.2 Gemeenskapsbetrokkenheid

Gemeenskapsbetrokkenheid is die hoeksteen van PGS.⁵ Gemeenskapsdeelname is die proses waarby individue en families verantwoordelikheid aanvaar vir hul eie gesondheid en welvaart en vir dié van die gemeenskap, en die vermoë ontwikkel om by te dra tot hul eie sowel as die gemeenskap se ontwikkeling.³ Die verwagtinge van die gemeenskap kan baie verskil van dié van die medici en gekwalifiseerde terapeute wat ander agendas vir die gemeenskappe het.²⁰ Die proses van gemeenskapsdeelname en bemagtiging in Suid Afrika vereis diepgaande veranderinge in houdings en waardes van baie professionele persone in gesondheidsorg.⁵

Daar is verskeie maniere waarop die gemeenskap kan deelneem in elke stadium van PGS. Die gemeenskap moet in die eerste plek eers betrokke wees by die evaluering van die situasie, die definiëring van die probleem en die stel van prioriteite. Die gemeenskap moet die gesondheidsorg-aktiwiteite help beplan en ten volle saamwerk wanneer die aktiwiteite uitgevoer word. Hulle moet dus verantwoordelikheid aanvaar. Lede van die gemeenskap kan bydra deur finansiële en ander bydraes te maak en om self te werk.³

Gemeenskapsbetrokkenheid lei tot die vorming van vennootskappe tussen gemeenskappe, families en individue wat verantwoordelikheid aanvaar vir hul gesondheid, en tussen al die verskillende persone wat gesondheidsdienste verskaf wat dan optree as verwysingspersone, hulle ondersteun, en help met die ontwikkelingsproses.⁵

Gemeenskapsbetrokkenheid vereis ondersteuning van die regering sowel as die gemeenskap.³

2.4.3 Gemeenskapsgesondheidswerkers

Vir die meeste ontwikkelende lande is die mees realistiese oplossing om alle persone te bereik, om van gemeenskapsgesondheidswerkers gebruik te maak wat in 'n kort tyd opgelei kan word om spesifieke take te verrig. In baie gemeenskappe is dit meer voordelig dat die werkers van die gemeenskap self kom en deur die gemeenskap gekies word.³

Gemeenskapsgesondheidswerkers moet opgelei word en later weer opgelei word om 'n progressief belangriker rol te speel om PGS te gee. Die opleiding moet baie spesifiek gerig wees op dit wat hulle gaan gebruik.³

Gemeenskapswerkers moet kan steun op beter gekwalifiseerde persone vir leiding en opleiding. Dit is veral van toepassing wanneer meer gekompliseerde sorg of advies oor 'n komplekse probleem benodig word.³

2.4.4 Voorkoming van gestremdheid

Volgens McLaren¹² is voorkoming van gestremdheid 'n aanvaarde komponent van PGS. Dit het twee hoofdoelstellings.

- Om aan elke persoon die dienste te voorsien wat gemik is op voorkoming van die verskyning van moontlike toestande wat gestremdheid kan veroorsaak en om die nodige behandeling te gee wat hierdie toestand sal verbeter. Om in die geval van permanente funksionele beperking of gestremdheid die persoon se oorblywende vermoëns tot die hoogste moontlike vlak te neem.^{12,21}
- Om aan die gemeenskap middele te gee om die persoon met gestremdheid in staat te stel om 'n ekonomiese bydrae te kan maak en om die koste verbonde aan inrigtingsorg, siekte-voordele en ongeskiktheids-pensioen te verminder.¹²

Die voorkoming van gestremdheid is nie uitsluitlik die rol van die gesondheidsektor nie, maar sluit alle tipes van sosiale, opvoedkundige, wetgewende, werks- en ander intervensies in. Dit sluit alle voorkomende maatreëls in wat daarop gemik is om:

- die voorkoms van aantasting te voorkom (eerste vlak van voorkoming)
- ongeskiktheid wat veroorsaak word deur aantasting te beperk of om dit te keer (tweede vlak van voorkoming)
- die oorgang van ongeskiktheid na gestremdheid te voorkom (derde vlak van voorkoming)¹²

2.4.5 Primêre gesondheidsorg in Suid Afrika

Die 1978 deklarasie van Alma-Ata het die belangrikheid van 'n omvangryke benadering tot die verskaffing van gesondheidsorg beklemtoon. In 1986 is die Nasionale Gesondheidsplan deur die regering geformuleer. Hierdie plan was gebaseer op die Alma-Ata beginsels van omvattende primêre gesondheidsorg.²²

Die Departement van Gesondheid het professionele persone wat te doen het met gesondheid aangemoedig om deel te word van die proses. Die regering erken dat die ontwikkeling en implementering van 'n nasionale rehabilitasiebeleid en strategie 'n prioriteit is en dat GGR die basis moet vorm van so 'n nasionale rehabilitasiebeleid.¹³

Volgens Murray²³ moet elke persoon in die land voorsien word van basiese gesondheidsorg wat toeganklik, aanvaarbaar, bekostigbaar gelyk en effektief is. Die opleiding van GRW's om as deel van die PGS-span te funksioneer moet hoë prioriteit geniet.²³

Volgens Dr CF Slabber (Direkteur-Generaal: Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling in 1992)²⁴ het Suid Afrika die Westerse model van gesondheidsorg met die klem op hospitaalsorg en kuratiewe dienste aanvaar. Hierdie model is egter nie toepaslik vir Suid Afrika nie, want ons kan dit in die eerste plek nie bekostig nie. In die tweede plek is die land uitgestrek met lae bevolkingsdigtheid in baie gebiede. Dit maak die tipe diens ontoeganklik vir baie persone in die landelike gebiede. Daar is derdens geen gelykheid in so 'n model nie, want daar sal altyd 'n groot verskil wees tussen die stedelike en die landelike gebiede.²⁴

Die nodige infrastruktuur moet voorsien word. Dit sluit die fasiliteite en professionele persone om opleiding te gee en om toesig te hou. Dit sluit ook die nodige fondse vir basiese dienste in. Plaaslike dienste moet ook maklike toegang tot verwysingsisteme hê.²⁴

Dienste moet toeganklik wees. Baie dienste, insluitend rehabilitasiedienste, is gekonsentreer in stedelike gebiede. Vir 50% van die bevolking is hierdie dienste ontoeganklik. Selfs in die stedelike gebiede is van die dienste ontoeganklik omdat persone dikwels ver bly vanaf beskikbare dienste en voldoende vervoer nie beskikbaar is nie.²⁴

Volgens Dr Slabber²⁴ moet die organisatoriese en bestuursvermoëns van plaaslike persone, asook die vermoë om verantwoordelikheid te aanvaar, ontwikkel word. Gemeenskapsbetrokkenheid is 'n basiese beginsel van PGS.²⁴

Daar bestaan 'n behoefte aan 'n gesondheidspan met professionele persone sowel as gemeenskapswerkers. Professionele persone moet die nie-professionele gemeenskapswerker as 'n integrale deel van die span aanvaar.²⁴

Met die bewindoorname van die ANC in 1994, is die Nasionale Gesondheidsplan van die ANC met die tegniese ondersteuning van die WGO en UNICEF voorberei. Volgens die Gesondheidsplan het elke persoon die reg om optimale gesondheid te geniet. Die ANC is verbind tot die bevordering van gesondheid. PGS sal 'n integrale deel van die land se gesondheidsstelsel wees. Die staat is verantwoordelik om die raamwerk waarbinne gesondheid bevorder moet word, te skep.²⁵

Volgens die witskrif van die Departement van Gesondheid van 1997 is van die voorgestelde strategieë van die gesondheidsektor dat die gesondheidsstelsel klem op die PGS-benadering moet lê. Die nuwe Suid Afrikaanse gesondheidsstelsel aanvaar die PGS-benadering, omdat hierdie benadering die mees effektiewe en koste-effektiewe manier is om die bevolking se gesondheid te bevorder. Die geïntegreerde pakket van essensiële PGS-dienste sal aan die hele bevolking beskikbaar wees. Die doel is om gesondheidsorg vir alle Suid Afrikaners binne 10 jaar te verseker.²⁶

Daar moet verseker word dat die hele omvang van PGS en ander relevante gesondheidsdienste in gemeenskappe, klinieke, gemeenskapsgesondheidsentrums, streekshospitale en ander fasiliteite beskikbaar is.²⁶

2.5 GEMEENSKAPSGEBASEERDE REHABILITASIE (GGR)

GGR vorm deel van PGS.⁴ Na die deklarasie van Alma-Ata het die WGO 'n strategie vir GGR ontwikkel as 'n metode om rehabilitasie met gesondheid en ontwikkelingsaktiwiteite op gemeenskapsvlak te integreer.² Die hoofdoel van GGR is om te verseker dat persone met gestremdhede oor die vermoë beskik om hul fisiese en geestelike vermoëns optimaal te gebruik, om toegang te hê tot gereelde dienste en geleenthede, en om volle sosiale integrasie in hul gemeenskappe te bereik.⁴

2.5.1 Definisie van GGR

Die gesamentlike Beleidsdokument van WGO, ILO en UNESCO van 1994 definieer GGR as 'n strategie in gemeenskaps-ontwikkeling vir die rehabilitasie, gelykmaking van geleenthede en sosiale integrasie van alle persone met gestremdhede.⁴

Volgens die WGO sluit GGR maatreëls in wat geneem word op gemeenskapsvlak wat hulpbronne van die gemeenskap, insluitend aangetaste, ongeskikte en gestremde persone self en die gemeenskap in geheel gebruik en daarop bou.²⁷ GGR word gekenmerk deur die aktiewe rol wat persone met gestremdhede, hul families en die gemeenskap in die rehabilitasieproses speel.²

Die GGR-benadering het as deel van 'n beweging wêreld erkenning verkry met die aanneming van die *"World Programme of Action Concerning Disabled Persons"*, the basic guiding document for the United Nations Decade of Disabled Persons (1983-92).²⁸

Die WGO, UNESCO en ILO nooi regerings uit om GGR as 'n beleid aan te neem.⁴

2.5.2 Die wese van GGR

Volgens die gesamentlike beleidsdokument van die ILO, UNESCO en WGO van 1994, moet GGR in die eerste plek gesien word as 'n program wat aan die gemeenskap behoort en verteenwoordig word deur die plaaslike regering of owerheid. As nasionale beleid moet GGR deel wees van die land se aksie ten gunste van mense van alle ouderdomme wat enige vorm van gestremdheid het. Op provinsiale en streeksvlak moet die beleid ondersteun word deur verwysingsdienste en deur die oordrag van kennis na gemeenskappe. Op gemeenskapsvlak moet die beleid van integrasie implementeer word onder beheer van die gemeenskap wat die GGR-program "besit" en wat 'n groot rol gee aan die persone met gestremdhede en hul families.⁴

GGR word geïmplementeer deur die gesamentlike pogings van persone met gestremdhede, hul families, gemeenskappe, en die toepaslike gesondheids-, sosiale, opvoedings-, en beroepsdienste.⁴

Die gemeenskap moet betrokke wees in die beplanning en implementering van die program. As gemeenskappe nie betrokke is nie, is dit nie self-onderhoudend nie. Die programme wat onder die beheer is van bekende en gewaardeerde nie-regerings-organisasies lyk baie suksesvol. Hierdie organisasies moes al aan die plaaslike gemeenskap bewys het dat hulle bedoeling eg is om te luister en om in hulle belang op te tree.²⁹ Enige GGR-program moet saam met gestremde persone van die gemeenskap as vennote en raadgevers beplan word. Hul deelname is 'n sleutelfaktor, omdat hulle kan sê wat hulle grootste behoeftes is.³⁰

Die onderliggende filosofie van hierdie beweging is dat die integrasie van gestremde persone in die gemeenskap voorkeur moet hê bo die skepping van 'n spesiale omgewing en spesiale dienste vir gestremdes. Die gemeenskap moet by die behoeftes van die gestremde persone aanpas. Die sleuteltermen wat gebruik word, is: hoofstroom, normalisering en deïnstitusioneel.²⁸

Met GGR word 'n rehabilitasiediens daargestel, maar die hoof fokuspunt is dat die gestremde persoon in staat gestel moet word om homself te help en dat die gestremde persoon dus self verantwoordelikheid neem.³¹

Die Verenigde Nasies se *World Programme of Action Concerning Disabled Persons* het in 1983 'n beroep op lidlande gedoen om die voorsiening van rehabilitasiedienste wat nodig is om die effekte wat aantasting 'n gestremdheid maak, te elimineer of te verminder, te verseker. Maatreëls moet op die vroegste moontlike tyd geneem word om dit moontlik te maak om moontlike simptome en tekens van aantasting op te spoor. Dit moet onmiddellik opgevolg word deur die nodige kuratiewe of remediërende aksies wat ongeskiktheid kan voorkom of die graad van gestremdheid kan verminder. Gekoördineerde voorkomingsprogramme op alle vlakke van die gemeenskap is nodig. Dit moet gemeenskapsgebaseerde primêre gesondheidsorgsisteme insluit wat alle segmente van die populasie, veral die landelike gebiede en stedelike krotbuurtes, insluit.³²

2.5.3 Modelle vir GGR-programme

Daar bestaan twee modelle vir GGR-programme.^{28,33}

Die eerste model word veral in die literatuur gepropageer, maar nie dikwels in die praktyk gesien nie. Dit is gebaseer op volle gemeenskapsdeelname. Die inisieerders nader 'n gemeenskap, bepaal wat die behoeftes is en werk saam met die gemeenskap na 'n oplossing. Die gemeenskap aanvaar eienaarskap van en verantwoordelikheid vir die program. Die rehabilitasie word só vereenvoudig om selfs die ongeletterde gemeenskapslid toe te laat om terapeutiese oefeninge uit te voer en om eenvoudige hulpmiddels en toestelle te vervaardig en te gebruik. Hierdie model word beskou as die "ware" model vir GGR, omdat gemeenskapsbetrokkenheid dit laat slaag.^{28,33} Hier is GGR heeltemal nie-institusioneel.

Met die tweede model evalueer 'n buitestaander die probleme en behoeftes van die area, beplan wat om te doen, nader persone wat belang daarby het en geïnteresseerd is, nader die toepaslike gesagstrukture, verkry toestemming en nooi dan gemeenskapsdeelname uit.³³ Die doel is om professionele rehabilitasiedienste na 'n groter aantal gestremde persone te bring, veral in landelike areas, en om persone wat een of meer gesofistikeerde diens benodig, na rehabilitasiesentrums te verwys waar dit beskikbaar is. Hier is GGR 'n komplementêre program wat inrigtings as verwysingstasies benodig en ook dien as 'n tegniese ondersteuningsbasis.²⁸

Volgens Momm en König²⁸ hou die eerste GGR-model ideale toestande voor wat nie in die praktyk voorkom nie. Daar is meestal negatiewe faktore teenwoordig soos armoede, disharmonie tussen gemeenskapslede en onbereidwilligheid om hul medemens te help. GGR gaan van die veronderstelling uit dat daar in die gemeenskap die nodige hulpbronne vir rehabilitasie bestaan. Die hulpbronne sluit persone in wat geïnteresseerd en bevoegd is om as vrywilligers op te tree. Dit sluit ook die nodige fondse, materiaal en die ervaring in om die nodige hulpmiddels te bekom, asook die beskikbaarheid van fasiliteite om die persone op te lei. Dit is egter nie altyd haalbaar nie. In arm gemeenskappe is dit omtrent onmoontlik om sulke mense as onbetaalde vrywilligers te kry.²⁸

Die tweede GGR-model waar die rehabilitasie-aktiwiteite en intervensie van buite kom, vereis ook 'n aantal voorvereistes waaraan voldoen moet word voordat dit as uitvoerbaar beskou kan word. Dit sluit onder andere in dat 'n ontwikkelde infrastruktuur (regerings of nie-regerings-organisasies) waarop die GGR-programme kan bou, beskikbaar moet wees. Dus slegs gemeenskappe wat die infrastruktuur kan bereik - hetsy deur pad, spoor of rivier - kan voordeel uit die diens trek. Dit is ook onontbeerlik dat 'n aantal gespesialiseerde dienste wat benodig word binne 'n redelike bereikbare afstand vanaf die gemeenskap moet wees. Sulke gespesialiseerde dienste kan óf verwysingstasies wees wat gestremde persone daar hanteer, óf uitreikdienste deur mobiele eenhede, óf besoekende personeel wat 'n diens in die gemeenskap lewer.²⁸

Die *International Labour Organization* (ILO) stel die volgende riglyne vir GGR voor.²⁸

- GGR as 'n nuwe benadering sal slegs suksesvol wees as dit geïntegreer is in 'n nasionale beleid.
- 'n Internasionale organisasie soos die ILO kan die nasionale ontwikkeling en veral die implementering van suksesvolle programme op 'n groot skaal, baie min beïnvloed.
- Die sosio-ekonomiese toestande in elke land wissel tot so 'n mate dat die benadering aangepas moet word by elke land se behoeftes.
- GGR moet op 'n professionele manier georganiseer word. Die personeel moet aangestel, opgelei en ondersteun word en daar moet toesig oor hulle gehou word.
- GGR moet binne die konteks van ander bestaande dienste ontwikkel word.
- Die hoof rolspelers van die GGR-program moet duidelik geïdentifiseer word, asook hul rol, funksie en plek binne die organisasie wat die projek steun.²⁸

Wanneer 'n gemeenskap besluit om 'n GGR-program te begin, moet die bestuur van die GGR-program die nodige ondersteuning, verwysingstrukture, voldoende bewustheid, voorbereiding en mobilisasie daarvan voorsien. Gemeenskappe moet hul eie vermoëns om persone met gestremdhede en hul families te help, versterk.⁴

Deeglike voorbereiding op alle vlakke is noodsaaklik. Dit is die primêre verantwoordelikheid van die bestuur van die GGR-program en die rehabilitasie-personeel om toe te sien dat die gemeenskap en families die nodige inligting oor die verkeie aspekte van gestremdhede ontvang. Dié inligting sluit die kennis en vaardighede in om persone met gestremdhede te help om hul vermoëns te ontwikkel. Die voorbereiding en samestelling van die inligting vereis 'n multi-dissiplinêre poging van alle relevante persone en organisasies.⁴

Hoewel die gemeenskap in staat is om 'n groot deel van die rehabilitasie te hanteer, is daar wel situasies waar daar nie van die gemeenskap verwag kan word om die vaardigheid te hê om sekere moeiliker gevalle te hanteer nie. Dit is dan belangrik dat die gemeenskap wel toegang het tot gespesialiseerde dienste en fasiliteite.⁴

Volgens die ILO moet 'n GGR-beleid gebaseer wees op wat beskikbaar is, personeel moet reeds in hul poste wees, en hulpbronne reeds beskikbaar. Die gemeenskap se ondersteuning gaan nie lank behoue bly as daar geen inset van die organisasie wat die GGR-program voorgestel het, is nie. Wat dikwels ook die probleem is, is dat gemeenskapswerkers dikwels slegs 'n opname maak met vae beloftes van hulp.²⁸ GGR is die resultaat van intervensie van buite. Die gemeenskap moet oortuig word dat dit die moeite werd en in lyn is met hul eie belange om betrokke te raak by GGR-aktiwiteite.²⁸

Die ondervinding van die ILO GGR-projekte het aan die ILO getoon dat die regerings, plaaslike gemeenskappe en gestremde persone self nog oortuig moet word van GGR se waarde.²⁸

2.5.4 Gemeenskaps rehabilitasiewerker (GRW)

Die GRW se rol is om gemeenskapsaksie te fasiliteer om die fisiese, sielkundige en sosiale status van persone met gestremdhede te verbeter.²

Dié werkers kan 'n moontlike oplossing vir die volgende probleme gee:

- Tekort aan rehabilitasie-mannekrag
- Gebrek aan hoë tegnologie-rehabilitasie
- Gebrek aan spesiale fasiliteite vir rehabilitasie³¹

2.5.5 Middelvlak rehabilitasiewerkers (GRW)

Die WGO stel 'n middelvlak rehabilitasiewerker voor wat middelvlak terapeutiese intervensie verskaf. Dié werker moet oor die GRW toesig hou, en aan die GRW hulp verskaf, ondersteuning bied en opleiding gee.²

2.5.6 Die gebruik van vrywillige lekewerke in GGR

Die meeste GGR-programme gebruik nie gesondheids-opgeleide personeel nie, maar eerder persone vanuit die gemeenskap met min agtergrond oor gesondheid. Die professionele persone word dikwels in die program slegs ingebring as verwysings-persone en opleiers.²⁹

Die GRW kan 'n persoon uit die gemeenskap wees wat rehabilitasiedienste as 'n addisionele verantwoordelikheid neem. Dit is ook soms 'n vrywilliger wat slegs GGR doen. Die gemeenskap moet hul keuse van die persoon maak, en ook besluit op 'n vorm van insentief vir so 'n persoon.⁴

Die feit dat vrywilligers in meeste GGR-projekte die steunpilaar is, word bevraagteken deur die ILO. Vrywilligers kan enige tyd uit die program val. Hul omset is hoog, wat erge probleme met die kontinuïteit van die program veroorsaak, omdat nuwe vrywilligers voortdurend opgelei moet word.²⁸

Vrywilligers het ook beperkte opleiding - meestal drie tot vyf dae inligtingskursusse. Die probleem is dat hulle dink hulle is rehabilitasiewerke wat oor genoeg professionele vaardighede en oor die reg beskik om gestremde persone voldoende te lei.²⁸

Vrywilligers kan wel 'n waardevolle hulpbron vir GGR wees, maar kan nie beskou word as 'n gepaste plaasvervanger vir professionele werke nie. Die GGR-konsep wat homself dus heeltemal op die konsep van vrywilligers baseer, is in die gevaar om baie min impak te maak en om dus glad nie uitvoerbaar te wees nie.²⁸

Vrywilligers het baie motivering nodig. Dit lyk of die erkenning wat hulle vanaf hul eie gemeenskap kry, baie goeie motivering is. Die vrywilligers moet ook voel dat hulle eienaarskap van die program het. Geen program het nog lank genoeg aangehou om te bewys dat vrywilligers vir 'n lang tyd gemotiveerd bly nadat hulle klaar opgelei is en oor die nodige vaardighede beskik nie.²⁹

In Guyana is 'n loodsstudie met leergestremde kinders gedoen om die effektiwiteit van die GGR-model te bepaal. Daar is bevind dat vrywilligers meer suksesvol en gemotiveerd was as kleuterskool-onderwysers in die hantering van leergestremde kinders. Die vrywilligers het ook eienaarskap van die program aanvaar.²⁹

2.5.7 Problematiek rondom GGR

2.5.7.1 Rehabilitasie as deel van 'n landelike ontwikkelings-inisiatief

Dit is raadsaam dat GGR nie in 'n program op sy eie in die gemeenskap plaasvind nie, maar as deel van 'n landelike ontwikkelings-inisiatief.²⁹ Momm en König (ILO)²⁸ waarsku dat om met rehabilitasie te begin as die eerste en enigste gemeenskaps-ontwikkelingspoging dit heel waarskynlik sal faal. Hulle waarsku ook dat GGR soos aanbeveel deur die WGO in die praktyk nie altyd sonder probleme is nie. Daar is groot teenstrydigheid en kontroversie oor interpretasies en die toepassing in die praktyk.²⁸

2.5.7.2 Volhoubaarheid van projekte

'n GGR-projek sal slegs volhoubaar wees as die behoefte uitgespreek word, daar 'n reaksie van die gemeenskap is wat aandui dat hulle gereed is om hierdie behoefte aan te spreek, en ondersteuning van buite die gemeenskap beskikbaar is. As een van hierdie komponente ontbreek, sal GGR nie slaag nie.⁴

'n Geïsoleerde GGR-projek wat nie aan 'n program of regeringsbeleid gekoppel word nie, het slegs 'n klein kans tot volhoubaarheid.⁴

Verwagtinge moet nie by die gemeenskap geskep word wat nie vervul kan word nie. Die gemeenskap word net bewus gemaak van die probleem en dat daar iets aan die probleem gedoen kan word, en dan onttrek die persone. Die beskuldiging word veral voor die deur

van opleidingsentra van terapeute (Universiteite) gegooi. In Projima, Mexico is egter bewys dat persone opgelei kan word deur besoekende terapeute en dat die terapeute dus iets daar los waarmee die gemeenskap kan aangaan. Dit moet egter op so 'n wyse geskied dat die insette meer gaan oor opleiding van werkers eerder as op individuele behandelings van persone.²⁹

2.5.7.3 Verantwoordelikheid van die gemeenskap

Die ILO waarsku dat die belangrikheid van rehabilitasiedienste teenproduktief kan wees en integrasie in die gemeenskap verhoed eerder as bevorder. Daar word skielik verantwoordelikheid op die gemeenskap geplaas wat hulle nie altyd in staat is om te bereik nie. Dit is belangriker om eerder te kyk na hulpbronne in die gemeenskap wat kan bydra tot integrasie van gestremde persone en om die houding van die gemeenskap tot gestremdes te verander.²⁸

2.5.7.4 Verandering van die omgewing

GGR moet nie net gerig wees op die mediese model nie, maar moet ook daarop gerig wees om persone met gestremdhede in staat te stel om hulle sosiale en kulturele omgewing wat as hindernisse dien om hul volle deelname tot die gemeenskap te bereik, te verander.²⁹

2.5.7.5 Gemeenskaps-geïntegreerde programme

Momm en König²⁸ stel voor dat daar eerder gepraat moet word van "gemeenskaps-geïntegreerde programme". GGR is dan maar een element van 'n breër gemeenskaps-geïntegreerde program vir gestremde persone.²⁸

Volgens hulle is die programme wat onlangs ontwikkel is, geïnspireer deur die mediese rehabilitasie paradigma. Om die mediese rehabilitasie-paradigma toe te pas vir opleiding en werksverskaffingsdienste, kan misleidend wees en mag implikasies hê dat dit die reïntegrasie van gestremde persone in die gemeenskap verhoed, eerder as om te bevorder.²⁸

Die volgorde van "diagnose-voorskrif" is nie 'n geskikte model vir beroeps rehabilitasie nie. Die fokus is op gestremdheid van die persoon en die doel is om gesond te maak, te korrigeer, en om die effek van die aantasting so min as moontlik te maak. In beroeps rehabilitasie is die fokus primêr op die gestremde persoon se vermoë en potensiaal om 'n bruikbare werk te verrig, en tweedens is die fokus op die gemeenskap wat die opleiding en werksgeleenthede moet verskaf. Die fokus op rehabilitasie moet dus as komplementêr beskou word deur 'n fokus op gelykmaking van geleenthede, dit is op programme eerder as rehabilitasie.²⁸

Dit is volgens hulle onaanvaarbaar dat mediese personeel beroepsgeleenthede as deel van mediese rehabilitasie beskou. Dit moet eerder deel wees van 'n gemeenskapsgebaseerde beroeps rehabilitasie-program. Hierdie taak oortref die taak van GGR. Die term "gemeenskaps-geïntegreerde rehabilitasie" word dus aanbeveel as 'n rehabilitasie-agentskap program wat gemik is op gelykstelling van opleiding en werksgeleenthede en op die sosiale integrasie van gestremde persone. GGR-aktiwiteite kan dan 'n belangrike element wees.²⁸

2.5.8 Ondersteuning van GGR van buite

Die *International Labour Organization* (ILO) stel die feit dat hulle nog geen effektiewe GGR-program teëgekom het wat die vermoë getoon het om alleenlik met plaaslike of nasionale hulpbronne voort te gaan sonder die ondersteuning van buite instansies nie. Die buite instansies kan die staat of nie-regerings-organisasies wees. Dus bly volhoubaarheid die sleutelfaktor vir alle programme.^{28,29}

Scott²⁹ voel dat dit onrealisties is om van enige GGR-program te verwag om selfonderhoudend te moet wees, omdat 'n sekere mate van buite-hulp altyd benodig sal word.²⁹

Derdewêreld lande is nie altyd geneë om GGR te aanvaar nie, omdat die koste-implikasies daaraan verbonde te hoog is. Die klimaat en infrastruktuur vir GGR kan nie altyd geskep word nie. Grondvlakwerkers word dikwels nie ondersteun nie en moet op hul eie aangaan. Selfs op vlakke waar daar 'n hoër vlak van werker aan die gemeenskap toegewys is, was daar min ondersteuning en opvolg, sodat die GRW's dikwels alleen gelaat is met hulle probleme. Die gevolg is entoesiasme wat verminder, wat 'n groot impak op hul werk het.²⁸

Die nodige ondersteuningsdienste kan nie aangebied word sonder dat daar koste aan verbonde is nie. Dus het GGR veral in die areas gefaal waar die rehabilitasie aan die gemeenskap oorgegee is om sodoende belastinggeld te bespaar. Momm en König stel dit as die rede dat GGR gefaal het omdat daar nie die nodige ondersteuningsdienste was nie.²⁸

Die programme wat as suksesvol beskou word, het 'n mengsel van die volgende komponente: eienaarskap deur die gemeenskap, bemagtiging, betrokkenheid van gestremde persone, voldoende opleiding en toesig, 'n bewusmakings-veldtog, 'n gemeenskaps-inligtingsentrum vir inligting-versameling en verspreiding, om gestremde families bymekaar te bring en sigbaar te wees in die gemeenskap, die vorming van self-hulp groepe wat lei tot die deel van inligting en wedersydse beraadslaging.²⁹

2.5.9 Voorbeelde van lande wat die metode van gemeenskapgebaseerde rehabilitasie volg.

Die meeste GGR-programme lê klem daarop om kinders en hul families te help. 'n Paar programme werk ook met gestremde volwassenes.²⁹

2.5.9.1 Fillipyne

In die Fillipyne is met 'n program begin waar vrywilligers tuisbesoeke doen. Daar is aanvanklik begin deur met die staat en met personeel van die gesondheidsektore te onderhandel. Alhoewel die benadering 'n benadering vanaf hoër strukture is, aanvaar die gemeenskap eienaarskap van die program. Die meeste van die personeel is toegewyde vrywilligers wat tuisbesoeke doen. Die vrywilligers se motivering kom van die sosiale erkenning wat hulle in die gemeenskappe kry. Die sukses van vrywilligers kan ook wees as gevolg van die feit dat dit 'n integrale deel van die gemeenskap se kultuur is. Daar word beraam dat hierdie program meer mense in die Fillipyne bereik as al die instansies vir gestremde persone tesame. Selfs die persone wat min met die program in kontak kom, kry iets daaruit aangesien hulle geen kontak sou gehad het met ander programme vir gestremde persone nie.²⁹

Die ILO beskryf dat hulle 'n program begin het wat vrywilligers opgelei het om as kampvegters en voorstanders te dien wat positiewe aksies stimuleer en wat nie rehabilitasiedienste verrig nie. Die steun wat aan die gestremdes gegee word is meestal om inkomste-genererende geleenthede te skep.²⁸

2.5.9.2 Guyana

In Guyana is 'n program vir leergestremde kinders van die grond gekry. Daar is aanvanklik met die program begin deur 'n loodsstudie te doen om die effektiwiteit van die

GGR-model van die WHO te bepaal. Met die studie is bevind dat dit belangrik is om 'n buigbare benadering te hê en om die gemeenskap met die beplanning te betrek.²⁹

Deel van die sukses van die loodsstudie was toegeskryf aan die groot media veldtog om bewustheid van die probleem te skep, en ook om die program van die grond af te kry.²⁹

2.5.9.3 Suider Afrika

Die ILO-projek het 'n drie-fase benadering ontwikkel om GGR bekend te stel. 'n Een-jaar sertifikaat-kursus vir opleiers van gemeenskaps rehabilitasiewerkers is eers aangebied, gevolg deur 'n reeks van drie maande nasionale opleidingskursusse vir gemeenskaps rehabilitasiewerkers, (GRW's), en inkomste-genererende aktiwiteite om van die projekte te ondersteun. Die lande wat ingesluit was, is: Malawi, Zimbabwe, Tanzanië, Swaziland, Lesotho, Zambië, SWAPO en die ANC vlugtelingkampe.²⁸

Die onderliggende idee was dat die rehabilitasiewerkers met 'n mate van professionele opleiding die rehabilitasie in die gemeenskappe verrig. Daar is van die veronderstelling uitgegaan dat die regerings in die streek nasionale koördinerings-eenhede vir die organisasie en toesig van die GGR-aktiwiteite sal ontwikkel.²⁸

2.5.9.4 Zimbabwe

Onder ILO se leiding is rehabilitasiewerkers gekies uit gemeenskaps-ontwikkelingspersoneel om addisionele rehabilitasiedienste te verskaf. Inkomste-genererende projekte is ontwikkel en provinsiale en distriks gemeenskaps-ontwikkelingspersoneel is opgelei.²⁸

Scott²⁹ verwys na 'n program wat deur ZIMCARE TRUST in 1981 begin is. Die program lê meer klem op kinders met leerprobleme en het dus 'n opvoedkundige inslag. Die

program is in vier distrikte begin met 'n opgeleide verpleegkundige en 'n onderwyser wat plaaslike personeel gebruik het om tuisbesoeke te doen. Die personeel was rehabilitasie-assistente, verpleegkundiges en maatskaplike werkers, sowel as gemeenskapsgesondheidswerkers.²⁹

Beskikbare bronne is mobiliseer wat 'n effektiewe vennootskap met 'n verskeidenheid agentskappe gevorm het eerder as om 'n nuwe raamwerk te vorm. Die verantwoordelikheid vir die implementering is dus gedeel. Opleidingspakette vir personeel en ouers is ontwikkel. Dit is gebaseer rondom videoprogramme wat opgeneem is in die landelike gebiede, skole en woongebiede. Mense kon dus opgelei word sonder die teenwoordigheid van 'n spesialis opleier.²⁹

2.5.9.5 Bhaktapur, Nepal

Die GGR-program is in 1986 deur 'n agentskap begin wat baie ondervinding gehad het om in Bhaktapur in 'n verskeidenheid gemeenskaps-ontwikkelingsaktiwiteite te werk. Die agentskap het baie goeie kennis van die gemeenskap gehad. GGR-werkers is deur die GGR-projekkomitee gehuur. Die komitee het bestaan uit verteenwoordigers van die agentskap en professionele verteenwoordigers van die plaaslike gesondheids en rehabilitasie-gemeenskap. Dié werkers was verantwoordelik daarvoor om bewustheid van die program te kweek en om die program in verskeie areas te ondersteun. Vrywilligers is ook gebruik. Tuisbesoeke is gedoen, 'n effektiewe verwysingsstelsel is opgestel en integrasie van kinders in die plaaslike skole is gefasiliteer. Ander aktiwiteite het die volgende ingesluit: maandelikse familie-vergaderings, gereelde speelgroepe en weeklikse opleiding van groepe vir kinders met gesiggestremdheid. Baie is ook gedoen vir kinders met gehoorgestremdheid.²⁹

2.5.9.6 Zanzibar

Dié GGR-program is die enigste program wat deur 'n vereniging vir gestremde persone begin is. Die span bestaan uit 'n fisioterapeut, gemeenskapsverpleegkundige en landelike gesondheidsassistent. Al hierdie persone is betaal en ondersteun deur die staat. Die program het 'n GGR-komitee wat bestaan uit gestremde persone, ouers, lede van die GGR-span en plaaslike regeringsverteenvoordigers. Die program fokus op gestremde kinders. Tuisbesoeke word gedoen en speelgroepe word voorsien. Mobiliteits-hulpmiddels word plaaslik vervaardig. Baie steun word van die staat ontvang, hoewel projekte ook aangepak word om geld in te samel. Die ouers het tot 'n sekere mate die organisering van die speelgroepe oorgeneem. In 'n onlangse poging is probeer dat die ouers tuisbesoeke in nuwe areas doen.²⁹

2.5.9.7 Indië en Samuha

Die meerderheid van dienste vir gestremde persone in Indië word voorsien deur plaaslike nie-regerings-organisasies. Baie werk in isolasie, konsentreer op 'n enkele gestremdheid en het min kontak met die staat. In 1988 het ACTIONAID India begin om projekte vir gestremde persone te ondersteun - beide inrigtings- en gemeenskapsgebaseerde benaderings, hoewel hul primêre belang die voorsiening van rehabilitasiedienste is waar daar 'n gebrek aan dienste is en met 'n gemeenskaps-geöriënteerde benadering. Ander areas van ondersteuning sluit die volgende in: ontwikkeling van toepaslike tegnologie, opleiding, navorsing, evaluasie van GGR-projekte, skakeling en verspreiding van inligting om te probeer om sommige van die probleem-areas aan te spreek.²⁹

Een van die areas wat deur ACTIONAID India ondersteun word, is Samuha. Die program se stukrag is opvoeding vir kinders en volwassenes, gesondheid, ondersteuning vir gestremde persone, en generering van inkomste. Die GGR-program het gegroei uit 'n opname oor gestremdheid wat die staat aangevra het. Integrasie in plaaslike skole is aangemoedig, 'n fisioterapeut het toesig gehou oor die fisioterapie, en voedings- en

mediese advies is gegee. Sommige van die personeel is vrywilligers, ander is gesondheidswerkers wat die addisionele GGR-aktiwiteite bykomend tot hulle normale werkslading geneem het. 'n Selfhelp-groep is gestig as 'n forum vir gestremde persone en hul families waar hulle inligting kon deel. 'n Vereniging vir gestremde persone het ook daaruit voortgevloei.²⁹

Die plaaslike "*Association of the Physically Handicapped*" in Bangalore, Suid-Indië skep opvoeding en werksgeleenthede vir gestremde persone, bied opleidingskursusse aan, neem gestremde persone in werkswinkels in diens, en fasiliteer werksplasings op ander plekke. Hulle ondersteun ook gemeenskaps-ontwikkelingsprogramme wat met gestremde kinders en hul families werk. Hoewel dit nie 'n suiwer GGR-program is nie, is dit 'n voorbeeld van 'n vereniging vir gestremdes wat bemagtiging op die platteland aanmoedig.²⁹

2.5.9.8 ACTIONAID Burundi

Die program is in 1990 begin met 'n periode van bewusmaking wat gelei het tot die stigting van 'n komitee. Plaaslike personeel is opgelei om tuisbesoeke te doen, 'n verwysingsstelsel is opgestel, kinders is geïntegreer in plaaslike skole, verskeie selfhelp-groepe van gestremde volwassenes is gevorm en voortvloeiend daaruit is 'n plaaslike tak van die nasionale gestremde groep gestig. Vrywilligers van die gemeenskap - meestal ouers van gestremde kinders - is opgelei. Die program is begin op 'n tyd waar daar geen gesondheidsprogram was nie, dus het die gesondheidswerkers ook 'n opvoedingsrol in dié verband gespeel.²⁹

Onlangs is probeer om na 'n meer geïntegreerde benadering te werk met klem op die multi-dissiplinêre spanne wat in die landelike ontwikkelings-areas werk. Hulle het ook gevoel dat dit onrealisties is om 'n rehabilitasie-program te implementeer sonder om die onmiddellike oorsake en effekte van armoede aan te spreek.²⁹

2.5.9.9 Peshawar, Pakistan

Daar is probeer om 'n middeweg te kies tussen aan die een kant die benadering van staatsinstellings-projekte met gespesialiseerde vaardighede met min kliënte en aan die ander kant gemeenskapsgebaseerde programme met 'n lae vlak van inligting, vaardighede en ondersteuningsdienste met meer kliënte. Die somtotaal sou dan 'n effektiewe vlak van vaardighede / ondervinding wees met voldoende ondersteuning waar dit ook maksimum bruikbaarheid het en waar dit ook kan help om GGR-programme by te staan sowel as om 'n hoër vlak van professionele vermoëns te verkry.²⁹

Die program is geïmplementeer. Geen tuisbesoeke is gedoen nie. Die statistieke van die welslae van die projek is egter indrukwekkend. Die program gebruik die media om bewustheid te skep, sowel as om inligting oor rehabilitasie oor te dra. Die program is veral gerig op sterk gemotiveerde sleutelpersone (gewoonlik die vader van 'n gestremde kind) om die gemeenskap te mobiliseer.²⁹

Dit lyk of die sentrum-gebaseerde benadering meer toepaslik is in dig bevolkte gebiede. Dit het ook in die program gebeur dat gemotiveerde families van meer verafgeleë nedersettings na die sentrum kom, basiese vaardighede aanleer, inligtingsmateriaal terugneem en die sentrum dan later weer besoek. Die klem by die sentrum was "inligting-gebaseer" wat op die plaaslike gemeenskap se kennis gebou het eerder as op die Westerse vlak van kennis en vaardighede.²⁹

2.5.9.10 Projimo, Mexico

Die GGR-program is 'n sentrum-gebaseerde program wat in 1982 begin is deur gestremde gesondheidswerkers wat reeds betrokke was in 'n gemeenskapsgesondheids-program in die nedersetting. Deur hulle werk in die gemeenskap het hulle agtergekom dat daar 'n behoefte bestaan onder gestremde kinders wat geen toegang het tot die baie duur ortopediese sentrums in die stede nie. Die program is dus meer gerig op die fisies

gestremde kind. Hulle het opleiding ontvang van besoekende medici en gekwalifiseerde terapeute wat met rehabilitasie te doen het. Hulle het 'n hoë vlak van vaardigheid ontwikkel, hoewel hulle ook op hul eie ondervinding en tradisionele geneesmiddels staatgemaak het.²⁹

Projimo word beheer en administreer deur gestremde persone. Hulle is ook afhanklik van buite befondsing wat hulle beheer in 'n mate in die weegskaal bring. Omdat dit gestremde persone is wat die werkers is, is daar geen duidelike skeidslyn tussen die werkers en die persone wat die dienste ontvang nie. Die dienste wat gelewer word is ook meer sentrum-gebaseerd. Die program het heelwat probleme wat meer verwant is aan die probleme in die gemeenskap self.²⁹

2.5.9.11 Indonesië

Die GGR-program was deel van die regering se plan om maatskaplike dienste aan die landelike gebiede in die land te bring. Daar is met vier areas begin. Personeel wat as opleiers sou dien, is opgelei wat dan weer baie gemeenskapswerkers opgelei het. Gemeenskap-stasies is ontwikkel waar opgeleide werkers opleiding en werk aan gestremde persone gegee het. Die program se sukses was baie afhanklik van die regering se bydraes.²⁸

2.5.9.12 Ethiopië

Die regering het 20 nuwe professionele poste vir gemeenskaps-rehabilitasiewerkers en hul toesighouers geskep. Almal was opgeleide maatskaplike werkers wat 'n addisionele jaar se opleiding in rehabilitasie onder 'n ILO-projek ontvang het. Hulle hou toesig oor lae-vlak rehabilitasie-assistente.²⁸

2.5.9.13 Kenia

'n ILO-projek is in twee distrikte geïmplimenteer. Distriksvlak- en plaaslike vlak-komitees is saamgestel wat die werk van vrywillige rehabilitasiewerkers gelei het. Die werkers het 'n week se opleiding in rehabilitasie ontvang. Alhoewel GGR deur die regering as 'n nasionale beleid aangeneem is, ontvang die GGR feitlik geen ondersteuning van die regering nie. Volgens die regering moet die nodige fondse deur die gemeenskap ingesamel word.²⁸

2.5.10 Rehabilitasie in Suid Afrika

Volgens Shuping³⁴ is die rehabilitasiedienste in Suid Afrika op PGS-vlak baie min.

Volgens die *National Rehabilitation Policy Recommendations* wat opgestel is op die Nasionale Rehabilitasie Konferensie wat in 1995 in Johannesburg gehou is, was daar 'n neiging dat rehabilitasie beleidsontwikkeling in Suid Afrika agtergeraak het teenoor beleidsontwikkelings van ander areas van Gesondheid.¹¹ Die bestuur van rehabilitasiedienste is in die verlede min beklemtoon en besluite ten opsigte van rehabilitasiedienste is geneem deur persone wat buite die veld van rehabilitasie gestaan het. Daar was onvoldoende strukture om deelname van rehabilitasie-personeel en gemeenskapslede in besluitneming te fasiliteer. Verwysings en kommunikasie tussen vlakke van dienslewering was swak. Gemeenskapsgebaseerde dienste het nie bestaan nie, met 'n gevolglike oorbelading van sekondêre en tersiêre fasiliteite.¹¹

Finansiering van rehabilitasiedienste het altyd lae prioriteit in die gesondheids-begroting geniet. Begrotings het meer voorsiening vir akute dienste gemaak. Rehabilitasiediens-verskaffers het nooit deelgeneem aan besluitneming oor begroting nie. Dit het die ontwikkeling van toepaslike rehabilitasiedienste erg beperk.¹¹

Die koördinasie tussen die verskeie sektore wat dienste aan gestremdes voorsien of 'n direkte impak op gestremde persone het, is baie swak.¹¹ Hierdie aspek sal aandag moet geniet.

Rehabilitasiedienste in die publieke sektor word baie geaffekteer deur die onvoldoende poste-struktuur veral op gemeenskapsvlak vir rehabilitasie-personeel, en onvoldoende salarisse van alle kategorieë van personeel. Hierdie faktore gee aanleiding tot die skuif van terapeute na die privaat sektor en ook oorsee.¹¹

Omvangryke rehabilitasiedienste sal slegs verskaf kan word as die begroting fasiliteite soos bekostigbare skole, opleidingsentras, vervoer van gestremde persone en rehabilitasiewerkers, en voorsiening en onderhoud van hulpmiddels, toelaat. Dit is ook belangrik dat die publiek bewus gemaak word van gestremdheid en rehabilitasie.¹¹

Verhoogde staatsbefondsing is noodsaaklik om ontwikkeling van dienste na onderontwikkelde areas te verseker. Begrotingstoewysings moet toelaat dat rehabilitasiedienste verskaf kan word op al die vlakke van gesondheidsorg-voorsiening, insluitend die gebruik van multi-dissiplinêre rehabilitasie-eenhede, uitreikprogramme en GGR-dienste. Staatssubsidies moet aan die opleiding van gemeenskaps rehabilitasiewerkers voorsien word. Staatsinstansies moet fooie vir dienste gelewer, kan hef.¹¹

Rehabilitasiedienste moet daarop gemik wees om kwaliteit lewe van alle persone te verbeter volgens internasionale standaarde. Omvattende herstrukturering van rehabilitasiedienste op alle vlakke moet gedoen word, maar primêr gerig wees op 'n gemeenskapgebaseerde sisteem. Gemeenskapgebaseerde programme moet begin word en middelvlakwerkers moet opgelei word om die programme te ondersteun. Toepaslike opleiding van rehabilitasiepersoneel wat terapeute, middelvlakwerkers en primêre vlak werkers insluit, moet gedoen word. Meganismes moet geneem word om te verseker dat rehabilitasiepersoneel op alle vlakke van dienslewering geplaas word. Daar moet ook 'n heroriëntasie wees van reeds opgeleide personeel na PGS en die GGR-benadering.²⁵

Die PGS-pakket sal basiese rehabiliterende en toepaslike gesondheidspersoneel soos fisioterapeute en -assistente, arbeidsterapeute en -assistente insluit. Die doel is om persone met gestremdhede die vermoë te gee om minder afhanklik te word en om hul potensiaal te bereik om 'n sosiale en produktiewe lewe te hê. Om dit te bereik, moet toegang tot omvattende gesondheidsorgdienste vir alle gestremde persone verbeter word, persone met aantasting moet so vroeg as moontlik gediagnoseer word, en 'n verwysingsstelsel moet ontwikkel word.²⁶

Daar is onvoldoende navorsing gedoen in die rehabilitasiebehoeftes van die land. Programmonitering en -evaluering is nie goed ontwikkel nie. Navorsing oor die opleiding van en dienste wat deur die verskillende vlakke van rehabilitasiewerkers gedoen word, moet in terme van koste-effektiwiteit en volhoubaarheid gedoen word.¹¹

Die volgende beginsels is geïdentifiseer op die Nasionale Rehabilitasie Konferensie wat in Johannesburg op 13 en 14 Maart 1995 gehou is waarop enige nasionale rehabilitasie beleid gebaseer moet word.

- *Internasionale aanvaarbare riglyne en konsepte soos die UN "Standard rules on the equalisation of opportunities for persons with disabilities" en GGR.*
- *Nasionale koördinasie*
- *Multi-sektorale samewerking*
- *Interdissiplinêre spanbenadering*
- *Die daarstelling van formele strukture vir gemeenskapsdeelname op alle vlakke.*
- *'n Toegewyde begroting vir rehabilitasie op nasionale, provinsiale en distriksvlakke.*
- *Voldoende voorsiening van fisiese hulpbronne (byvoorbeeld terapie-apparaat, hulpmiddels en vervoer)*
- *Aantreklike werksomstandighede vir alle rehabilitasie-personeel, veral in landelike en onderontwikkelde areas.*
- *Toeganklike, bekostigbare, toepaslike, aanvaarbare en gelyke dienste.¹¹*

Die aanbevelings wat hieruit gemaak is, lui soos volg:

- *'n Nasionale rehabilitasiebeleid volgens internasionale aanvaarde riglyne en met die klem op die ontwikkeling van GGR-dienste moet as 'n saak van dringendheid ontwikkel word.*
- *Meer toepaslike opleidings-kurrikulums vir rehabilitasie-personeel word benodig. 'n Deeglike begrip van die onderliggende beginsels van GGR moet verskaf word, en groter betrokkenheid van gestremde persone en hul families in kurrikulum-ontwikkeling is noodsaaklik.*
- *Hersiening van poste- en salarisstrukture en loopbaanvooruitsigte moet plaasvind. Diensvoorwaardes om personeel in die publieke sektor te behou, word benodig. 'n Herverspreiding van poste na plaaslike of distriksvlak en die skepping van gemeenskapsgebaseerde poste moet ondersoek word.*
- *Samewerking op alle vlakke van dienslewering moet gekweek word.*
- *Die bestuur van dienslewering moet só wees dat rehabilitasie-personeel sowel as gestremde persone in beheer is van die besluitnemingsprosesse op alle vlakke.*
- *Navorsing word benodig om vas te stel wat die behoeftes is waaraan rehabilitasiedienste aandag moet gee. Die koste-effektiwiteit van verskillende modelle van dienslewering moet bepaal word. Evaluasie en moniteringsprogramme moet ontwikkel word om die vermoë van verskillende modelle te bepaal om toepaslike dienste aan gestremde persone en hul families te voorsien.*
- *Toepaslike finansiële hulpbronne moet voorsien word om gemeenskaps rehabilitasiewerkers en -fasiliteerders op te lei en te ontplooi. Daar moet betrokkenheid van rehabilitasie-personeel wees in die begroting op alle vlakke.*
- *Formele strukture vir gemeenskapsdeelname moet opgerig word, wat deelname van gestremde persone en hul families insluit.¹¹*

Van die prioriteite wat tydens die Nasionale Rehabilitasie Konferensie identifiseer is, is dat daar 'n heroriëntasie van basiese opleiding van terapeute moet wees om in lyn te kom met die benaderings tot PGS en GGR. Indiensopleiding van huidige diensverskaffers moet voorsien word en 'n heroriëntasie tot die benaderings van PGS en GGR, sowel as metodes van evaluasie van dienste moet gemaak word. Die instelling van verpligte

gemeenskapsdiens wat in oorleg met die professionele gesondheidswerkers en die regering gedoen moet word, word voorgestel. Die ontwikkeling van 'n nasionale gestandaardiseerde kurrikulum vir alle terapie-assistente word voorgestel, asook die ontwikkeling van 'n nasionale gestandaardiseerde kurrikulum vir gemeenskaps rehabilitasiewerkers.¹¹

2.5.11 REHABILITASIEWERKERS IN SUID AFRIKA

Daar is verskeie plekke in Suid Afrika wat rehabilitasiewerkers oplei. Van die plekke is:

2.5.11.1 Alexandra: Johannesburg

Opleiding geskied onder die vaandel van die Universiteit van Witwatersrand. Daar is 'n groot rehabilitasiespan met professionele persone wat die opleiding gee en ook toesig hou.³⁵

2.5.11.2 Tintswalo Hospitaal - Oos Transvaal.

Die opleiding geskied ook onder die vaandel van die Universiteit van die Witwatersrand. Die eerste groep studente het in 1992 gekwalifiseer.³⁶

2.5.11.3 Amaoti, Inanda.

Amaoti is 'n semi-stedelike informele behuisingsgemeenskap. Opleiding geskied onder die vaandel van die Universiteit van Durban-Westville.³⁷

2.5.11.4 Manguzi Hospitaal – Kwazulu Natal

Daar is in 1990 begin om rehabilitasiewerkers op te lei.³³

2.5.11.5 **Sacla - Wes-Kaap (Khayelitsha)**

Opleiding word hoofsaaklik in die gemeenskap self gegee. Daar is 'n aantal terapeute wat help met die opleiding en toesig.³⁸

In die meeste areas in Suid Afrika is daar toesig oor die kliniese werk van die rehabilitasiewerkers. Dit is 'n groot probleem dat as die werkers opgelei is, daar nie altyd direkte toesig deur 'n professionele terapeut kan wees nie.. Daar is dus 'n groot uitdaging om rehabilitasiewerkers so onafhanklik as moontlik op te lei sodat hulle:

- die vaardighede van basiese fisioterapie-tegnieke kan bemeester,
- raad kan gee oor die hantering van sekere toestande en probleme,
- raad kan gee oor voorkoming van gestremdheid, ook by persone wat reeds gestrem is,
- die vermoë sal hê om die aard van ongeskiktheid en gestremdheid te verstaan en om die aanleidende oorsake te kan identifiseer.³⁸

2.6 **REHABILITASIEPROGRAMME**

Wanneer rehabilitasieprogramme beplan word, moet die beskikbare hulpbronne vir rehabilitasie in ag geneem word. Dit sluit personeel, fasiliteite, apparaat, voorsiening van tegniese hulpmiddels, vervoer en administratiewe ondersteuning in.²

'n Rehabilitasieprogram moet sommige personeel met spesiale vaardighede hê. Buitelandse kan help met die opleiding van hierdie personeel, maar die werksverskaffing moet voorsien word binne die regeringsbegroting of deur 'n plaaslike organisasie wat in staat sal wees om rehabilitasiedienste vol te hou.²

Ander hulpbronne wat benodig word vir rehabilitasieprogramme is die voorsiening van spesiale apparaat soos rolstoele en krukke, vervoer en moontlike behuising vir personeel.²

2.7 DIE GESTREMDE PERSOON IN DIE GEMEENSKAP

In enige GGR-program moet die GGR-werker vertrou wees met die verskillende "segmente" van die gemeenskap. Die lewe van 'n gestremde persoon word gevorm deur sy omgewing sowel as deur sy gestremdheid. Verskillende aspekte moet in ag geneem word as bepaal wil word wat die gestremde se behoeftes is. Die menslike faktor moet nie geïgnoreer word nie. Dit kan die bepalende faktor wees om só 'n program te laat slaag of nie. Die eerste stap in die beplanning van 'n GGR-program is om soveel as moontlik van die gemeenskap te leer.³⁰

Dit is ook belangrik om te verstaan wat die gemeenskap se siening oor gestremdheid is. As daar nie by die gemeenskap se siening aangepas word nie, en van daar af probeer om houdings en gelowe te verander nie, kan dit gebeur dat die gemeenskap nie die GGR-program aanvaar nie. Die alledaagse patroon van gemeenskapslewe moet nie versteur word nie.³⁰

Waar die gestremde persone met betekenisvolle of winsgewende aktiwiteite besig is, is hulle gerespekteerde lede van die gemeenskap en verloor die gestremdheid sy stigma.³⁰

Die ILO het 'n ondersoek in drie nedersettings in Zimbabwe gedoen oor die houdings en sienings van gestremde en nie-gestremde persone oor gestremdheid. Die gestremdheid is in vier kategorieë verdeel, naamlik ouditief, fisies, visueel, en geestelik. Tydens die onderhoude met gestremde persone het die persone getoon dat hulle sal verkies om 'n werk te hê. Waar dienste vir gestremde persone bestaan, maak hulle gebruik van die kans om hul toestand te verbeter. Hulle wil graag erkenning hê en weet die beste manier om dit te bereik is om soos ander mense te werk.³⁰

Nie-gestremde persone wat uitgevra is oor gestremde persone en gestremdheid, het van die volgende sienings gehad: gestremde persone word as "spesiaal" beskou en hoef nie te werk nie, behalwe vir ligter werkies. 'n Gestremde persoon van 'n ryk familie word meer positief beskou, omdat hulle toegang tot opvoeding het en iets bereik in die lewe. Die

meeste gestremde persone kom egter van arm gemeenskappe af, wat die situasie vererger. Van die menings was dat die persoon wat betrokke raak by 'n gestremde persoon, ook swaar kry.³⁰

Persone word weggesteek as gevolg van die volgende redes: om mense met geestelike gestremdheid sowel as die gemeenskap te beskerm, om besittings en swanger vroue te beskerm of om kontaminasie van byvoorbeeld leprose te verhoed. Die tweede rede is omdat hulle skaam is vir die gestremde persoon. Die derde rede is dat sommige gestremde persone beskou word as 'n las vir buitestaanders wat nie in hul wel en weë belang stel nie. Sommige persone is van mening dat om 'n gestremde persoon te help, hom lui sal maak. Hulle moet eerder gehelp word volgens behoefte.³⁰

Beskerming van menseregte van elke burger is vir alle gesag van elke land 'n verpligting. Persone met gestremdhede moet dieselfde regte tot 'n waardige lewe hê as ander. Daar moet geen uitsondering wees nie. Spesiale aandag is nodig om die volgende te verseker: toeganklikheid tot gesondheid- en sosiale strukture, opvoedings- en werksgeleenthede, inligting, kulturele en sosiale lewe wat sport- en rekreasie-fasiliteite insluit, en verteenwoordiging en volle politieke betrokkenheid en alle sake wat vir hulle van belang mag wees.³⁰

Gestremde persone het 'n wettige reg tot vryheid, om deel te wees van die ontwikkelingsproses van hul eie land en om hul eie sake te behartig.²⁹

Met intervensie van buite word die situasie van die gestremde direk of indirek beïnvloed. Nuwe invloede noodsaak nuwe behoeftes en eise op die gemeenskap en komitees. Daar kan nou byvoorbeeld werk, wat minder vaardigheid vereis, geskep word vir gestremde persone. Gestremde persone kan ook baat vind by onder andere nuwe programme van gesondheidsorg, terapie, voorsiening van hulpmiddels en toelaes. Nog 'n nuwe ontwikkeling wat kan plaasvind is die organisasies vir gestremde persone wat ook geleidelik begin kan word.²⁸

2.8 DIE GESTREMDE PERSOON IN DIE ARBEIDSMARK

Die Nasionale Raad vir gestremde persone in Zimbabwe sien opvoeding as 'n fundamentele vereiste om in die arbeidsmark te kompeteer en om suksesvol te wees. As gestremde persone beter opvoeding het, kan hulle beter werk kry. Opvoeding en werk is belangrike invloede wat die gestremde in die gemeenskap integreer en is van die belangrikste hulpbronne wat die uitdagings van die lewe die hoof kan bied. Volgens die Raad het die houding van die algemene publiek in die stedelike gebiede in Zimbabwe deur opvoeding en die gebruik van die media verbeter, maar hierdie boodskappe het nog nie die landelike gebiede behoorlik bereik nie. Die welvarende en werkersklasse is meer ontvanklik omdat hulle blootgestel is aan fasiliteite wat hulle opvoed, in teenstelling daarmee het die arm persone nie toegang tot hierdie fasiliteite nie en kan dus nie daardeur bereik word nie.³⁰

2.9 DIE ROL VAN DIE FISIOTERAPEUT IN REHABILITASIE

Die fisioterapeut speel 'n belangrike rol in rehabilitasie op al 3 vlakke van die voorsiening van gesondheidsdienste, naamlik primêr, sekondêr en tersiêr. Bykomend speel die fisioterapeut 'n waardevolle rol in primêre, sekondêre en tersiêre voorkoming van aantasting, ongeskiktheid en gestremdheid.¹⁰

Fisioterapeute is dikwels in groot sentrale hospitale eerder besig met akute, korttermyn toestande as rehabilitasiedienste aan persone met permanente gestremdhede. Terapeute is in so 'n geval nie voorberei om vaardige dienste vir die gestremde persone te gee, of as opleiers en toesighouers van middelvlakwerkers en gemeenskapswerkers op te tree nie.²

Die SAFV het in sy beleidsdokument oor die rol van fisioterapie in rehabilitasie (1996) die doelstellings van die beroep in rehabilitasie as volg gestel: om toepaslike, aanvaarbare, bekostigbare, gelyke en toeganklike rehabilitasiedienste op 'n koste-effektiewe basis aan alle mense in Suid Afrika te verskaf om die volgende te bereik:

- herstel en behou optimum funksie,
- beperk ongeskiktheid en gestremdheid en
- bevorder onafhanklikheid en verkry sosiale integrasie.¹⁰

Die fisioterapeut onderskryf die konsep van rehabilitasie as 'n aktiewe deelnemende proses wat die gestremde individu betrek om probleme te identifiseer en om veelvuldige doelstellings te identifiseer, te beplan en te bereik wat ontwerp is om sy/haar optimale funksie en sosiale integrasie in die gemeenskap te fasiliteer.¹⁰

Volgens 'n verslag van die SAFV in 1996 glo die vereniging dat fisioterapie veral 'n sleutelbydrae tot die nuwe Gesondheidsstelsel kan lewer. Dit is voorkomend, konserwatief en natuurlik. Die gemeenskap kan daarmee identifiseer omdat dit nader aan hulle tradisionele maniere is.¹³

Die fisioterapeut se bydrae sluit die volgende in:

- Evaluasie en bepaling. Die individu se totale funksie word bepaal in verhouding tot sy totale funksionering.
- Beplanning. Dit sluit die identifisering van toepaslike behandelings- en tuisprogramme, en ander hulpbronne en verwysingsisteme in.
- Intervensie en behandeling. Die behandelings prosedures word uitgevoer deur al die vlakke van werkers - in groepe of individueel. Individuele tuisprogramme word gegee.
- Opvoeding. Onderrig word aan die gestremde individu, sy familie, ander versorgers, en die breë gemeenskap gegee.
- Monitering en herevaluering. Die fisioterapeut monitor saam met ander lede van die rehabilitasie-span die progressie van die gestremde individu, sowel as die implementering van rehabilitasieprogramme op alle vlakke. Hierdie proses van voortdurende evaluering verseker dat behandelingsprogramme steeds toepaslik bly.¹⁰

Die aard van die opleiding van fisioterapeute en die praktyk waarin hulle werk, neig om op die individuele kliënt en op die spesialis vaardighede van die fisioterapeut te fokus. Dit is in teenstelling met die konsep van gemeenskapsdeelname en bemagtiging.⁵

Die neiging onder fisioterapeute om as onafhanklike praktisyns te werk wat 'n hoogs vaardige diens voorsien, is 'n hindernis tot omvangryke sorg. Die voorgraadse opleidingsprogramme van fisioterapeute moet meer georiënteer word tot die PGS-benadering. Dit sal vereis dat daar 'n skuif na gemeenskapsgebaseerde opvoeding gemaak moet word.⁵

Dit mag vir fisioterapeute wat in 'n GGR-program inskakel, nodig wees om opknappingskursusse by te woon sodat hulle in staat sal wees om verwysingsdienste te kan verskaf. Hulle het ook ondervinding op gemeenskapsvlak nodig voordat hulle tegniese advies aan persone in landelike areas kan gee. Terapeute wat ook betrokke is in die beplanning en implementering van mediese rehabilitasiedienste sal ook opleiding in bestuur benodig. Terapeute wat opleiers op distriks- en gemeenskapsvlak gaan word, sal opleiding moet ontvang om hulself voor te berei om onderwysers te wees.²

Daar is 'n wanverspreiding van fisioterapeute met die meeste fisioterapeute in die privaatsektor. Volgens Smith⁶ was daar in 1992 slegs 27% fisioterapeute in die publieke sektor werksaam. 15% van die poste in die publieke sektor was vakant. Van die 1084 poste in die publieke sektor was daar slegs 26 gemeenskapsgebaseerde poste⁶

Die SAFV beveel aan dat dit noodsaaklik is dat toepaslike poste-strukture vir die voorsiening van rehabilitasiedienste op alle vlakke ontwikkel en implementeer word. Dit is noodsaaklik dat fisioterapeute betrokke moet wees in die beplanning van toepaslike poste-strukture aangesien hulle saam met die gesondheidsbestuurspan verantwoordelik sal wees vir die opleiding van en die toesig oor middelvlak- en grondvlak rehabilitasiewerkers.⁸

Rehabilitasie-spanne moet op die been gebring word in konsultasie met plaaslike gemeenskappe. Dit moet op distriksvlak wees en deel wees van die totale gesondheidsdiens. Plaaslike gemeenskappe moet aangemoedig word om deel te neem aan 'n behoefte-bepaling om die rehabilitasiebehoeftes van die area te bepaal.³⁹

Fisioterapeute moet die beginsel van gelyke en volhoubare ontwikkeling aanvaar en moet dit 'n absolute prioriteit vir alle fisioterapeute wees. Die behoefte vir GGR is geïdentifiseer en moet daadwerklik deur fisioterapeute nagejaag word.³⁹

2.9.1 Opleiding van middelvlakwerkers en gemeenskapswerkers

Die rol van fisioterapie in die hele rehabilitasie-proses sluit die opleiding van middelvlak- en gemeenskapswerkers in.

Volgens die verslag van die SAFV oor gemeenskaps rehabilitasiewerkers en -fasiliteerders, moet die werkers opgelei word in die verskillende dissiplines wat te doen het met rehabilitasie in die gesondheidsektor - fisioterapie, arbeidsterapie, maatskaplike werk en spraakterapie; dus 'n multi-dissiplinêre benadering. Daar moet egter ook koördinasie tussen gesondheid, arbeid, welsyn en opvoeding bestaan; dus 'n intersektorale benadering.¹³

2.9.2 Die struktuur wat deur die SAFV voorsien word¹³

Die struktuur wat daargestel word, sluit die fisioterapeut, middelvlakwerker en grondvlakwerker in.

2.9.2.1 Fisioterapeut as deel van die gesondheidsbestuurspan

Eerstens is dit die fisioterapeut as deel van die span.

2.9.2.2 Middelvlakwerker

Die middelvlakwerkers sluit die volgende in:

- Fisioterapie-assistent wat verslag sal lewer aan die fisioterapeut. Dié werker is in 'n inrigting werksaam.
- Middelvlak-rehabilitasiewerker - fisioterapie. Die werker is verantwoordelik aan die gemeenskap sowel as aan die fisioterapeut op die gesondheidsbestuursplan. Hulle werk saam met al die ander lede van die middelvlak-rehabilitasiespan wat onder 'n administratiewe fasiliteerder is wat die span administreer en met die gemeenskap sowel as die gesondheidsorgspan onderhandel.¹³

Die middelvlak-rehabilitasiewerker lewer verslag aan:

- Die onderskeie spesialiste op die gesondheidsbestuursplan byvoorbeeld die fisioterapeut (vlak 1)
- Hulle administratiewe fasiliteerder (vlak 2)
- Die gemeenskap (vlak 3)¹³

2.9.2.3 Grondvlakwerker

Dié werker word ondersteun deur en is verantwoordelik aan die middelvlak- rehabilitasie span (vlak 2), en deur hulle aan die gesondheidsbestuursplan (vlak 1).¹³

Die gemeenskaps rehabilitasiewerkers / fasiliteerders werk in die gemeenskap waar hulle woon. Hulle voorsien dienste aan persone met verskillende tipes gestremdheid en werk saam met spraak- arbeids- en fisioterapeute. Hulle word opgelei om te fokus op voorkoming van gestremdheid, om gelyke geleenthede te bevorder en sosiale integrasie van persone met gestremdhede te bevorder. Hierdie werkers mik daarna om houdings van die gemeenskap tot gestremdheid te verander.¹¹

Die rol van die rehabilitasiewerker word as komplementêr of as aanvullend beskou. "Komplementêr" beteken dat die rehabilitasiewerkers onafhanklik werk sonder die

ondersteuning van 'n terapeut. By "aanvullend" is die rehabilitasiewerker deel van die span van rehabilitasie-medici en gekwalifiseerde terapeute.³⁵

Die GGR-werker moet probleemoplossings-vaardighede in rehabilitasie verwerf deur praktiese vaardighede, hoewel hulle sal moet fokus op probleemoplossing eerder as op spesifieke tegnieke. Hulle moet ook gemeenskaps ontwikkelingsvaardighede verwerf. Hulle rol sal wees om toegang tot dienste in gesondheid-, welsyn- en opvoedingsektore te voorsien, en om skakeling te doen. Daar word voorsien dat hulle 'n twee-jaar-opleidingsprogram moet ondergaan wat op 'n module-basis aangebied sal word. Dit is belangrik dat daar voldoende ondersteuningstrukture sal bestaan voordat die GGR-werker geplaas word.¹³ Middelvlak rehabilitasiewerke kan sterk ondersteuning aan die GGR-werker bied.

Die volgende vrae oor die bevoegdhede van die middelvlak en grondvlakwerkers bestaan egter:

- Hoe onafhanklik kan die rehabilitasiewerke funksioneer?
- Hoe goed sal probleemoplossing op hulle eie kan doen?
- Kan hulle fasiliteerders wees van rehabilitasiedienste? ³⁵

2.10 SAMEVATTING

Dit is duidelik dat rehabilitasie wêreldwyd aangespreek word met duidelike standpunte oor rehabilitasie soos gestel deur die WHO, ILO en UNESCO. Daar is egter ook probleme wat ervaar word rondom die verskaffing van rehabilitasiedienste veral op PGS-vlak. Met wêreldwye rehabilitasie-projekte wat op PGS-vlak aangepak is, is gevind dat gemeenskappe bewus gemaak moet word van die persoon met gestremdheid en die rehabilitasiebehoeftes van sodanige persone. Die volle samewerking van die gemeenskap moet verkry word en die inisiatief moet ook uit die gemeenskap kom.

Rehabilitasie is maar een aspek in die totale voorsiening van dienste aan gemeenskappe en kan nie in isolasie aangepak word nie.

Die fisioterapeut speel 'n belangrike rol in rehabilitasie. Daar moet egter in Suid Afrika 'n klemverskuiwing wees vanaf werk in inrigtings en privaatpraktyke na PGS. Die huidige een-tot-een behandeling van pasiënte is nie koste-effektief nie. Hierdie klemverskuiwing moet ingesluit word in die opleiding van fisioterapeute. Fisioterapeute moet ook betrokke raak by die opleiding en toesighouding van laer vlak werkers om die rehabilitasiebehoeftes van die grootste deel van die bevolking te kan aanspreek.

HOOFSTUK 3: NAVORSINGSMETODOLOGIE

3.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die metode bespreek wat gevolg is met die studie. Die metode van steekproeftrekking en data-insameling word bespreek. Die verskillende vorms wat gebruik is met die data-insameling word ook bespreek.

3.2 NAVORSINGSVRAAG

Die studie het gepoog om die volgende navorsingsvrae te beantwoord:

- Wat is die behoefte aan rehabilitasiedienste in die Barkly-Oos distrik, met spesifieke verwysing na fisioterapie rehabilitasiedienste?
- Watter rehabilitasiedienste is wel beskikbaar in die Barkly-Oos distrik?
- Wat is die opleiding oor rehabilitasie van die persone wat wel betrokke is met rehabilitasie?
- Watter probleme en leemtes ervaar die persone wat betrokke is met rehabilitasie?
- Wat moet die plan van aksie wees om 'n fisioterapie rehabilitasiediens daar te stel?

3.3 STUDIE-ONTWERP

Hierdie is 'n beskrywende studie oor die rehabilitasiebehoeftes van die Barkly-Oos distrik. Met die studie is bepaal wat die rehabilitasiebehoeftes met spesifieke verwysing na fisioterapiedienste en die beskikbare rehabilitasiedienste in die gebied is.

Tydens die studie is data verwerk wat die navorser deur meting ingesamel het. Faktore wat direk te doen het met rehabilitasie, asook persoonlike inligting soos ouderdom en

geslag, is gebruik. Daar is nie gekyk na hoe die gemeenskap lyk of watter eksterne faktore 'n rol sou speel nie.

Vir die doel van die studie is gekonsentreer op rehabilitasie van persone met fisiese gebreke, dus fisioterapie-, arbeidsterapie-, en spraakterapie-verwant, hoewel daar wel in die studie persone geïdentifiseer is wat maatskaplike- en sielkundige rehabilitasie sou benodig.

Daar is nie gekyk volgens die spesifieke klassifikasies van die WGO na die voorkoms van “aantasting”, “ongeskiktheid” of “gestremdheid”² nie, maar uit die fisioterapeut se oogpunt na die behoefte aan rehabilitasie. Dit sou die voorkoms van bogenoemde drie definisies vervat. Persone wat identifiseer is wat rehabilitasie sou benodig, het dit op daardie stadium benodig. Dit sou persone wat wel 'n aantasting het, maar so goed aangepas is dat rehabilitasie nie aangedui is nie, uitsluit.

3.4 STUDIEPOPULASIE

Die studie is uitgevoer in die Barkly-Oos distrik in die Noord-Oos Kaap.

Die bevolkingsyfers was as volg tydens die studie.¹ (Tabel 3.4.1)

Tabel 3.4.1 Bevolkingsyfers

	Landelik	Stedelik (Barkly-Oos)	Totaal
Swart	4 696 (90%)	15 291 (93%)	19 987 (93%)
Wit	440 (8%)	524 (3%)	964 (4%)
Bruin	81 (2%)	572 (4%)	653 (3%)
Totaal 21 604	5 217 (24%)	16 387 (76%)	21 604

3.5 INDELING VAN DIE STUDIE

Die studie het uit twee dele bestaan.

In die eerste deel is bepaal wat die behoefte aan rehabilitasiedienste is, met spesifieke verwysing na fisioterapie rehabilitasiedienste. In die tweede deel is bepaal watter rehabilitasiedienste in die gebied beskikbaar is, wat die omvang, kennis en aard van rehabilitasiedienste is van die persone wat hulself beskou as betrokke by rehabilitasie en watter probleme met rehabilitasiedienste ervaar word.

3.5.1 Deel een

Siftingsvraelys 1 (Bylae A, p 125) is ingevul waardeur bepaal is of daar enige persone is wat moontlik rehabilitasiedienste sou benodig.

Die persone wat deur Siftingstoets 1 geïdentifiseer is, is deur die navorser evalueer. Daar is bepaal wat die aard van die probleem/diagnose was en of die persoon wel aan die verdere studie kon deelneem. Siftingstoets 2 (Bylae B, p 129) is ingevul. Verder is deur die navorser in dieselfde lys grof bepaal watter van die volgende rehabilitasiedienste die persoon benodig:

- Fisioterapie
- Arbeidsterapie
- Spraakterapie
- Ander (Maatskaplik, Sielkundig)

Slegs die persone wat fisioterapie rehabilitasiedienste benodig het, is verder evalueer. 'n Meer gedetailleerde evalueringsvorm (Bylae C, p 131) is ingevul oor die spesifieke aard, probleme en behoeftes van sodanige persone.

3.5.2 Deel twee

Soos wat die navorser deur die gebied beweeg het, is daar oor persone en instansies uitgevra wat moontlik 'n rehabilitasiediens kon lewer. Die persone en instansies is besoek om te bepaal wat die aard van die diens is. Die persone betrokke is gevra of hulle hulself beskou dat hulle rehabilitasiediens lewer.

'n Vraelys (Bylae D, p 136) is deur dié persone ingevul. Die vraelys het vrae gestel oor die aard en omvang van die persoon se werk, opleiding van die persoon, omvang van rehabilitasie wat gelewer word, en probleme en leemtes wat met rehabilitasie ervaar word.

3.6 STEEKPROEFTREKKING

3.6.1 Deel een

Voor die steekproeftrekking is volledige kaarte van die al die gebiede in Barkly-Oos distrik verkry: (Bylae E, p 141)

- Barkly-Oos dorpsgebied (sg. "blanke" woongebied)
- Barkly-Oos dorpsgebied - Fairview (sg "bruin" woongebied)
- Barkly-Oos dorpsgebied - Nkululeko (sg "swart" woongebied)
- Plase van die distrik

Nkululeko woongebied is deur die navorser en hulp besoek om 'n akkurate opname te maak van die informele behuising wat daar op daardie stadium was. Dit is gedoen omdat daar nie 'n akkurate aanduiding was van die aantal en presiese plekke van informele behuising nie, en omdat dit baie vinnig verander. Bakens soos spesifiek genommerde huise, skole, ensovoorts is gebruik om dit so akkuraat as moontlik te maak.

Die steekproeftrekking van die huise en plase in Barkly-Oos is deur die Departement Biostatistiek aan die Universiteit van die Oranje Vrystaat gedoen.

Volgens die WGO is 10% van alle persone gestremd.⁷ In 'n studie gedoen in Alexandra in Johannesburg, is daar bevind dat 8,5 % persone gestremd is.¹⁹ As in aanmerking geneem word dat nie alle gestremde persone fisioterapie rehabilitasiedienste benodig nie, is van die veronderstelling uitgegaan dat daar ongeveer 5% van die persone in die gebied fisioterapie rehabilitasiedienste benodig.

Om te verseker dat daar 'n redelike aantal persone (ten minste 30) wat rehabilitasie benodig in die steekproef ingesluit sou word, moes 'n steekproef van ten minste 600 persone gekies word, waarvan (volgens die bevolkingsyfers) ongeveer 'n kwart vanaf die plase afkomstig is, en driekwart vanaf die stedelike gebied. Daar is gereken dat die aantal persone per huisgesin gemiddeld 5 is, dus was ten minste 120 huisgesinne nodig. Aangesien daar 165 plase is, en 'n sistematiese steekproef van elke vyfde plaas dus 'n gerieflike steekproefmetode is, is 'n sistematiese steekproef van 33 plase geselekteer - op 30 plase is swart gesinne betrek, en op 3 plase wit gesinne. In die stedelike gebied is daarom besluit op 100 huisgesinne: 4 bruin, 3 wit en 93 swart. Die huisgesinne is met die "roostermetode" as volg bepaal.

Die X en Y-as op die betrokke kaart is in millimeter gemeet. Tabelle met ewekansige syfers is gebruik om 'n getal op die X-as en 'n getal op die Y-as ewekansig te selekteer. Die erf waar die lyne vanaf daardie punte kruis, is in die steekproef ingesluit. Die proses is herhaal tot die verlangde aantal erwe identifiseer is.

Rhodes woongebied was aanvanklik nie ingesluit in die steekproeftrekking nie aangesien die getalle klein was. Daar is wel later besluit om dit in te sluit. Die getalle van Rhodes woongebied was as volg:¹ (Tabel 3.6.1)

Tabel 3.6.1 Die getalle van Rhodes woongebied

Swart	400 (94%)
Wit	17 (4%)
Bruin	8 (2%)
Totaal	425

Departement Biostatistiek aan die Universiteit van die Oranje Vrystaat het bepaal dat gebaseer op die bevolkingsgetalle twee swart huisgesinne ingesluit moes word op die kaart van die woonbuurt in Rhodes. Daar was 89 ernommers en geen informele behuising nie.

Steekproeftrekking het as volg plaasgevind. Die kaart van die woonbuurt is in Rhodes bestudeer. Die navorsingsassistent het haar oë toegehou en met 'n potlood op enige area van die kaart gedruk. Ernommers 341 en 313 is geïdentifiseer.

Die totale steekproef het uit 135 huisgesinne bestaan en was as volg volgens die gebiede ingedeel: (Tabel 3.6.2)

Tabel 3.6.2 Indeling van die gebiede vir die steekproef

1. Barkly-Oos dorpsgebied (sg. "blanke" woongebied)	3
2. Barkly-Oos dorpsgebied - Fairview (sg "bruin" woongebied)	4
3. Barkly-Oos dorpsgebied - Nkululeko (sg "swart" woongebied)	93
4. Plase van die distrik	33 (30 swart, 3 wit)
5. Rhodes woongebied	2

3.6.2 Deel twee

Die tweede deel van die studie het geen steekproef vereis nie, aangesien alle persone en instansies wat moontlik 'n rehabilitasiediens kan lewer, besoek is, en alle persone wat hulle self beskou het dat hulle betrokke is by rehabilitasie, die vraelys ingevul het.

3.7 INSLUITINGSKRITERIA

In die eerste deel van die studie was die insluitingskriterium alle huisgesinne in Barkly-Oos distrik.

In die tweede deel van die studie was die insluitingskriteria alle persone en instansies wat moontlik betrokke met rehabilitasiediens kon wees. Persone wat hier geïdentifiseer is dat hulle hulself beskou as betrokke by rehabilitasie, is verder ingesluit in die studie.

3.8 METING

Die vraelyste van die twee siftingstoetse, evalueringsvorm van die persone wat fisioterapie rehabilitasiedienste benodig en die vraelys aan die persone betrokke met rehabilitasie, word nou bespreek.

Die volgende vraelyste is opgestel

1. Siftingstoets 1 (Bylae A, p 125)
2. Siftingstoets 2 - Persone wat deur vraelys 1 identifiseer is (Bylae B, p 129)
3. Evalueringsvorm van persone wat fisioterapie rehabilitasiedienste benodig (Bylae C, p 131)
4. Vraelys aan die persone betrokke met rehabilitasie Bylae D, p 136)

3.8.1 Siftingstoets 1 (Bylae A, p 125)

Die vraelys is opgestel om enige persoon te identifiseer wat rehabilitasie, met spesifieke verwysing na fisioterapie rehabilitasie, sou benodig.

Dit het die volgende inligting gevra:

- Algemene inligting asook kliënt inligting naamlik ras, wie die vrae beantwoord het, hoeveel persone in die week in die huis bly, en of daar enige persone in die huisgesin was wat in die hospitaal is.
- Spesifieke vrae om enige probleem wat rehabilitasie sou benodig, te kon identifiseer.
 - Inligting of daar enige persoon in die huisgesin was wat probleme met die volgende ervaar: beweging, sensasie, gehoor, spraak, sig, vermoë om te kan werk, vordering op skool, epilepsie, asemhaling, en pyn.
 - Inligting verlang of daar enige kind was wat verskil van ander kinders, of daar enige persoon was wat afhanklik is van fisiese versorging, of daar enige persoon was wat van hulpmiddels gebruik maak, en of daar enige persoon was met ledemate wat afwyk van dié van 'n normale persoon.
- Ruimte is gelaat om die volgende inligting van elke lid van die gesin aan te teken: naam, geslag, ouderdom (in jare) en of enige spesifieke vrae positief was.

Indien enige spesifieke vrae positief was, is Siftingstoets 2 voltooi.

3.8.2 Siftingstoets 2 (Bylae B, p 129)

Die doel van Siftingstoets 2 was om te bepaal of persone wat deur Siftingstoets 1 geïdentifiseer is enige rehabilitasie benodig. Dit het die volgende inligting gevra:

- Algemene inligting asook kliënt inligting, naamlik ras, geslag en ouderdom.
- Bepaling van die probleem / diagnose van die persoon volgens die gekategoriseerde lys probleme / diagnoses (Tabel 3.8.1)

Tabel 3.8.1 Kategorisering van probleem / diagnose

1	Rug/Nekprobleem
2	Gekompliseerde rug/nekprobleem (ledemaat-betrokkenheid)
3	Ortopedies - boonste ledemaat
4	Ortopedies - onderste ledemaat
5	Ortopedies - romp
6	Artritis
7	Artritis met swakheid
8	Amputasie - boonste ledemaat
9	Amputasie - onderste ledemaat
10	Ortopedies - akuut
11	Senuweebesering - gesig en romp
12	Senuweebesering - ledemate
13	Sentrale senuweesisteem - rugmurg
14	Sentrale senuweesisteem - brein
15	Sentrale senuweesisteem - brein gering
16	Longe – Kroniese lugvloei-inkorting
17	Longe – TB
18	Hart
19	Sirkulatories
20	Verstandelik gestrem
21	Swak vordering op skool
22	Psigiatriese probleem - bekend
23	Onseker

- Watter van die volgende rehabilitasiedienste die persoon volgens die navorser vir elke probleem / diagnose sou benodig: fisioterapie, arbeidsterapie, spraakterapie, en "ander" wat maatskaplik en sielkundig insluit.
- Daar is bepaal of
 - rehabilitasie nie aangedui was omdat daar geen probleme bestaan nie,

- of rehabilitasie nie aangedui was omdat die probleem / diagnose van só 'n aard was dat rehabilitasie nie benodig word nie,
- wel aangedui was, en
- of dit onseker was of rehabilitasie aangedui was.

Slegs die persone wat fisioterapie rehabilitasiedienste benodig het is verder deur die navorser evalueer.

3.8.3 Evalueringsvorm: Onderzoek na persone wat fisioterapie rehabilitasiedienste benodig (Bylae C, p 131)

Die evalueringsvorm is deur die navorser ingevul vir die persone wat identifiseer is dat hulle fisioterapie rehabilitasiedienste benodig. Die doel van die evalueringsvorm was om 'n diepte ondersoek te doen na die spesifieke fisioterapie rehabilitasiebehoeftes van die persoon, of hy reeds in kontak was met rehabilitasiedienste, en watter probleme daar ten opsigte van rehabilitasiedienste ervaar word.

Die evalueringsvorm het vrae aan die persoon of versorger van die persoon ingesluit, asook evaluering deur die navorser self.

Mondelingse ondervraging van die persoon / versorger:

- Diagnose – Indien dit aan die persoon bekend was. Die diagnose is gekategoriseer volgens die probleme / diagnoselys. Dieselfde lys soos wat in Siftingstoets 2 gebruik is om die diagnose te kategoriseer, is gebruik (sien tabel 3.8.1). Daar is aangedui of die diagnose deur die geneesheer gemaak is en die persoon die diagnose dus geken het, en of die diagnose deur die navorser gemaak is.
- Duur van die toestand in maande
- Ondersteunende mediese dienste wat die afgelope jaar gebruik is

- Fisiese beperking en funksionaliteit. Dit is ook deur die navorser self bepaal. Dit het die ondersteuning wat nodig word met 'n loophulpmiddel ingesluit sowel as ondersteuning deur 'n persoon.
- Indien die persoon versorging nodig, wie hom bedags versorg.
- Indien die persoon versorging nodig, wie hom snags versorg.
- Wanneer laas die persoon rehabilitasiedienste ontvang het
- Indien die persoon die afgelope jaar rehabilitasiedienste ontvang het,
 - Deur watter tipe persoon dit gegee is
 - Waar die diens ontvang is
 - Hoe dikwels die persoon gesien word. By "eenmalig" geld ook 'n eenmalige reeks behandelings.
 - Effektiwiteit van die diens; of dit 'n verskil maak of nie
- Indien die persoon nie die afgelope jaar rehabilitasiediens ontvang het nie:
 - Of die persoon bewus daarvan is dat hy rehabilitasie kan ontvang.
 - Of die persoon weet waar hy rehabilitasiedienste kan ontvang
 - Wat die rede is hoekom hy nie rehabilitasiedienste ontvang nie
- Watter ondersteuningstrukture daar buite die huis bestaan.

Evaluering deur die navorser

- Diagnose
- Fisiese beperking en funksionaliteit
- Nodigheid van fisioterapie rehabilitasiedienste

Indien die nodigheid van rehabilitasie vanaf kontrolering op ongereelde basis nodig word tot op die vlak waar intensiewe rehabilitasie nodig word (5.1.5 tot 5.1.10), is vrae 5.2 en 5.3 ingevul, naamlik

- Of rehabilitasie in groepwerk kan geskied
- Tydperk van rehabilitasiedienste nodig. Dit is as volg aangedui. (Tabel 3.8.2)

Tabel 3.8.2 Aanduiding van tydperk van rehabilitasiedienste benodig

1	Minder as 1 maand
2	1 - 3 maande
3	3 maande tot 1 jaar
4	Langtermyn
5	Nou intensief, later verminder totdat dit net gekontroleer word.

3.8.4 Vraelys aan die persone betrokke met rehabilitasie (Bylae D, p 136)

Met die vraelys is gepoog om te bepaal wat die omvang, kennis en aard van rehabilitasiedienste is van die persone wat hulself beskou as betrokke by rehabilitasie en watter probleme met rehabilitasiedienste ervaar word.

Die volgende inligting is van alle persone gevra:

- Waar die persoon werksaam is. Indien die persoon 'n vrywillige diens lewer (byvoorbeeld by 'n nie-regeringsondersteunde instansie), is dit aangedui by "ander".
- Die aantal werksure per week. Dit het 'n aanduiding gegee of die persoon voldag werk, halfdag of slegs 'n paar ure.
- Wat die omvang van die werk ten opsigte van rehabilitasie is. Hier word 'n aanduiding verkry van hoe betrokke die persoon by rehabilitasie is.
- Watter professionele opleiding die persoon ontvang het. Die beroep van die persoon word hier gevra.
- Of probleme ervaar word met rehabilitasiedienste ten opsigte van hulpmiddels wat nie gereidelik beskikbaar is nie, ver afstande, vervoerprobleme en finansies wat te min is, asook personeeltekort. Hier kon hulle ook enige ander probleme noem wat hulle met rehabilitasiedienste ervaar.
- Identifisering van leemtes in rehabilitasiedienste.

Vir die nie-terapeute is die volgende gevra:

- Watter opleiding die persoon oor rehabilitasie ontvang het, byvoorbeeld indiensopleiding deur ander professionele persone, kursusse, opleeswerk, deur kollegas, ingesluit in aanvanklike studie, deur ervaring opgedoen.
- Die tipe verwante rehabilitasie wat die persoon gee - fisioterapie, arbeidsterapie, spraakterapie, of ander (maatskaplik en sielkundig).
- Wat die persoon beskou as sy kennisvlak oor rehabilitasie.
- Hoeveel selfvertroue die persoon met rehabilitasie het.
- Hoe die persoon sy eie effektiwiteit met rehabilitasie beskou.
- Wat die fisioterapie rehabilitasiedienste behels wat die persoon gee.
- Of probleme met rehabilitasiedienste ervaar word, ten opsigte van kennis, omvang van hul eie werk wat te veel is om tyd aan rehabilitasie te kan gee, dat hulle nie daarin belangstel nie, en dat opgeleide terapeute nie beskikbaar is nie.

Vir die terapeute is gevra

- Of daar 'n behoefte bestaan om meer te weet van die ander rehabilitasiedienste.

3.9 VOORBEREIDING TOT DIE STUDIE

Tydens die periode van 9 Januarie 1995 tot 23 Januarie 1995 is die gebied besoek om

- die protokol te finaliseer
- die informele behuising in Nkululeko woongebied op die kaart aan te vul
- 'n loodsstudie te doen

Die doel van die loodsstudie was om te bepaal of die vrae wat met die siftingstoetse en evalueringsvorm gevra sou word, verstaanbaar sou wees, om die navorsingsassistent die geleentheid te gee om te oefen om die vrae (waar sy as tolk moes optree) korrek te vra, en om enige onduidelikheid oor die vrae uit te klaar.

Die loodsstudie van die eerste deel van die studie is op vyf huisgesinne gedoen wat lukraak deur die navorser en navorsingsassistent gekies is. Alle woonbuurte in Barkly-Oos is hier verteenwoordig.

Die loodsstudie van die tweede deel van die studie is op 'n besoekende matrone aan die plaaslike hospitaal gedoen.

Daar is gevind dat alle vrae verstaanbaar was met die volgende uitsondering:

- Evalueringsvorm: Ondersoek na persone wat fisioterapie rehabilitasiediens benodig” (Bylae C, p 131)
 - By die vraag (no 11) watter ondersteuningstrukture daar buite die huis bestaan, is die vraag nie duidelik verstaan nie. Daar is gevind dat die spesifieke ondersteuningstrukture soos op die vorm aangedui aan hulle genoem, moet word.

3.10 ETIESE ASPEKTE

Slegs Siftingstoets 1 het name van persone gevra om persone te identifiseer. Die inligting is egter nooit verder gebruik nie. Inligting is vertroulik gehou.

Vraelyste aan persone betrokke met rehabilitasie is anoniem ingevul.

Op 30-01-95 is 'n vergadering vir die betrokke gemeenskap gehou met die onderwerp "Gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie". Die vergadering is geïnisieer deur die Drakensberg SDR. Alle gemeenskapleiers is na die vergadering genooi, asook gestremde persone van die gemeenskap. Die doel van die vergadering was om die doel en beplanning van die studie aan die gemeenskap te verduidelik, om toestemming en steun van die gemeenskap te kry, om insette van die gemeenskap te kry oor die voorgenome studie, om probleme oor rehabilitasiedienste aanvanklik te identifiseer, en om 'n komitee saam te stel om die behoefte van rehabilitasiedienste in die streek aan te spreek.

Die vergadering was 'n groot sukses en die doel met die vergadering is bereik. Toestemming is verleen om die studie te doen.

Daar is aan elke individuele respondent vooraf verduidelik van die aard van die besoek. Toestemming is mondelings van elke individuele respondent verkry voordat enige siftingstoetse of vraelyste ingevul is.

Die projek is deur die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die UOVS goedgekeur. ETOVS nommer: 1/95 (Bylae F, p 147)

3.11 DUUR VAN DIE DATA-INSAMELING

Die data-insameling is in die tydperk 31 Januarie 1995 tot 17 Maart 1995 gedoen.

3.12 PRAKTIESE UITVOERING VAN DIE STUDIE

Die navorser (fisioterapeut) het die studie uitgevoer met die hulp van 'n navorsingsassistent (verpleeg-assistent) wat werksaam is by die Drakensberg SDR en beskikbaar gestel is vir die studie.

Aangesien die navorsingsassistent die gebied baie goed ken, was sy die primêre verwysingsbron om volgens die kaarte en steekproef aangedui die korrekte huise te identifiseer. Sy het opgetree as tolk aangesien sy Sotho sowel as Xhosa baie goed magtig is. Sy was in Nkululeko en op die plase hoofsaaklik die persoon wat die aanvoeringswerk en verduideliking by elke huis gedoen het.

3.12.1 Deel een: Behoefte aan rehabilitasiedienste

3.12.1.1 Siftingstoets 1

Tydens die uitvoer van die eerste deel van die studie is die aangeduide huisgesin (volgens die steekproeftrekking) besoek.

3.12.1.1.1 Maniere wat gebruik is om die korrekte huis te bepaal

- Waar die huise genommer was soos op die kaart aangedui, is daardie huis besoek.
- Waar die huise nie genommer was nie (by die informele behuising), is die huis so na as moontlik aan die kruis op die kaart geïdentifiseer. Hierdie huise is vooraf deur die navorser en navorsingsassistent geïdentifiseer, en nie na gelang van beskikbaarheid van die inwoners nie.
- Op die plase is óf die blanke huisgesin óf die swart huisgesin besoek soos aangedui deur die steekproeftrekking. Waar daar meer as een huisgesin was, is daar deur loting vooraf bepaal watter huisgesin besoek sou word. Die aantal huisgesinne is getel en genommer. Die loting is deur die navorsingsassistent gedoen deur die gebruik van eenderse voorafgenommerde papiertjies.

Waar daar niemand tuis was nie, is die huisgesin tot drie keer besoek. Alles sover moontlik is gedoen om die inwoners op te spoor. Naburige inwoners kon gewoonlik sê waar die persoon werksaam is. Die persone is dan by hul werkplek besoek. Waar die inwoners nie opgespoor kon word nie, of vir 'n lang tydperk uitstedig sou wees, is die naaste huisgesin aan die voordeur van die huis geïdentifiseer wat dan besoek is. Dit het in die volgende gevalle gebeur:

3.12.1.1.1.1 Fairview-woongebied

- Op erfnummer 1850 was nog geen huis nie. Die naaste huis was op erfnummer 1933.

3.12.1.1.1.2 Barkly-Oos dorpsgebied

- Erfnommer 1187 was onbewoon. Aangesien daar slegs sake-ondernemings aangrensend was en regoor die straat 'n museum was, is erfnommer 1133 aan die oorkant van die straat besoek..

3.12.1.1.1.3 Nkululeko woongebied

- Erfnommer 361 was onbewoon, erfnommer 360 is besoek.
- Die inwoners by erfnommer 592 was weg vir 'n lang tydperk, erfnommer 593 is besoek.
- Die inwoner by erfnommer 266 was nie tuis nie (die persoon werk in Sterkspruit), erfnommer 267 is besoek.
- Erfnommer 119 was onbewoon, erfnommer 118 is besoek.

3.12.1.1.1.4 Plase

- Op die plaas Middelpaas (no 17) was daar geen huisgesinne nie. Die naaste plaas (no 16) is besoek wat ook die naam "Middelpaas" het.

'n Inwoner is gedefinieer as iemand wat vir ten minste 5 nagte in die week daar bly.

Sover moontlik is probeer om die eienaar van die huis te ondervra. Daar is wel soms van ander lede van die gesin gebruik gemaak om die nodige inligting te verskaf. Die navorser en navorsingsassistent het in so 'n geval besluit op die betroubaarheid van die persoon. Aangesien die navorsingsassistent baie bekend was in die omgewing en die inwoners besonder goed geken het, kon sy 'n baie goeie aanduiding gee van die betroubaarheid van so 'n persoon. Indien die persoon nie as betroubaar beskou is nie, is 'n ander persoon (ver kieslik in die huisgesin) gesoek wat die vrae kon beantwoord. 'n Persoon onder die ouderdom van 18 jaar is as 'n kind beskou. Indien 'n persoon onder 18 jaar die eienaar van die huis was, is die vrae ingevul as "self".

As daar 'n persoon in die hospitaal was, is die volgende riglyne gevolg. Daar is aan die persoon wat die vrae beantwoord het gevra waar die persoon in die hospitaal is en hoe

lank hy min of meer daar gaan bly om 'n aanduiding te kry wanneer om die huisgesin weer te besoek. As die persoon in Barkly-Oos in die hospitaal was, is die persoon daar besoek. Waar die persoon nie in die hospitaal in Barkly-Oos opgespoor kon word nie, is die huisgesin besoek totdat die persoon by die huis was.

By die vrae oor die onvermoë van die persoon om te kan werk en of daar kinders is wat swak op skool presteer, is gevra wat die redes daarvoor was om te bepaal of dit 'n rehabilitasie-verwante probleem sou wees. As daar enige mate van twyfel was, is die persoon wel deur die navorser evalueer.

Waar die ouderdom van die persoon onbekend was, is probeer om dit min of meer te bepaal volgens die inligting wat die persoon gegee het, byvoorbeeld "met die groot stof" wat op die droogte van 1933 gedui het. Waar dit onbekend was, is dit as sodanig aangedui.

As probleme met "sig" en "epilepsie" alleen voorgekom het, is Siftingstoets 2 nie vir die persoon voltooi nie. Dit kon moontlik 'n aanduiding wees van 'n probleem wat rehabilitasie sou kon benodig, maar is as enkelfaktor nie 'n aanduiding nie.

3.12.1.2 Siftingstoets 2 (Bylae B, p 129)

Vir elke persoon wat deur Siftingstoets 1 identifiseer is, is Siftingstoets 2 ingevul.

Die probleem / diagnose van die persoon volgens die gekategoriseerde lys probleme / diagnoses is bepaal. Dit is bepaal deur die inligting wat die persoon gegee het wat 'n diagnose deur die geneesheer sou insluit, asook waarneming en fisiese evaluering van die navorser.

Die navorser het ook deur evaluering bepaal of rehabilitasiedienste vir elke probleem / diagnose aangedui sou wees en indien wel, watter rehabilitasiedienste. Aangesien die navorser 'n fisioterapeut is, kon slegs 'n aanduiding van die ander rehabilitasiedienste gegee word oor die nodigheid al dan nie aan rehabilitasiedienste.

3.12.1.3 Evalueringsvorm: Onderzoek na persone wat fisioterapie rehabilitasiediens benodig (Bylae C, p 131)

Die evaluering is

- mondelings gedoen deur die navorser. Sover moontlik is die persoon self ondervra. As die persoon nie in staat was om die vrae self te beantwoord nie, is die versorger van die persoon ondervra.
- Evaluering deur die navorser self.

By die vraag (no 11) watter ondersteuningstrukture daar buite die huis bestaan, is die spesifieke ondersteuningstrukture soos op die vorm aangedui aan hulle genoem, aangesien dit in die loodsstudie uitgewys is dat die vraag nie duidelik verstaan is sonder die verduideliking nie.

3.12.2 Deel twee: Beskikbaarheid van rehabilitasiedienste

Met die tweede deel van die studie is bepaal wat die aard van beskikbare rehabilitasiedienste in die Barkly-Oos distrik is. Die deel het uit twee onderafdelings bestaan.

3.12.2.1 Identifisering van persone en/of instansies betrokke by rehabilitasie

Met die eerste onderafdeling is persone en instansies wat moontlik met rehabilitasie te doen kon hê, geïdentifiseer. Soos wat die navorser deur die gebied beweeg het, is daar oor persone en instansies uitgevra wat moontlik 'n rehabilitasiediens kon lewer. Die persone en instansies is besoek om te bepaal wat die aard en omvang van die diens is. Die persone betrokke en/of die persone wat werksaam is by die instansie, is gevra of hulle hulself as betrokke by rehabilitasie beskou. Hierdie persone is dan gevra om die vraelys in te vul.

3.12.2.2 Vraelys aan persone betrokke by rehabilitasie (Bylae D, p 136)

Die vraelys is deur die persone betrokke ingevul. Die navorser was teenwoordig tydens die invul van die vraelys om onduidelikhede uit te klaar en om kontaminasie sover as moontlik te probeer vermy. Die persone is ook gevra om nie die vraelys met ander personeel te bespreek nie.

3.13 STATISTIESE VERWERKING VAN DIE RESULTATE

Die statistiese verwerking van die resultate is gedoen deur die Departement Biostatistiek, Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Oranje Vrystaat. Met die statistiese verwerking van die studie is frekwensies en persentasies gebruik.

3.14 INFRASTRUKTUUR EN KOSTE VAN DIE STUDIE

Die studie is gedoen in samewerking met die Drakensberg SDR. Die infrastruktuur is deur hulle verskaf wat die volgende ingesluit het: die beskikbaarstelling van die navorsingsassistent (verpleeg-assistent) vir die duur van die navorsing, duplisering van die vraelyste, telefoon om afsprake op die plase te reël asook oproepe na Departement

Biostatistiek in Bloemfontein, ondersteuning van die studie deur onder andere die vergadering wat die Streekdiensteraad met die Gemeenskap gehad het oor die studie. Die Drakensberg SDR het ook die verblyf van die navorser gereël.

Die vervoerontkoste na die verskillende huise is deur die navorser gedra.

3.15 BETROUBAARHEID

Met die studie het die navorser en navorsingsassistent alle reëls oor die insameling van die data nagekom. Daar is streng gehou by die steekproeftrekking en identifisering van die huisgesin, instansie of persoon wat ingesluit moes word. Indien die huisgesin in die eerste deel van die studie nie ingesluit kon word nie, is die identifisering van die alternatiewe huisgesin volgens voorafbepaalde werkswyse gedoen. Vrae is sistematies en op dieselfde manier by elke huisgesin en/of persoon gedoen.

By die invul van Siftingstoets 2 het die navorser volgens haar kennis en ondervinding van fisioterapie by die persoon besluit of fisioterapie aangedui is. Die navorser het volgens haar kennis en ondervinding van die ander rehabilitasie-beroepse gepoog om 'n betroubare mening te gee.

By die invul van die evalueringsvorm by die persone wat fisioterapie rehabilitasiedienste benodig, het die navorser volgens haar kennis en ervaring van fisioterapie die verlangde inligting bepaal.

By die invul van die vraelys aan die persone betrokke by rehabilitasie, het die navorser bygesit om enige onduidelikhede wat sou ontstaan, uit te klaar.

Hierdie studie kan as 'n betroubare weergawe van die werklike situasie beskou word.

3.16 SAMEVATTING

Met hierdie hoofstuk is gepoog om 'n betroubare weergawe van die metode wat gevolg is om die data in te samel te gee. Daar is streng by die metode gehou om die insameling van data so betroubaar as moontlik te maak. In die volgende hoofstuk word die resultate van die data-insameling weergegee.

HOOFSTUK 4: RESULTATE

In hierdie hoofstuk word die resultate van die studie weergegee. Dit sluit die resultate van die volgende in: Siftingstoets 1, Siftingstoets 2, Evalueringsvorm van die persone wat fisioterapie rehabilitasiediens nodig, Vraelys aan die persone wat hulself betrokke by rehabilitasie beskou, asook algemene inligting wat die navorser ingesamel het oor persone of instansies wat betrokke kon wees met rehabilitasie.

4.1 SIFTINGSTOETS 1

Eenhonderd-vyf-en-dertig huisgesinne is besoek, waarvan die verdeling tussen die bevolkingsgroepe soos volg was (Tabel 4.1.1) : 'n Totaal van 610 persone is in die studie ingesluit.

Tabel 4.1.1 Totaal huisgesinne besoek (N=135)

Blank	4,4% (N=6)
Kleurling	3% (N=4))
Swart	92,6% (N=125))

In 91,9% (N=124) van die huisgesinne is die vrae van hierdie vraelys beantwoord deur die persoon wat die huis besit self, of die vader of moeder. Vier komma vier persent (N=6) is beantwoord deur 'n kind onder 18 jaar wat in die huishouding hoort, 0,7% (N=1) deur ander familie, 2,2% (N=3) deur vriende / versorgers, en 0,7% (N=1) deur 'n huurder. In een geval was die persoon wat die huis besit onder die ouderdom van 18 jaar.

Die aantal persone per huishouding het varieer tussen een en 15. Die mediaan van die aantal persone per huisgesin was vier.

Nul komma agt persent (N=5) van die persone was in die hospitaal tydens die ondersoek. Vier van die vyf persone wat met tye van die invul van Siftingstoets 1 in die hospitaal was, is ná ontslag opgespoor. Die redes vir hospitalisasie was in twee van die vier gevalle bekend: naamlik diaree en tonsilektomie. Die ander twee persone het geen probleme ondervind wat rehabilitasie sou benodig nie. By al vier persone was die invul van Siftingstoets 2 nie aangedui nie.

Die ander persoon was met tye van die voltooiing van die navorsing nog nie tuis nie. Ongelukkig was die huis aanvanklik eers op 6 Maart 1995 besoek. Die 13-jarige persoon is in Bloemfontein opgeneem met 'n fraktuur van die humerus. Dit is nie seker of hy rehabilitasie sou benodig nie.

Van die 610 persone wat in die studie ingesluit is, was 43,8% (N=267) manlik en 56,2% (N=343) vroulik.

Die mediaan van die ouderdom van die persone was tussen 16 en 20 jaar, met die hoogste persentasie (17,5%) in die ouderdomsgroep 11 - 15 jaar (Tabel 4.1.2).

Tabel 4.1.2 Persentasie volgens ouderdomme (N=610)

0-11 maande	2,5% (N=15)
1-5 jaar	10,0% (N=61)
6-10 jaar	12,8% (N=78)
11-15 jaar	17,5% (N=107)
16-20 jaar	14,4% (N=88)
21-25 jaar	8,9% (N=54)
26-30 jaar	5,6% (N=34)
31-35 jaar	3,4% (N=21)
36-40 jaar	5,4% (N=33)
41-45 jaar	3,6% (N=22)
46-50 jaar	3,6% (N=22)
51-55 jaar	2,3% (N=14)
56-60 jaar	2,3% (N=14)
61-65 jaar	3,0% (N=18)
66-70 jaar	2,5% (N=15)
71-75 jaar	1,0% (N=6)
76-80 jaar	0,8% (N=5)
81-85 jaar	0,3% (N=2)
86-90 jaar	0,2% (N=1)
91-95 jaar	0% (N=0)
96-99 jaar	0% (N=0)
Onbekend	0% (N=0)

Die persentasie van die onderskeie rehabilitasie-verwante (Tabel 4.1.3) en ander probleme (Tabel 4.1.4) wat geïdentifiseer is, is as volg:

Tabel 4.1.3 Rehabilitasie-verwante probleme wat geïdentifiseer is (N=610)

Beweging – byvoorbeeld loop, sit, opstaan, hantering van klein voorwerpe	4,6% (N=28)
Sensasie	0,9% (N=6)
Gehoer/spraak	1,1% (N=7)
Sig	1,4% (N=9)
Vermoë om te kan werk – volwasse persoon/vordering op skool – kind	3,4% (N=21)
Epilepsie	0,3% (N=2)
Asemhalingsprobleme en borsprobleme	0,9% (N=6)
Pyn in ledemate, rug en nek	2,9% (N=18)

Tabel 4.1.4 Ander probleme (N=610)

1. 'n Kind wat verskil van ander kinders, byvoorbeeld met speel, taal, woorde sê, gedrag	1,3% (N=8)
2. 'n Persoon wat afhanklik is van fisiese versorging van ander of wat dit benodig	0,3% (N=2)
3. 'n Persoon wat gebruik maak van enige hulpmiddels	2,5% (N=15)
4. 'n Persoon met ledemate wat afwyk van dié van 'n normale persoon	0,3% (N=2)

4.2 SIFTINGSTOETS 2

Twee en vyftig persone (8,5%) in 45 huisgesinne is volgens Siftingstoets 1 geïdentifiseer wat moontlike rehabilitasiedienste sou benodig.

Dit is interessant dat persentasie-gewys meer manlike persone (51,9%; N=27) as vroulike persone (48,1%; N=25) met Siftingstoets 1 geïdentifiseer is, hoewel daar baie meer vroulike persone in die aanvanklike studie ingesluit is, naamlik 43,8% : 56,2%.

As probleme met "sig" en "epilepsie" volgens Siftingstoets 1 alleen voorgekom het, is Siftingstoets 2 nie vir die persoon voltooi nie. Dit kon moontlik 'n aanduiding wees van 'n probleem wat rehabilitasie sou kon benodig, maar is as enkelfaktor nie 'n aanduiding nie.

Die samestelling volgens ras van die persone was as volg (Tabel 4.2.1) :

Tabel 4.2.1 Ras (N= 52)

Blank	9,6% (N=5)
Kleurling	5,8% (N=3)
Swart	84,6% (N=44)

Die mediaan van die ouderdom was tussen 46 en 50 jaar, met die hoogste persentasie in die ouderdomsgroep 66 tot 70 jaar.

Van die 52 persone wat geïdentifiseer is, was daar 60 probleme / diagnoses wat as volg gekategoriseer is (Tabel 4.2.2) :

Tabel 4.2.2 Probleme wat volgens Siftingstoets 1 geïdentifiseer is (N= 52)

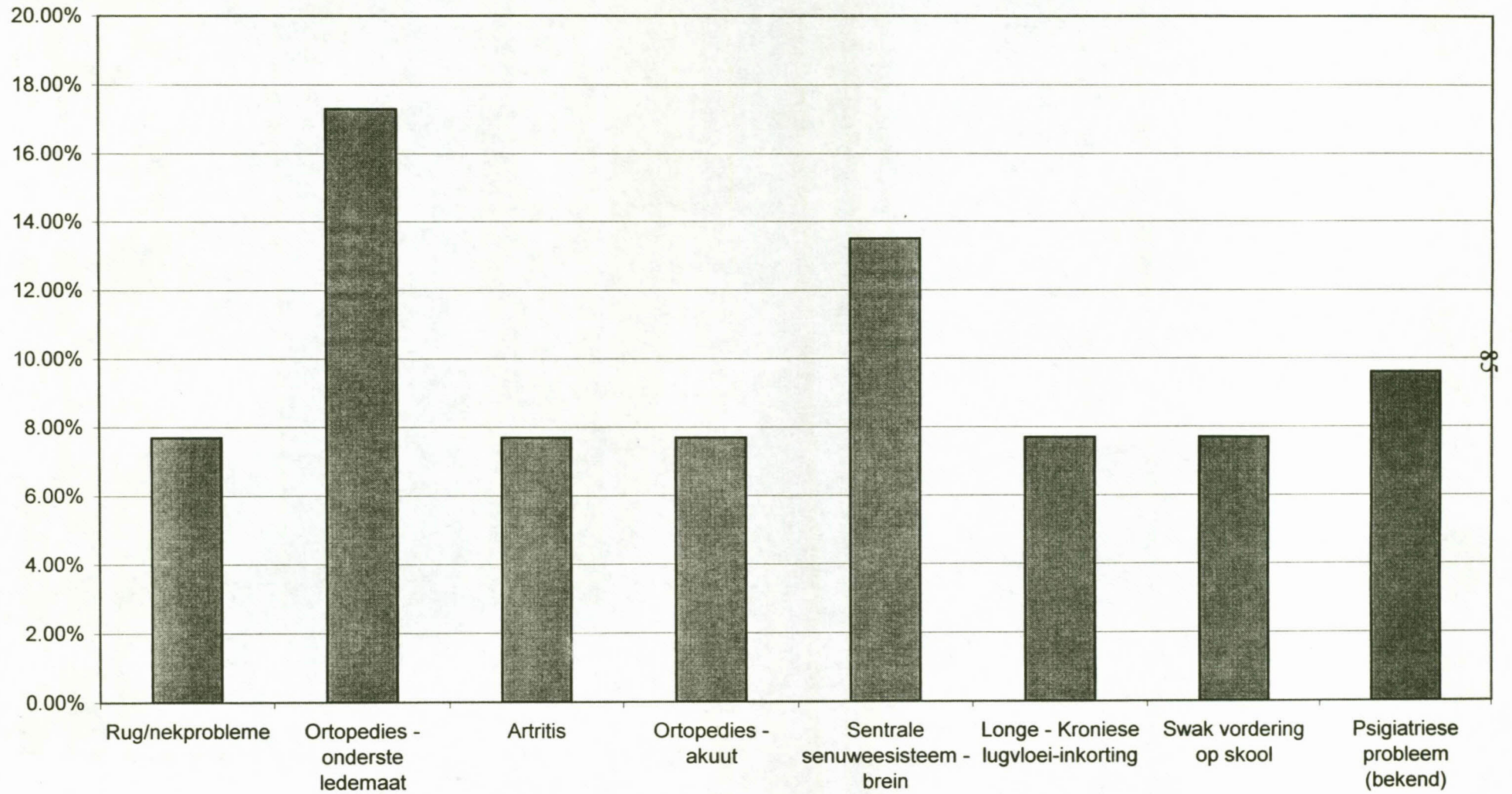
Rug / nekprobleme	7,7% (N=4)
Gekompliseerde rug/nekprobleme (ledemaatbetrokkenheid)	3,8% (N=2)
Ortopedies - boonste ledemaat	1,9% (N=1)
Ortopedies - onderste ledemaat	17,3% (N=9)
Ortopedies - romp (koue ortopedie)	1,9% (N=1)
Artritis	7,7% (N=4)
Artritis met swakheid	1,9% (N=1)
Amputasie - boonste ledemaat	1,9% (N=1)
Amputasie - onderste ledemaat	3,8% (N=2)
Ortopedies - akute	7,7% (N=4)
Senuweebesering - gesig en romp	1,9% (N=1)
Senuweebesering - ledemate	1,9% (N=1)
Sentrale senuweesisteem - rugmurg	1,9% (N=1)
Sentrale senuweesisteem - brein	13,5% (N=7)
Sentrale senuweesisteem - brein gering	1,9% (N=1)
Longe – Kroniese lugvloei-inkorting	7,7% (N=4)
Longe – TB	1,9% (N=1)
Hart	1,9% (N=1)
Sirkulatories	3,8% (N=2)
Verstandelik gestrem	3,8% (N=2)
Swak vordering op skool	7,7% (N=4)
Psigiatrisie probleem (bekend)	9,6% (N=5)
Onseker (N=1)	1,9% (N=1)

Aangesien daar 52 persone was met 60 diagnoses is die som van die persentasie van diagnoses meer as 100%.

By een van die persone was die navorser onseker van die probleem / diagnose. Die persoon het gekla van 'n gevoel van naalde en spelde in beide arms. Sy het ook gekla dat haar regter arm swakker word, hoewel dit nie funksioneel ingeperk is nie. Die beeld en simptome het egter te veel gewissel om te bepaal wat die moontlike diagnose sou kon wees. Die persoon moet eers medies gediagnoseer word voordat daar bepaal kan word of sy rehabilitasie nodig het.

Van die belangrikste resultate van die tabel word in Figuur 4.2.1 weergegee.

Probleme geïdentifiseer met Siftingtoets 1 (Figuur 4.2.1)



Vervolgens word die nodigheid aan rehabilitasiedienste by elke area (fisioterapie, arbeidsterapie, spraakterapie en “ander”) uiteengesit (Tabel 4.2.3).

Waar 'n probleem te gering is (byvoorbeeld by geringe inkoördinasie soos wel gevind is), is rehabilitasie in die gemeenskap nie regtig aangedui nie en is dit vir die doel van die studie nie in berekening gebring vir die nodigheid aan rehabilitasiedienste nie. Dit kan eerder meer in 'n eerste wêreldopset geskied waar meer gespesialiseerde aandag aan die probleem gegee kan word.

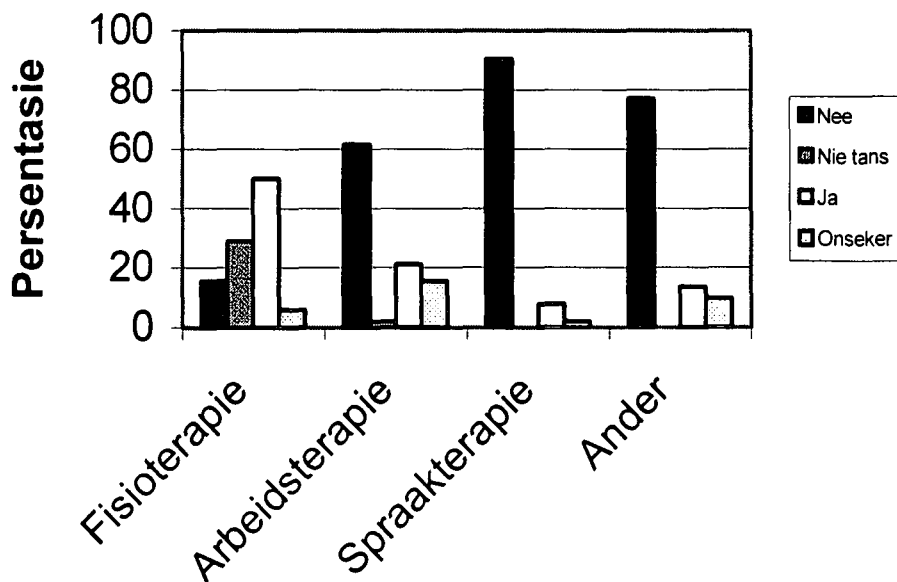
Elke probleem / diagnose is onder “fisioterapie”, “arbeidsterapie”, “spraakterapie” en “ander” geklassifiseer volgens “benodig nie”, “het 'n probleem, maar benodig nie tans nie”, “benodig” en “onseker”.

Daar is voorsiening gemaak vir tot drie probleme / diagnoses per persoon. Daar was 52 persone met 60 probleme / diagnoses. Vier van die persone het twee probleme / diagnoses gehad, en twee van die persone het drie probleme / diagnoses gehad. Waar een van die probleme / diagnoses rehabilitasie benodig het, is die persoon geklassifiseer as “benodig” vir die spesifieke dissipline. Met die res (“benodig nie”, “het 'n probleem, maar nie tans nie” en “onseker”), is die persoon geklassifiseer volgens dit wat die meeste voorgekom het.

Tabel 4.2.3 Rehabilitasiedienste benodig (N= 52)

	Fisioterapie	Arbeidsterapie	Spraakterapie	Ander
Benodig nie	15,4% (N=8)	61,5% (N=32)	90,4% (N=47)	76,9% (N=40)
Het 'n probleem, maar benodig tans nie	28,8% (N=15)	1,9% (N=1)	0% (N=0)	0% (N=0)
Benodig	50% (N=26)	21,1% (N=11)	7,7% (N=4)	13,5% (N=7)
Onseker	5,8% (N=3)	15,4% (N=8)	1,9% (N=1)	9,6% (N=5)

Dit word as volg in Figuur 4.2.2 voorgestel:



Figuur 4.2.2 Rehabilitasiedienste benodig (N=52)

Probleme / diagnoses wat gevind is, word vervolgens bespreek met betrekking tot die behoefte al dan nie aan die onderskeie rehabilitasiedienste.

4.2.1 Fisioterapie rehabilitasiedienste

4.2.1.1 Probleme / diagnoses wat nie fisioterapie rehabilitasiedienste benodig nie

- Bloedklont in die been (N=1)
- Bekende psigiatriese probleem (N=5)
- Spatare - onderste ledemate (N=1)
- Verstandelik gestrem (N=2)
- Swak vordering op skool (N=2)

4.2.1.2 Probleme / diagnoses waar fisioterapie rehabilitasiedienste aangedui is, maar nie tans nie

- Heupvervanging vier jaar gelede. Tans word geen probleme ondervind nie.
- Slegte posturale houding met 'n redelike graad van torakale kifose. Geen probleme word ondervind nie. Toraksuitsetting is goed asook asemhaling. Daar is ook nie 'n sigbare skoliose by nie.
- Amputasie van die linker onderarm in 1959. Hy het 'n elektriese kunsarm wat tans stukkend is. Geen probleem word met die amputasie-arm ervaar nie en hy is funksioneel.
- Stabiele bekkenfraktuur een week gelede. Sy is ten volle funksioneel op haar krukke. Sodra die pyn verminder, kan sy sonder die krukke loop. Rehabilitasie is nie hier aangedui nie.

- Rug- en nekpyn vir die afgelope twee jaar as sy ver geloop en gewerk het. Die frekwensie is ongeveer een keer elke drie maande. Pille help vir die pyn. Rugsorg is egter swak. Rehabilitasie vir haar is nie nou aangedui nie, maar sy behoort te baat by algemene inligting oor rugsorg.
- Kniepyn vir die afgelope vier jaar. Swelling is teenwoordig, maar geen spierswakheid of deformiteit is teenwoordig nie. As hy ver moet loop, gebruik hy 'n kiere. Op hierdie stadium is rehabilitasie nie aangedui nie, hoewel hy dit moontlik later kan benodig.
- Onderknie amputasie in 1992. Hy loop met 'n kunsbeen. Hy kan alles doen (selfs motor bestuur en skuinstes oploop), behalwe om te hardloop.
- Rugpyn as hy baie in die tuin gewerk het. Daar is tans geen funksionele inperking nie, hoewel hy behoort baat te vind by algemene inligting oor rugsorg.
- Tuberkulose. Op hierdie stadium is hy in staat om sy werk op die plaas te doen, alhoewel hy gouer moeg word. Hy hoes soms, hoewel dit geen probleem vir hom is nie. Hy is op medikasie.
- Pynlike knieë. Daar is tans geen funksionele inkorting, swelling of deformiteit nie.
- Pyn in die enkel vir die afgelope drie jaar. Mediese ondersoeke kon nie die oorsaak van die pyn bepaal nie. Pyn word met tye ondervind. Daar is geen spierswakheid of iets anders wat rehabilitasie sou benodig nie.
- Polsbesering ná 'n val. Hy kla van pyn. Die gewrig is geswel. Hy was nog nie by die dokter nie. Dit is 'n akute besering wat moontlik rehabilitasie sou benodig as dit in gips geplaas word.
- Polio as kind gehad. Sy is so funksioneel as wat sy kan wees. Sy loop self dorp toe. Gewrigsomvange is goed en funksioneel.
- Artritis van die knie. Die knie is effens warm en geswel. Daar is egter geen spierswakheid of deformiteit teenwoordig nie.
- Swak vordering op skool met verminderde koördinasie van beweging. Hy is reeds 18 en het net st 1 deurgekom. Hy is steeds in die skool. Dit lyk of hy verstandelik gestrem is. Fisioterapie rehabilitasie is nie nou aangedui nie.

- Effens verminderde koördinasie van die regter hand. Die navorser voel dat die probleem te gering is om rehabilitasie in die gemeenskap te benodig.
- Artritis van die knie. Geen spierswakheid of deformiteit is teenwoordig nie. 'n Pynpil gee verligting.
- Pes cavus van een voet. Sy balans is baie goed. Rehabilitasie is nie aangedui nie.

4.2.1.3 Probleme / diagnoses waar fisioterapie rehabilitasiedienste nodig is

- Hartklepvervanging ses jaar gelede. Hy word baie gou moeg, selfs as hy net praat. Hy is slegs 22 jaar oud.
- 'n Serebraal gestremde kind van 14 jaar oud met die diagnose van diplegie. Sy kan glad nie gewig op haar bene neem nie en sukkel met algemene funksionering soos om op 'n stoel te klim. Sy kruip ver ente. Omvang van beweging van die onderste ledemate is baie ingeperk.
- Verminderde koördinasie van beweging, asook swakheid en vermindering van sensasie van die regter arm. Hy val ook maklik.
- Twee ligte serebrovaskulêre ongelukke die afgelope vyf weke. Hy is wel in staat om homself redelik te versorg, maar sukkel om te eet. Hy het ondersteuning nodig om te kan loop.
- Enkel fraktuur (87-jarige persoon) drie dae gelede. Die enkel is in gips geïmmobiliseer. Sy het okselkrukke wat te kort vir haar is en waarmee sy baie sukkel om te loop.
- Onderknie-amputasie. Hy het geen kunsledemaat nie. Sy balans is swak en hy het nie goeie selfvertroue met die krukke nie. Hy sukkel veral met ruwe terrein. Die spiere van die amputasiebeen is verswak. Die amputasiestomp is glad nie goed gevorm vir die kunsledemaat wat hy binnekort moet kry nie.
- Femur fraktuur agt maande gelede. Hy loop nog nie goed nie. Die spiere om die heup is verswak.

- Skoueroperasie twee jaar gelede. Die skouer is nog verswak en styf in so 'n mate dat dit hom pla met aan- en uittrek. Hy het ook asma met 'n redelike mate van sputumproduksie.
- Rugprobleme tot só 'n mate dat sy spiere van die onderste ledemate al begin verswak en verkort het.
- Femurfraktuur in 1991. Hy is met okselkrukke uit die hospitaal ontslaan en loop steeds met die krukke. Hy loop baie stadig en sy balans is swak. Die spiere van die been is baie geatrofeer.
- Kroniese rugpyn tot só 'n mate dat dit hom uit die werk hou. Sy maagspiere is te swak om die nodige ondersteuning en stabiliteit te bied tydens sy harde fisiese arbeid.
- Asma. Sy word baie gou dispneïes, selfs met gewone huiswerk. Sy behoort baie baat by oefenings-rehabilitasie te vind.
- Asma. Sy kan nie vinnig werk of loop nie. Sy behoort baie baat by oefenings-rehabilitasie te vind.
- Fraktuur rondom die knie in 1989. Sy loop met 'n kiere. M. quadriceps is baie verswak (Oxfordskaal: 3).
- Artritis van veral die regter arm en been. Daar is redelike swakheid en atrofie van M quadriceps (Oxfordskaal: 4). Sy sukkel om vanuit 'n stoel op te staan.
- Gesigsverlamming ongeveer een maand gelede. Daar is geringe sametrekking van die spiere.
- Motorvoertuig ongeluk vyf jaar gelede. Daar is 'n deformiteit van haar linker enkel en sy sukkel met pyn van haar linker knie en heup. Sy sukkel om vanaf die vloer (waar sy meetsal sit) op te staan en loop stadig. Spiersterkte van M. quadriceps en die gluteale spiere is verminder.
- Rugpyn met pyn wat in haar bene afgaan vir die afgelope 13 jaar. Die rugpyn vererger met fisiese aktiwiteit. Dit beperk haar funksioneel. Sy het ook asma wat haar funksioneel inperk. Sy kan nie ver ente loop nie (wat vir haar nodig is). Sy behoort baie baat by oefenings-rehabilitasie te vind.
- Rugpyn vir die afgelope 21 jaar. Beide haar bene is so swak dat sy baie sukkel om vanaf 'n stoel op te staan. Sy het ook sensasieverlies in die L4-dermatoom.

- Skietwond by die knie 19 maande gelede. Daar is uitval van die peroneale senuwee. Mobiliteit van dorsifleksie van die enkel, asook van die voetgewriggies is verminder. Die spiere van die been is nog swak en hy loop effens mank.
- Moontlike tuberkulose van die brein in 1986. Hy loop wel, maar word gou moeg. Daar is swakheid van veral die skouergordel- en rompspiere. Hy werk nie as gevolg van sy toestand.
- Brown Sequard-letsel ná 'n messteek vier jaar gelede. Hy loop met krukke, maar doen baie min vir homself. Sy spiere verswak blykbaar.
- Serebraal gestremde kind met die diagnose van mikrokefalie en linker hemiplegie.
- Kind met minimale breindisfunksie. Spiertonus is verlaag. Daar is swak balans en koördinasie van beweging. Perseptuele probleme kom voor.
- Linker hemiplegie. Sy het geen funksie van die linker hand nie. Mobiliteit van die gewrigte en spiere is ingeperk.
- Serebraal gestremde kind met die diagnose atetoïed met spastisiteit. Hy gaan glad nie skool toe nie, maar kan vir homself sorg. Mobiliteit van die gewrigte en spiere is ingeperk.

4.2.1.4 Probleme / diagnoses waar dit onseker was of fisioterapie rehabilitasiedienste nodig is

- Enkel-besering vyf weke gelede. Die voet en onderbeen is tans in gips en die persoon kom sonder enige loophulpmiddel baie goed oor die weg. Die navorser was nie seker of rehabilitasie benodig sou word nie, aangesien die diagnose van die besering onbekend was. Rehabilitasie sou heel waarskynlik nodig wees as die gips verwyder word.
- Enkel-verstuiking twee dae gelede. Sy loop sonder 'n loophulpmiddel, maar dra minder gewig op die voet. Dit is 'n akute geval en dit is nie seker of sy later rehabilitasie sou benodig of nie. Dit is egter nie baie waarskynlik nie.

- Die derde geval is reeds bespreek onder die "onseker diagnose". Aangesien die diagnose onbekend is, is dit ook onseker of die persoon rehabilitasie sou benodig.

Aangesien die navorser 'n fisioterapeut is, kon slegs 'n aanduiding van die ander rehabilitasiedienste gegee word oor die nodigheid al dan nie aan rehabilitasiedienste. Hier volg die bespreking uit die oogpunt van die fisioterapeut.

4.2.2 Arbeidsterapie rehabilitasiedienste

4.2.2.1 Probleme / diagnoses waar arbeidsterapie rehabilitasiedienste aangedui is, maar nie tans nie

- Heupvervanging vier jaar gelede. Hy ondervind tans geen probleme nie.
- Amputasie van die linker onderarm in 1959. Hy het 'n elektriese kunsarm wat tans stukkend is. Hy ervaar geen probleem met die amputasie nie en is funksioneel.
- Artritis in die hande. Daar is nog geen spierswakheid, funksionele verlies of deformiteit nie.

4.2.2.2 Probleme / diagnoses waar arbeidsterapie rehabilitasiedienste nodig is

- Verminderde koördinasie van beweging, asook swakheid en vermindering van sensasie van die regter arm. Hy val ook maklik.
- Serebraal gestremde kind met die diagnose van diplegie. Sy kan glad nie gewig op haar bene neem nie en sukkel met algemene funksionering soos om op 'n stoel te klim. Sy kruip ver ente.
- Twee ligte serebrovaskulêre ongelukke die afgelope vyf weke. Hy is wel in staat om homself redelik te versorg, maar sukkel om te eet. Hy het ondersteuning nodig.

- Moontlike tuberkulose van die brein in 1986. Hy loop wel, maar word gou moeg. Daar is swakheid van veral die skouergordel- en rompspiere. Hy werk nie.
- Brown Sequard-letsel ná 'n messteek. Hy loop met krukke, maar doen baie min vir homself.
- Serebraal gestremde kind met die diagnose van mikrokefalie en linker hemiplegie.
- Kind met minimale breindisfunksie. Spiertonus is verlaag. Daar is swak balans en koördinasie van beweging. Perseptuele probleme kom voor.
- Linker hemiplegie. Sy het geen funksie van die linker hand nie. Sy sal baat vind by selfversorging.
- Serebraal gestremde kind met die diagnose atetoïed met spastisiteit. Hy gaan glad nie skool toe nie, maar kan vir homself sorg. Hy kan nie lees nie.
- Swak vordering op skool met perseptuele probleme. Hy het effense inkoördinasie van die regter hand.
- Die 18-jarige persoon het effens verminderde koördinasie van beweging asook perseptuele probleme.

4.2.2.3 Probleme / diagnoses waar dit onseker was of arbeidsterapie rehabilitasiedienste nodig is

- Verstandelike gestremdheid. Hy kan redelik na homself kyk. (N=2)
- Bekende psigiatriese probleem (N=5)
- Swak vordering op skool (N=2)

4.2.3 Spraakterapie rehabilitasiedienste

4.2.3.1 Probleme / diagnoses waar spraakterapie rehabilitasiedienste nodig is

- Serebraal gestremde kind met die diagnose mikrokefalie en linker hemiplegie. Sy het probleme met voeding en spraak.
- Serebraal gestremde kind met die diagnose atetoïed met spastisiteit. Hy gaan glad nie skool toe nie, maar kan vir homself sorg. Hy kan nie lees nie of praat nie.
- Twee ligte serebrovaskulêre ongelukke die afgelope vyf weke. Hy sukkel om te eet en te praat en het verlaagde spiertonus van die gesig.
- Swak vordering op skool. Hy het effens verminderde koördinasie van beweging. Hy hakkel.

4.2.3.2 Probleme / diagnoses waar dit onseker was of spraakterapie rehabilitasiedienste nodig is

- Verstandelik gestremde kind van 14 jaar oud. Sy kan glad nie praat nie.

4.2.4 Ander (maatskaplik en sielkundig) rehabilitasiedienste

4.2.4.1 Probleme / diagnoses waar ander (maatskaplik en sielkundig) rehabilitasiedienste aangedui is

- Gesigsverlamming. Sy is egter baie gedemotiveerd en depressief. Sielkundige rehabilitasie sou hier aangedui wees.
- Bekende psigiatriese probleem (N=5)

- Serebraal gestremde kind met die diagnose mikrokefalie en linker hemiplegie. Probleme met voeding en spraak word ondervind. Die ouma versorg die kind. Daar is tans niemand wat haar met die kind ondersteun nie. Maatskaplike rehabilitasie is hier aangedui.

4.2.4.2 Probleme / diagnoses waar dit onseker was of ander (maatskaplik en sielkundig) rehabilitasiedienste nodig is

- Verstandelik gestremde man nadat hy as kind op sy kop geval het. Hy bly bedags by die huis. Hy kan redelik na homself kyk. Moontlike sielkundige rehabilitasie.
- Baie swak skoolrekord met 'n swak geheue (19-jarige). Moontlike sielkundige rehabilitasie.
- Swak vordering op skool. Moontlike sielkundige rehabilitasie.
- Hartklepvervanging. Hy werk nie. In dieselfde huis is sy oupa wat 'n serebrovaskulêre ongeluk gehad het. Maatskaplike rehabilitasie is moontlik hier aangedui.
- Verstandelik gestremdheid en geen spraak nie. Sielkundige rehabilitasie is moontlik aangedui.

4.3 EVALUERINGSVORM VIR PERSONE WAT FISIOTERAPIE REHABILITASIE BENODIG

Ses-en-twintig persone (4,3%) van die 610 persone is geïdentifiseer wat tans fisioterapie rehabilitasie benodig. Twee van die persone het twee probleme / diagnoses gehad wat rehabilitasie benodig.

Die mediaan van die ouderdom van die persone was tussen 41 en 50. Die grootste persentasie was by die ouderdomsgroep tussen 61 en 70. (Tabel 4.3.1)

Tabel 4.3.1 Ouderdom (N=26)

Ouderdomsgroep	Persentasie en aantal geïdentifiseer	Grootte van steekproef
0 – 10	0% (N=0)	154
11 – 20	2,1% (N=4)	195
21 – 30	3.4% (N=3)	88
31 – 40	3,7% (N=2)	54
41 – 50	9,1% (N=4)	44
51 – 60	14,3% (N=4)	28
61 – 70	15.2% (N=5)	33
71 en ouer	28,6% (N=4)	14

Daar is soos verwag, persentasiegewys meer persone in die ouer ouderdomsgroep wat fisioterapie- rehabilitasiedienste nodig.

Die verdeling van die geslag van die persone was as volg (Tabel 4.3.2) :

Tabel 4.3.2 Geslag (N=26)

Manlik	53,8% (N=14)
Vroulik	46,2% (N=12)

Van die totale steekproef (N=610) was 2,3% (N=14) manlik en 2% (N=12) vroulik. As die twee groepe met hulself vergelyk word, benodig 5,2% (N=14) manlike persone fisioterapie rehabilitasie en 3,5% (N=12) vroulike persone fisioterapie rehabilitasie.

By 12 persone (46,2%) het die persoon geweet wat die diagnose van die toestand is wat deur die geneesheer aan die pasiënt gegee is. By 14 (53,8%) persone het die navorser die diagnose bepaal volgens die geskiedenis, simptome en tekens van die persoon.

Die persentasie persone wat fisioterapie rehabilitasiedienste nodig, was as volg volgens die probleem / diagnose (Tabel 4.3.3) :

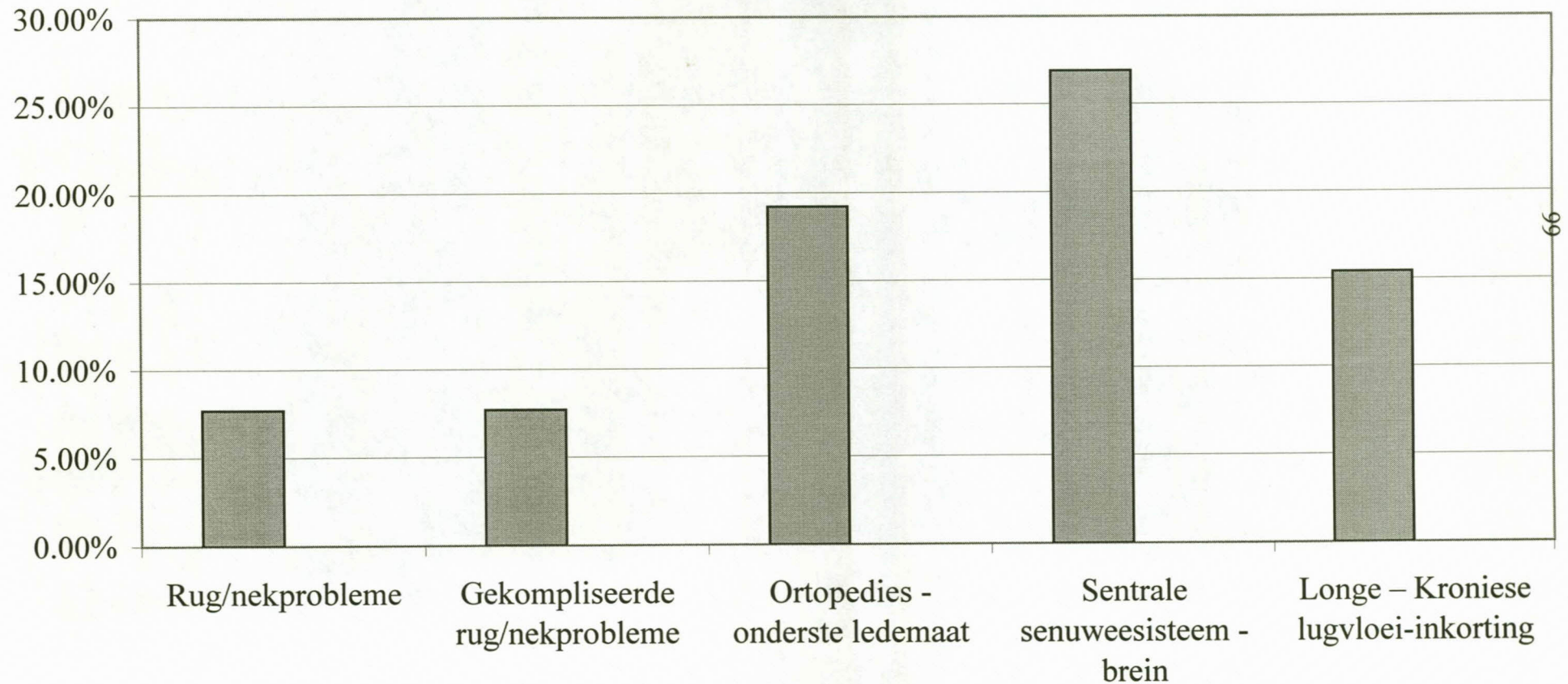
Tabel 4.3.3 Diagnose (N=26)

	%
Rug/nekprobleme	7,7% (N=2)
Gekompliseerde rug/nekprobleme (ledemaatbetrokkenheid)	7,7% (N=2)
Ortopedies - boonste ledemaat	3,8% (N=1)
Ortopedies - onderste ledemaat	19,2% (N=5)
Artritis met swakheid	3,8% (N=1)
Amputasie - onderste ledemaat	3,8% (N=1)
Senuweebesering - gesig en romp	3,8% (N=1)
Senuweebesering – ledemate	3,8% (N=1)
Sentrale senuweesisteem – rugmurg	3,8% (N=1)
Sentrale senuweesisteem – brein	26,9% (N=7)
Sentrale senuweesisteem - brein gering	3,8% (N=1)
Longe – Kroniese lugvloei-inkorting	15,4% (N=4)
Hart	3,8% (N=1)

Daar was 26 persone met 28 probleme wat fisioterapie rehabilitasie nodig het. Die som van die persentasie is dus meer as 100%. Die verwerking is gedoen deur die aantal persone te gebruik.

Van die belangrikste resultate van die tabel word in Figuur 4.3.1 weergegee.

Probleme geïdentifiseer wat Fisioterapie rehabilitasie benodig (figuur 4.3.1)



Die langste duur van 'n toestand was 264 maande (22 jaar). Die mediaan van die duur van die toestande was 44 maande. By die twee persone wat twee diagnoses gehad het, is die duur van die belangrikste diagnose in berekening gebring.

Die gebruik van ondersteunende mediese dienste was as volg (Tabel 4.3.4) :

Tabel 4.3.4 Gebruik van ondersteunende mediese dienste (N=26)

Mobiele kliniek	3,8% (N=1)
Kliniek	15,4% (N=4)
Hospitaal	26,9% (N=7)
Privaat (insluitend Distriksgeneesheer)	61,5% (N=16)

Die fisiese beperking en funksionaliteit van die persone was as volg (Tabel 4.3.5) :

Tabel 4.3.5 Fisiese beperking en funksionaliteit (N=26)

Geen beperking	3,8% (N=1)
Geen ondersteuning nodig nie, maar tog beperk	65,4% (N=17)
Min ondersteuning nodig	11,5% (N=3)
Ondersteuning nodig	11,5% (N=3)
Baie ondersteuning nodig	7,7% (N=2)
Totaal afhanklik	0% (N=0)

Die nodigheid van fisioterapie rehabilitasiedienste is as volg (Tabel 4.3.6) :

Tabel 4.3.6 Nodigheid van fisioterapie rehabilitasiedienste (N=26)

Kontrolering op ongereeelde basis	23,1% (N=6)
Gereeelde kontrolering nodig	23,1% (N=6)
Rehabilitasie ten minste een maal per maand	7,7% (N=2)
Rehabilitasie ten minste een maal per week	30,8% (N=8)
Rehabilitasie ten minste twee maal per week	15,4% (N=4)

In 34,6% (N=9) van die gevalle sal rehabilitasie in groepwerk kan geskied.

Die tydperk wat rehabilitasie volgens die navorser benodig word, word as volg uiteengesit (Tabel 4.3.7) :

Tabel 4.3.7 Die tydperk wat rehabilitasie benodig word (N=26)

Minder as een maand	7,7% (N=2)
1 - 3 maande	23,1% (N=6)
3 - 12 maande	19,2% (N=5)
Langtermyn	23,1% (N=6)
Nou intensief - later net gekontroleer	26,9% (N=7)

Slegs vier persone benodig sorg bedags. Dieselfde vier benodig ook snags sorg. In drie van die gevalle is die versorger 'n ouer/volwasse kind/eggenoot. In een geval versorg ander familie. Die persone wat versorging benodig, is:

- 'n Serebraal gestremde kind wat 14 jaar oud is met die diagnose van diplegie.
- 'n Persoon wat 84 jaar oud is wat twee ligte serebrovaskulêre ongelukke die afgelope vyf weke gehad het. Hy is wel in staat om homself redelik te versorg, maar sukkel om te eet. Hy het ondersteuning nodig.

- 'n Persoon wat 87 jaar oud is wat drie dae tevore haar enkel gefraktuur het. Sy het okselkrukke wat te kort vir haar is en waarmee sy baie sukkel om te loop. Sy het baie ondersteuning nodig.
- 'n Serebraal gestremde kind met die diagnose van mikrokefalie en linker hemiplegie. Sy sal altyd versorging nodig hê.

Die tydperk wanneer die persoon laas rehabilitasiedienste ontvang het, is (Tabel 4.3.8) :

Tabel 4.3.8 Tydperk wanneer die persoon laas rehabilitasiedienste ontvang het (N=26)

Afgelope week	3,8% (N=1)
Afgelope maand	0% (N=0)
Afgelope ses maande	0% (N=0)
Afgelope jaar	7,7% (N=2)
Langer as 'n jaar gelede	30,8% (N=8)
Nog nooit	57,7% (N=15)

Twee-en-veertig persent (N=11) persone het kontak met rehabilitasiedienste gehad. Van hierdie 11 persone is rehabilitasiedienste deur die volgende dienste gegee (Tabel 4.3.9) :

Tabel 4.3.9 Rehabilitasiedienste is deur die volgende dienste gegee (N=11)

Fisioterapeut	90,9% (N=10)
Arbeidsterapeut	0% (N=0)
Spraakterapeut	0% (N=0)
Verpleegkundige	9,1% (N=1)
Gesondheidswerker	0% (N=0)
Ander	0% (N=0)

Plekke waar die dienste ontvang is (Tabel 4.3.10) :

Tabel 4.3.10 Plekke waar die dienste ontvang is (N=11)

Tuis	0% (N=0)
Kliniek	0% (N=0)
Hospitaal	90,9% (N=10)
Privaat (ook deur Distriksgeneesheer gereël)	18,2% (N=2)

Die persentasie is hier meer as 100% aangesien persone meer as een plek kon invul. Daar is dus persone wat behandeling in die hospitaal en privaat ontvang het.

Al die persone is slegs vir een behandelingstydperk gesien. Dit kon 'n reeks behandelings in die hospitaal of ander plek insluit.

Die effektiwiteit van die diens volgens die persoon was as volg (Tabel 4.3.11) :

Tabel 4.3.11 Effektiwiteit van die diens volgens die persoon (N=11)

Onontbeerlik	27,3% (N=3)
Groot verskil	18,2% (N=2)
Verskil	36,4% (N=4)
Klein verskil	18,2% (N=2)

Agt-en-tagtig persent (N=23) persone het die afgelope jaar nie rehabilitasiediens ontvang nie. Slegs 30,4% van dié persone was bewus daarvan dat hy/sy rehabilitasiedienste kan ontvang. Slegs 17,4% het geweet waar hy/sy rehabilitasiedienste kan ontvang. Redes waarom rehabilitasie nie ontvang is nie, word in Tabel 4.3.12 uiteengesit:

Tabel 4.3.12 Die redes waarom die persone nie rehabilitasiedienste ontvang nie (N=23)

Afstand	4,3% (N=1)
Finansies te min	4,3% (N=1)
Vind dit onnodig	8,7% (N=2)
Voel tevrede oor die tuisprogram en raad wat gegee is	8,7% (N=2)
Ander	82,6% (N=19)

Agtien van die 19 persone wat "ander" genoem het, het nie gegaan nie omdat hulle nie geweet het waar om dit te ontvang nie. Een persoon het nie gedink dat hy 'n probleem het nie, en het dus nie vir rehabilitasie gegaan nie.

Die ondersteuningstrukture wat buite die huis bestaan, is as volg (Tabel 4.3.13) :

Tabel 4.3.13 Die ondersteuningstrukture wat buite die huis bestaan (N=26)

Familie	3,8% (N=1)
Staat	3,8% (N=1)
Geen	92,4% (N=24)

Die ondersteuning wat van die staat gegee is, is deur die Ondersteuningsgroep van die Polisiemag.

4.4 BESKIKBARE REHABILITASIEDIENSTE IN DIE BARKLY-OOS DISTRIK

Die beskikbare rehabilitasiedienste wat in Barkly-Oos bestaan is by die provinsiale hospitaal, die Dienssentrum vir bejaardes en die plaaslike Rooi Kruis-tak

Die hospitaal in Barkly-Oos het 40 beddens vir volwassenes en 20 beddens vir kinders.

Nie al die verpleegpersoneel sê dat hulle betrokke is met rehabilitasiewerk nie. Dié wat hulself beskou as betrokke by rehabilitasie doen tydens hulle verplegingsroetine rehabilitasiewerk.

By die Dienssentrum vir bejaardes is daar vier persone in die versorgingseenheid, 19 persone in die selfversorgende afdeling, en vier buitewoonstelle. Nie al die verpleegpersoneel beskou hulself as betrokke by rehabilitasie nie. Dié wat hulself beskou as betrokke by rehabilitasie doen dit tydens hulle verplegingsroetine.

Die Rooi Kruis-tak is tans in reses en het slegs 'n president en sekretaris. Die leningsdepot is wel beskikbaar. Die hulpmiddels wat teen 'n minimale bedrag gehuur kan word, is rolstoele, okselkrukke en looprame. Die persone betrokke beskou hulself nie as betrokke by rehabilitasie nie, aangesien hulle net hulpmiddels uithuur, en nie raad gee oor die hulpmiddels nie.

Die Afdeling Gesondheidsdienste van die Drakensberg SDR bedien die hele Barkly-Oos distrik. Daar is twee bestaande klinieke in die dorp, sowel as mobiele klinieke wat die omliggende gebiede voorsien. Nie al die persone betrokke beskou hulself as betrokke by rehabilitasie nie.

4.5 VRAELYS AAN DIE PERSONE BETROKKE MET REHABILITASIE

Vyftien persone het die vraelys ingevul. Die instansies waar die persone werksaam is, is as volg (Tabel 4.5.1) :

Tabel 4.5.1 Die instansies waar die persone werksaam is (N=15)

Streeksdiensteraad	6,7% (N=1)
Hospitaal	73,3% (N=11)
Privaat	6,7% (N=1)
Dienssentrum vir bejaardes	13,3% (N=2)

Slegs een persoon (6,7%) werk 15 uur per week (deelttyds). Die res van die persone werk 40 uur per week (voltyds).

Een persoon (fisioterapeut) spandeer haar werk aan rehabilitasie en aanverwante pligte. Die ander persone se werk behels dat rehabilitasie soms gegee word.

Die professionele opleiding van die persone is as volg (Tabel 4.5.2) :

Tabel 4.5.2 Professionele opleiding van die persone (N=15)

Professionele fisioterapeut	6,7% (N=1)
Professionele verpleegkundige	33,3% (N=5)
Verpleegkundige assistent	33,3% (N=5)
Gesondheidswerker	6,7% (N=1)
Stafverpleegster	20% (N=3)

Veertien van die persone was nie professionele terapeute nie.

Die opleiding wat die nie-terapeute (N=14) ontvang het oor rehabilitasie is op die volgende manier verkry (Tabel 4.5.3 en Tabel 4.5.4) :

Indiensopleiding deur die volgende professionele persone gegee (Tabel 4.5.3) :

Tabel 4.5.3 Indiensopleiding deur die volgende professionele persone aan die nie-terapeute gegee (N=14)

Fisioterapeut	50% (N=7)
Arbeidsterapeut	0% (N=0)
Spraakterapeut	0% (N=0)
Ander	0% (N=0)
Geneesheer	50% (N=7)

Opleiding deur kursusse, opleeswerk, ingesluit in aanvanklike studie, kennis opgedoen deur ander kollegas en kennis opgedoen deur eie ervaring (Tabel 4.5.4) :

Tabel 4.5.4 Opleiding deur kursusse, opleeswerk, ingesluit in aanvanklike studie, kennis opgedoen deur ander kollegas en kennis deur eie ervaring opgedoen (N=14)

Kursusse	0% (N=0)
Opleeswerk	14,3% (N=2)
Ingesluit in aanvanklike studie	35,7% (N=5)
Kennis opgedoen deur ander kollegas	42,9% (N=6)
Kennis opgedoen deur eie ervaring	7,1% (N=1)

Die tipe rehabilitasie wat die nie-terapeute (N=14)gee, is as volg (Tabel 4.5.5) :

Tabel 4.5.5 Die tipe rehabilitasie wat die nie-terapeute gee (N=14)

Fisioterapie	100% (N=14)
Arbeidsterapie	14,3% (N=2)

Die selfaangeduide vlakke van kennis oor rehabilitasie (Tabel 4.5.6), selfvertroue met rehabilitasie (Tabel 4.5.7) en effektiwiteit van rehabilitasie (Tabel 4.5.8) van die nie-terapeute is as volg :

Tabel 4.5.6 Selfaangeduide vlakke van kennis oor rehabilitasie

	Fisioterapie (N=14)	Arbeidsterapie (N=2)
Voldoende	7,1% (N=1)	50% (N=1)
Onvoldoende, maar redelik	28,6% (N=4)	0 (N=0)
Onvoldoende	64,3% (N=9)	50% (N=1)

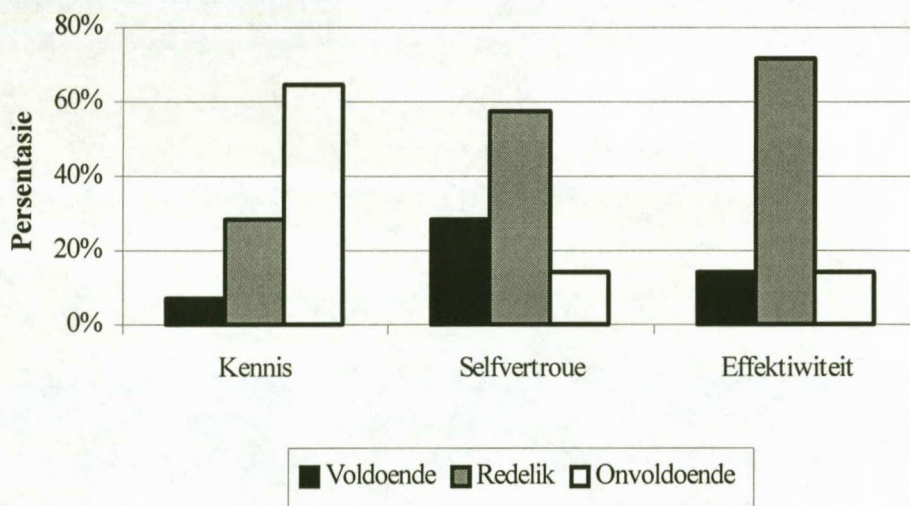
Tabel 4.5.7 Selfaangeduide vlakke van selfvertroue met rehabilitasie

	Fisioterapie (N=14)	Arbeidsterapie (N=2)
Baie	28,6% (N=4)	50% (N=1)
Redelik	57,1% (N=8)	0 (N=0)
Min	14,3% (N=2)	50% (N=1)

Tabel 4.5.8 Selfaangeduide vlakke van effektiwiteit met rehabilitasie

	Fisioterapie (N=14)	Arbeidsterapie (N=2)
Baie effektief	14,3% (N=2)	100% (N=2)
Redelik effektief	71,4% (N=10)	0 (N=0)
Min effektief	14,3% (N=2)	0 (N=0)

Opsommenderwys word die selfaangeduide vlakke oor kennis, selfvertroue en effektiwiteit ten opsigte van fisioterapie in Figuur 4.5.1 aangedui.



Figuur 4.5.1 Selfaangeduide vlakke van kennis, selfvertroue en effektiwiteit ten opsigte van fisioterapie (N=14)

Die fisioterapie-verwante rehabilitasie wat die nie-terapeute gee, is as volg (Tabel 4.5.9) :

Tabel 4.5.9 Die fisioterapie-verwante rehabilitasie wat die nie-terapeute gee (N=14)

Passiewe bewegings	42,9% (N=6)
Voorkoming van sekondêre komplikasies	71,4% (N=10)
Oefeninge	85,7% (N=12)
Heropleiding van loop	78,6% (N=11)
Voorsiening van hulpmiddels	7,1% (N=1)
Longterapie (langtermyn)	14,3% (N=2)
Ander: Geriatriese oefeningsklasse, inligting oor mylpaalontwikkeling	7,1% (N=1)

Die fisioterapeut het 'n behoefte om meer te weet ten opsigte van arbeidsterapie en spraakterapie.

Die probleme wat ervaar word ten opsigte van rehabilitasie deur alle persone is (Tabel 4.5.10) :

Tabel 4.5.10 Probleme wat ervaar word ten opsigte van rehabilitasie - Alle persone (N=15)

Hulpmiddels nie gereedelik beskikbaar nie	13,3% (N=2)
Vervoerprobleme en finansies van die pasiënt	6,7% (N=1)
Personeel te min	66,7% (N=10)
Ander – nie opgeleide gekwalifiseerde personeel beskikbaar vir indiensopleiding nie	6,7% (N=1)

Die probleme wat die nie-terapeute ervaar, is (Tabel 4.5.11) :

Tabel 4.5.11 Probleme wat ervaar word ten opsigte van rehabilitasie - Nie-terapeute
(N=14)

Kennis te min	28,6% (N=4)
Omvang van werk te veel om aandag daaraan te gee	50% (N=7)
Stel nie belang nie	28,6% (N=4)
Opgeleide terapeute nie beskikbaar nie	71,4% (N=10)

4.6 OPSOMMING VAN DIE BELANGRIKSTE RESULTATE

Die opsomming van die belangrikste resultate word deur die volgende vloedigramme (Diagram 4.1 en Diagram 4.2) voorgestel.

Diagram 4.1 DEEL 1. Persone wat rehabilitasiediens nodig

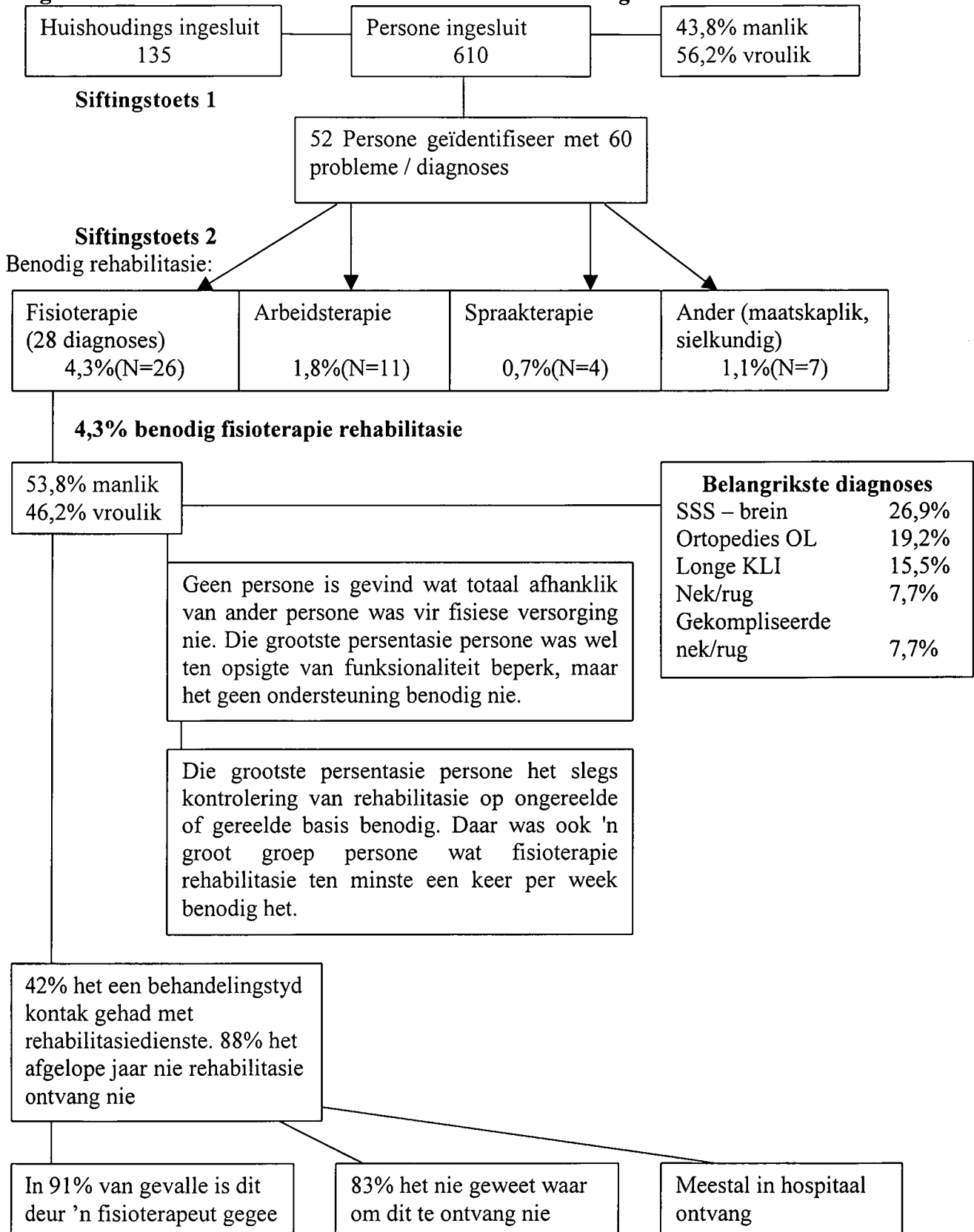
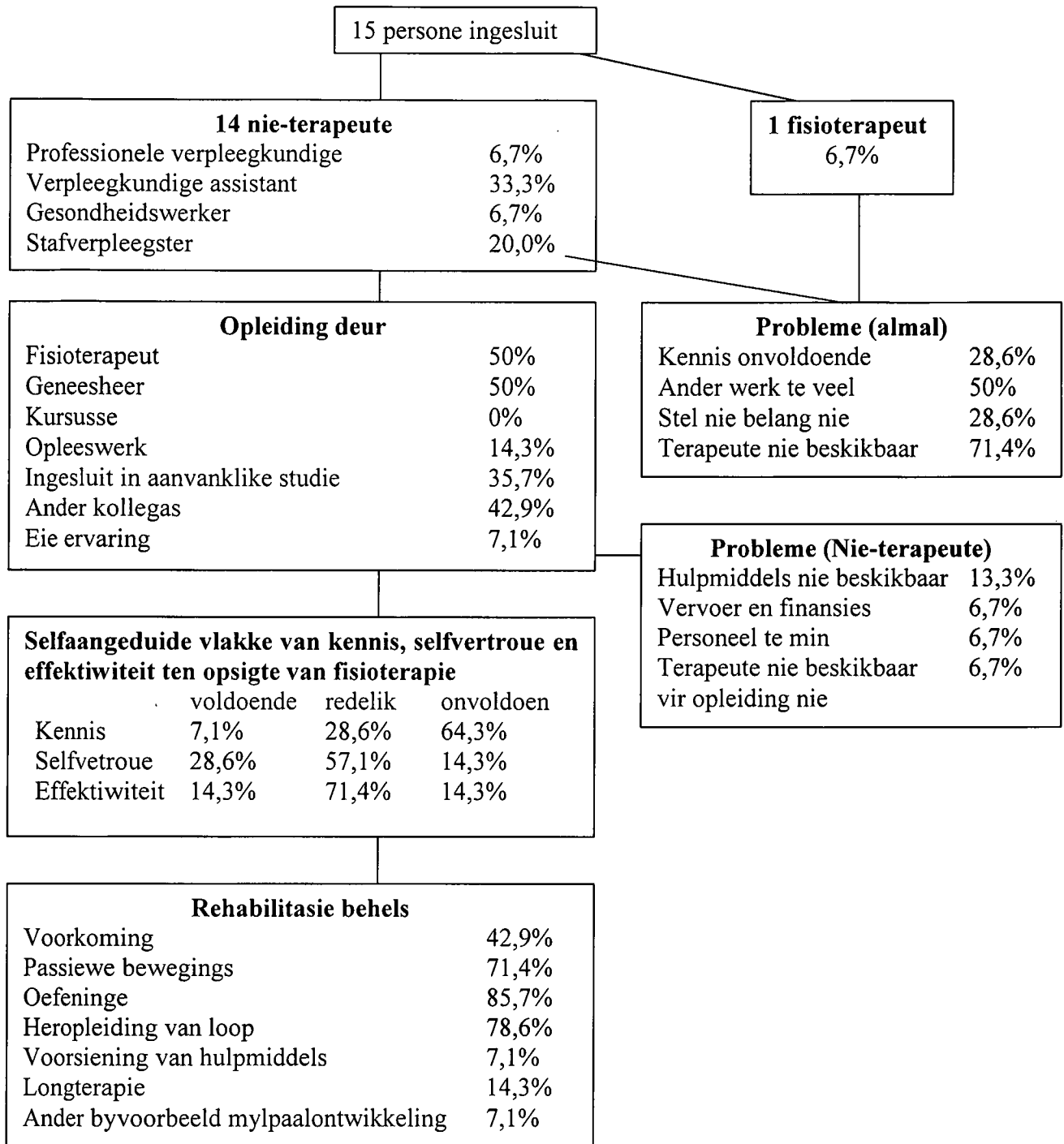


Diagram 4.2 DEEL 2. Persone betrokke met rehabilitasie

HOOFSTUK 5: BESPREKING VAN DIE RESULTATE

In hierdie hoofstuk volg 'n bespreking van die resultate wat verkry is. Daarna volg 'n bespreking van die leemtes van die studie en die positiewe gevolge van die studie.

5.1 BESPREKING VAN DIE RESULTATE

Dit is belangrik om weer te benadruk dat daar uit die fisioterapeut se oogpunt na die behoefte aan rehabilitasiediens gekyk is. Dit sou noodwendig beteken dat daar nie baie akkuraatheid met die behoeftebepaling van die ander rehabilitasiedienste sou wees nie.

Vir 'n gemeenskapsgebaseerde rehabilitasieprogram is hierdie tipe studie wat gedoen is oor die behoefte aan rehabilitasiedienste waardevol, omdat dit die werklike behoefte aan rehabilitasie reflekteer en nie net die voorkoms van aantasting, ongeskiktheid en gestremdheid nie. Soos gestel deur Katzenellenbogen et al¹⁴ is die bepaling van die volle omvang van aantasting, ongeskiktheid en gestremdheid meer toepaslik in die beplanning van omvattende gesondheidsprogramme op primêre, sekondêre en tersiêre vlak.

'n Persentasie van 4,3% persone benodig fisioterapie rehabilitasie. Dit stem baie ooreen met die 4,4% wat in Mitchells Plain ondervind is waar hierdie studie ook bevind het dat hierdie syfer die persone reflekteer wat rehabilitasie benodig en nie die hele omvang van gestremdheid insluit nie soos wat die deur die WGO gestel word nie.¹⁴

In Alexandra is bevind dat 2% persone motories gestremd is. Dit is min of meer dieselfde wat in Nyanga gevind is.¹⁹ Die syfer van 4,3% wat met hierdie studie verkry is, is meer as

dié syfers wat die nouer definisie van gestremdheid voorstel. Dit sou inpas by wat Cornielje¹⁹ opgemerk het dat dit voorkom of die gestremdeheidsyfer in die stedelike gebiede laer is as in die landelike gebiede.¹⁹

Daar is baie min rehabilitasiedienste in die Barkly-Oos distrik. Rehabilitasie wat gegee word, word deur een fisioterapeut in privaatpraktyk gegee. Die ander rehabilitasie word deur verpleegpersoneel gegee wat volgens selfaangeduide vlakke oor onvoldoende kennis, selfvertroue en effektititeit beskik. Uit die totale bevolking van Barkly-Oos distrik sal daar met 'n syfer van 4,3% min of meer 950 persone wees wat fisioterapie rehabilitasiedienste benodig. 53,9% persone het rehabilitasiediens van gereeld tot een keer per maand benodig. 'n Groot persentasie van die persone (57,7%) het nog nooit rehabilitasiedienste ontvang nie. Al die persone wat wel rehabilitasie ontvang het, het dit vir slegs een behandelingstydperk ontvang. Dit stel duidelik die behoefte aan rehabilitasiedienste en dat die rehabilitasie wat wel gegee word, nie naastenby aan die behoefte aan rehabilitasie kan voorsien nie.

Wat interessant is, is dat 26,9% persone nou intensiewe fisioterapie rehabilitasie benodig wat later net gekontroleer hoef te word. Dit spreek duidelik dat 'n groot aantal mense 'n dringende behoefte het om gehelp te word om net 'n begin te maak met die rehabilitasieproses. Die beskikbaarheid van meer uitgebreide fisioterapiedienste in die gemeenskap waartoe alle persone toegang het, moet dus as 'n saak van dringendheid beskou word.

Ter staving van hierdie feit word 'n paar voorbeelde van persone wat tydens die data-insameling teëgekom is, kortliks bespreek. In elke geval sou die beskikbaarheid van fisioterapie rehabilitasiedienste 'n groot verskil in die persoon se funksionering en rol in die samelewing gemaak het.

Een voorbeeld was die persoon wat in 1991 ná 'n femurfraktuur met krukke uit die hospitaal ontslaan is. Volgens hom het hy geen inligting oor oefeninge ontvang nie, ook

nie wanneer hy op die been kan begin trap nie. Die gevolg was waar hy geen probleem moes ondervind nie, hy toe steeds met die krukke geloop het, en ook nie funksioneel met die krukke was nie.

'n Ander sprekende voorbeeld was die persoon met die amputasie van die onderbeen. Hy is 'n jong persoon wat moet werk om self-onderhoudend te wees. Hy het tot op daardie dag nog nie 'n kunsledemaat gekry nie, omdat hy eers 'n sekere bedrag moes bymekaar maak. Die amputasiestomp is egter so swak gevorm dat dit moeilik in 'n protese sal inpas. Goeie stompverbinding sou hierdie probleem aangespreek het. Die spiere van die amputasie-been is ook verswak wat rehabilitasie met die kunsledemaat sal beïnvloed.

Nog voorbeeld was die 22-jarige man wat ses jaar gelede 'n klepvervanging gehad het. As gevolg van die feit dat hy geen oefening gekry het nie (omdat hy nie geweet het dat hy oefening moet kry nie), is hy te swak om te kan werk.

Soos verwag is, is 'n groter persentasie van persone wat fisioterapie rehabilitasiedienste benodig, in die ouer ouderdomsgroepe. Die grootste persentasie van die ouderdomme was tussen 66 en 70 jaar.

Van die persone wat die afgelope jaar nie rehabilitasiedienste ontvang het nie, het nie geweet dat hy rehabilitasiediens kan ontvang nie. Daar is dus ook groot onkunde oor rehabilitasie en die impak wat rehabilitasie op die individu en so op die gemeenskap in geheel kan hê.

Die diagnoses wat die grootste persentasie rehabilitasiediens benodig het, was aantasting van die brein en ortopediese probleme van die onderste ledemate.

Hoewel die grootste persentasie persone geen eksterne ondersteuning benodig het nie, was daar 30,7% persone wat wel ondersteuning benodig het. Hierdie ondersteuning moes deur familielede en ander persone gegee word.

5.2 PROBLEME WAT MET DIE STUDIE ERVAAR IS

Daar was onderbeklemtoning in sekere areas, veral in dié wat nie spesifiek met fisioterapie te doen het nie. Aangesien 'n fisioterapeut die insameling van die data gedoen het, kon die persone wat fisioterapie rehabilitasiediens benodig beter geïdentifiseer word. Die navorser het egter probeer om 'n aanduiding te gee van die ander as fisioterapie rehabilitasiedienste.

5.2.1 Siftingstoets 1 (Bylae A, p 125)

Geen probleme is ervaar met Siftingstoets 1 nie. Daar is ondervind dat enige probleem deur die siftingstoets geïdentifiseer kon word.

Die data is sover moontlik weergegee soos wat die verteenwoordiger van elke huishouding dit weergegee het. Die navorser het wel gevoel dat die voorkoms van die minimale gestremde / lomp kind moontlik onderbeklemtoon kon wees as gevolg van die gebrek aan inligting en blootstelling van hierdie probleem aan terapidienste. Die mense was nie ingestel op die spesifieke probleme van só 'n kind nie en dit was dus moeilik identifiseerbaar omdat die persone nie bewus van die probleme was nie.

5.2.2 Siftingstoets 2 (Bylae B, p 129)

Met Siftingstoets 2 het die navorser probleme ondervind om regtig te identifiseer watter persone maatskaplike en sielkundige rehabilitasie sou benodig. Die ervaringsveld van die navorser was nie so goed en ingeskerp om in sekere gevalle 'n definitiewe antwoord te kon gee nie. Daar is egter redelikerwys gepoog om die inligting in te vul. Wat arbeidsterapie en spraakterapie rehabilitasie betref, het die navorser egter vertrouwd gevoel om dit redelik akkuraat te kon bepaal.

5.2.3 Evalueringsvorm vir persone wat fisioterapie rehabilitasie benodig (Bylae C, p131)

By vraag 3 oor die ondersteunende dienste wat die afgelope jaar gebruik is, is "alternatiewe mediese dienste" aanvanklik ingesluit. Dit het impliseer dat die persone van veral tradisionele genesers gebruik maak. Met die loodsstudie het dit nie voorgekom of dit 'n probleem sou wees nie, maar met die studie is dit later opgemerk dat persone huiwerig was om die vraag te beantwoord en dat die navorsingsassistent ook by sommige mense huiwerig was om dit te vra. Die navorsingsassistent het dikwels ná afloop van die sessie gesê dat die persoon wel van die dienste gebruik maak, hoewel hulle negatief geantwoord het. Die doel van die studie was nie om mense ongemaklik of op hulle hoede te laat voel nie. Die deel van die vraag is dus later uitgelos en in totaal glad nie in berekening gebring nie.

Een van die alternatiewe by vraag 11 oor die ondersteuningstrukture buite die huis was die staat (insluitend pensioen). Die gevoel het ontstaan dat die gerug die rondte gedoen het dat ons pensioene gaan aanvra. Omdat ons nie verwagtings wou skep nie, is die "pensioen" deel later uitgelaat. Omdat dit uitgelaat is, kon daar nie 'n aanduiding gekry word of die persone ongeskiktheidstoelaes ontvang of nie. Dit het die behoefte aan maatskaplike rehabilitasie onderbeklemtoon.

5.2.4 Vraelys aan die persone betrokke met rehabilitasie (Bylae D, p136)

Hier het die studie die meeste probleme ervaar. Die kriterium vir die invul van die vraelys was of die persoon homself beskou as betrokke by rehabilitasie. Dit het ruimte gelaat vir verskillende interpretasie. Aangesien die hele gebied nog baie min blootstelling aan enige rehabilitasiedienste gehad het, was die navorser nie altyd seker of die definisie van rehabilitasie vir al die persone dieselfde was nie. Van die persone wat negatief op die vraag geantwoord het, was volgens die navorser op dieselfde vlak as persone wat positief geantwoord het.

Wat wel positief was, was dat dit wel 'n aanduiding gegee het van waar die persone betrokke is met rehabilitasie en wat hulle doen. Dit het ook 'n aanduiding gegee van hoeveel hulle volgens hulself weet van rehabilitasie, hoeveel selfvertroue hulle het en hoe hulle self oor die effektiwiteit van die rehabilitasie voel.

Hierdie persone doen wel rehabilitasie en kan in die toekoms moontlik aangewend word indien 'n rehabilitasiespan op die been gebring gaan word.

5.3 LEEMTES VAN DIE STUDIE

Soos reeds gemeld is, het die feit dat die vraag oor ongeskikheidspensioen wat later uitgelaat is, maatskaplike rehabilitasiedienste onderbeklemtoon. Hierdie vraag kan in 'n verdere studie opgevolg word, waar maatskaplike dienste meer ondersoek kan word.

Die ondersoek na beskikbare rehabilitasiedienste is na my ervaring nie so 'n effektiewe deel van die studie nie aangesien die blootstelling van die persone aan rehabilitasie so beperk was en nie 'n getroue weergawe verkry kon word nie. Die navorser het soms gevoel dat persone wel aangedui het dat hulle betrokke is met rehabilitasie, maar dat dit wat hulle doen, baie min rehabilitasiewerk was.

5.4 POSITIEWE GEVOLGE VAN DIE STUDIE

Tydens die uitvoering van die studie het die gemeenskap baie meer bewus geraak van die behoeftes van gestremde persone.

Soos wat die navorser deur die gebied beweeg het, is raad aan persone, en opleiding aan versorgers en ook die navorsingsassistent gegee. Nie net is die persone wat in die studie ingesluit is, daardeur beïnvloed nie, maar sover ons deur die gebied beweeg het, is ander

persone ook gehelp waar moontlik. Persone is geïdentifiseer en daar was ook verskeie persone wat ons ook kom opsoek het. Die studie het dus veel wyer invloed gehad as slegs die persone van die steekproef. Daar is dus nie verwagtinge by die gemeenskap geskep wat geïgnoreer is nie. Daar was 'n daadwerklike poging tot hulp. Die hulp was ook van só 'n aard dat persone gehelp is om dit te kan volhou.

Met die vergadering aan die begin van die studie is 'n komitee vir die gestremde persone gestig. Die komitee het van die staanspoor ander gestremde persone besoek en probeer help. Meer bewustheid oor die gestremde persone en hul behoeftes is geskep. Die komitee het ook 'n byeenkoms gereël wat deur die gemeenskap (gestremde en nie-gestremde persone) bygewoon is. (Bylae G, p 149)

5.5 SAMEVATTING

Resultate oor fisioterapie rehabilitasiebehoeftes wat verkry is, stem baie ooreen met soortgelyke studies. 'n Persentasie van 4,3% persone benodig fisioterapie rehabilitasiedienste. Beskikbare fisioterapie rehabilitasiedienste is heeltemal onvoldoende om in hierdie behoefte te voorsien.

Daar bestaan probleme en leemtes in die huidige rehabilitasiedienste wat beskikbaar is, waarvan die grootste probleem die nie-beskikbaarheid van terapeute is. Probleme word ervaar deur verpleegpersoneel wat weens die omvang van hul werk nie altyd aanadag aan rehabilitasie kan gee nie. Selfaangeduide vlakke van kennis, effektiwiteit en selfvertroue is ook onvoldoende.

Probleme is wel ervaar met die insameling van die data. Dit is volledig bespreek.

'n Positiewe gevolg van die studie was dat die gemeenskap tydens die tydperk van data-insameling meer bewus geword het van die gestremde persoon in die gemeenskap.

HOOFSTUK 6 GEVOLGTREKKING

6.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is die resultate van die studie bespreek. In hierdie hoofstuk word gevolgtrekkings gemaak van die bevindings wat verkry is. Aanbevelings word gemaak vir 'n moontlike plan van aksie.

6.2 GEVOLGTREKKINGS

Dit is duidelik dat daar 'n groot behoefte aan reabilitasiesienste in die Barkly-Oos distrik bestaan wat op hierdie stadium nie naastenby aangespreek word nie.

Uit die resultate blyk dit dat daar wel 'n groot behoefte aan reabilitasiedienste in die gebied is. Soos min of meer verwag is, is daar 4,3% persone wat fisioterapie reabilitasiedienste benodig. Dit skep al klaar 'n groot behoefte net aan fisioterapie reabilitasiediens. Daar is egter ook 'n groot behoefte aan die ander reabilitasiedienste (arbeidsterapie, spraakterapie, maatskaplik en sielkundig). Daar is veral 'n behoefte aan reabilitasiedienste op PGS-vlak.

Daar is gevalle bespreek waar die beskikbaarheid van reabilitasie 'n beduidende verskil sou maak. Van hierdie gevalle sou slegs die regte inligting al 'n groot verskil gemaak het.

Daar is 'n groot aantal persone wat nie bewus was van reabilitasiedienste wat hulle kon ontvang nie. Dit kan toegeskryf word aan die feit dat reabilitasiedienste nie geredelik beskikbaar is nie. Die hele gemeenskap moet meer bewus gemaak word van gestremde persone en hul behoeftes (insluitend die behoefte aan reabilitasiedienste). Aangesien

daar baie min fisioterapeute in die gebied is, en geen arbeidsterapeute of spraakterapeute nie, word die behoefte des te meer beklemtoon.

Met die uitsondering van die fisioterapeut, word rehabilitasiedienste deur verpleegkundiges gegee as deel van die uitvoering van hul daaglikse verpleegkundige werk. Rehabilitasie is dan net 'n bysaak. Volgens selfaangeduide vlakke het hulle nie die nodige opleiding, kennis en selfvertroue om effektiewe rehabilitasie te kan gee nie. Daar kan ook nie van verpleegkundiges verwag word om aandag aan rehabilitasie te gee ten koste van hul gewone verpleegtake nie.

Die grootste probleem wat met rehabilitasie ervaar word, is dat opgeleide terapeute nie beskikbaar is nie. Die feit dat daar te min personeel is en die verpleegkundiges se omvang van werk te veel is om aan rehabilitasie aandag te kan gee, is ook 'n groot probleem wat andersinds 'n tweede beste alternatief sou kon wees vir die nie-beskikbaarheid van terapeute. Die gevolgtrekking wat hieruit gemaak kan word, is dat daar te min rehabilitasiedienste in die distrik beskikbaar is.

6.3 AANBEVELINGS

Aanbevelings word gemaak om 'n plan van aksie voor te stel om die probleem van rehabilitasiedienste wat nie geredelik beskikbaar is nie, aan te spreek. Rehabilitasiedienste moet toeganklik en toepaslik wees om die behoeftes van gestremdes aan te spreek.

'n GGR-program (die tweede model) word aanbeveel vir die gebied. Met die tweede model evalueer 'n buitestaander die probleme en behoeftes van die area, beplan wat om te doen, nader persone wat belang daarby het en geïnteresseerd is, nader die toepaslike gesagstrukture, verkry toestemming en nooi dan gemeenskapsdeelname uit.³³ Uit die literatuur blyk dit dat daar baie min plekke is wat die suiwer GGR-model volg.

Daar is reeds die nodige infrastruktuur beskikbaar deur die Drakensberg SDR waarvan die Afdeling Gesondheidsdienste reeds deel is. Daar is reeds gemeenskapsbetrokkenheid in die vorm van die vereniging vir gestremde persone. Die gemeenskap is ook reeds bewus gemaak van die gestremde persoon. Hierdie twee groepe (Drakensberg SDR en die gemeenskap) het reeds die nodige middele om so 'n projek te laat slaag. Soos by verskeie rehabilitasie-projekte in die gemeenskap bewys is, kan 'n GGR-program wel slaag as daar betrokkenheid van die gemeenskap is, sowel as die bestaan van die regte infrastruktuur. Gesondheidsorg-ontwikkeling moet 'n gedeelde verantwoordelikheid wees tussen plaaslike gemeenskappe en die verskillende sektore van gesondheidsvoorsiening.⁵ 'n Kern element van enige GGR-program is om die houding van die gemeenskap teenoor die gestremde te verander.²⁸ Dit het reeds begin plaasvind. Daar moet egter daadwerklik daaraan gewerk word om dit te verbeter.

Dit is nodig dat poste vir terapeute geskep moet word wat die GGR-program kan koördineer, van die grond kan kry en die program met hulp van laer vlak werkers kan volhou. Daar word voorgestel dat 'n fisioterapeut (of ander terapeut) deur die Drakensberg SDR aangestel word wat in samewerking met die reeds bestaande strukture kan begin om gemeenskappe te mobiliseer om GGR-programme te begin, en steun te verwerf vir die programme sodat eienaarskap vir die programme aanvaar word.

Aangesien die volhoubaarheid van 'n rehabilitasieplan beïnvloed word deur die vinnige omset van vrywillige werkers, word aanbeveel dat daar veral met die aanstelling en opleiding van middelvlakwerkers (GRF's) begin moet word. Die nodige poste moet deur die Drakensberg SDR gekoördineer en geskep word. Dié werkers moet geïdentifiseer word (gesamentlik deur die Drakensberg SDR en die Gemeenskap self). Dit is baie belangrik dat die regte opleiding, ondersteuning en toesighouding aan die persone gegee word.

Daar kan moontlik gebruik gemaak word van vrywillige grondvlakwerkers (GRW's), maar dan moet die nodige motivering en insentiewe aan die persone bestaan om die volhoubaarheid van die program te verseker. Die gemeenskap moet egter deelneem aan hierdie besluite om die GGR-program te laat werk.

Rehabilitasiewerkers (GRF's en GRW) moet aangestel en opgelei word binne hierdie sisteem. Hierdie werkers moet binne die struktuur val soos deur die SAFV voorgeskryf word. Dit is belangrik dat hierdie werkers wel onder toesig sal werk soos voorgeskryf deur die SAFV.

Met die beplanning van 'n rehabilitasieprogramme beplan word, moet die beskikbare hulpbronne vir rehabilitasie in ag geneem word. Dit sluit personeel, fasiliteite, apparaat, voorsiening van tegniese hulpmiddels, vervoer en administratiewe ondersteuning in.²

'n Rehabilitasieprogram moet sommige personeel met spesiale vaardighede hê. Buitelandse kan help met die opleiding van hierdie personeel, maar die werksverskaffing moet voorsien word binne die regeringsbegroting of deur 'n plaaslike organisasie wat in staat sal wees om rehabilitasiedienste vol te hou.²

Ander hulpbronne wat benodig word vir rehabilitasieprogramme is die voorsiening van spesiale apparaat soos rolstoele en krukke, vervoer en moontlike behuising vir personeel.²

'n Suksesvolle begin van 'n rehabilitasieprogram, sal die weg baan vir ander lede van die rehabilitasiespan om ook by die program aan te sluit.

Die insette wat die Departement Fisioterapie aan die Universiteit van die Oranje Vrystaat lewer, moet steeds as belangrik beskou word. Insette van ander departemente (veral arbeidsterapie en spraakterapie) moet aangemoedig word. Dit kan die nodige motivering aan die program gee.

6.4 SAMEVATTING

Dit is duidelik dat daar 'n groot behoefte aan rehabilitasiedienste in Barkly-Oos distrik bestaan. Die beskikbaarheid van rehabilitasiedienste vir alle persone is belangrik vir die effektiewe funksionering van elke individu. Daar moet so min as moontlik "gestremde" persone wees en meer persone wat goed aangepas is selfs met hul "aantasting" of "ongeskiktheid".

BYLAE A

Siftingstoets 1

OPNAME IN BARKLY-OOS DISTRIK OOR REHABILITASIEDIENSTE

Siftingstoets 1

1. Vraelysnommer

 3

2. Datum

 9

3. Ras

 10

4. Persoon wat vrae beantwoord:

 11

1 Self/vader/moeder

2 Kind

3 Grootouers

4 Ander familie

5 Vriende/versorgers

6 Ander

Spesifiseer _____

5. Hoeveel persone bly in die week in die huis?

 13

6. Is daar enige persoon wat in die huishouding hoort, wat in die hospitaal of inrigting is?

Ja Nee

 14

7. Is daar enige persone in die huis wat probleme het met die volgende?,

7.1 Beweging - byvoorbeeld loop, sit, opstaan, hantering van klein voorwerpe

Ja Nee

7.2 Sensasie - kan die persoon oor die hele liggaam ewe veel voel?

Ja Nee

7.3 Gehoor/spraak

Ja Nee

7.4 Sig

Ja Nee

7.5 Vermoë om te kan werk - volwasse persoon

Ja Nee

Vordering op skool - kind

Ja Nee

7.6 Epilepsie

Ja Nee

7.7 Asemhalingsprobleme en borsprobleme

Ja Nee

7.8 Pyn in ledemate, rug, en nek.

Ja Nee

8. Ander:

- | | | |
|--|----|-----|
| 8.1 Is daar enige kind wat verskil van die ander kinders?
byvoorbeeld met speel, taal, woorde sê, gedrag? | Ja | Nee |
| 8.2 Is daar enige persoon wat afhanklik is van fisiese
versorging van ander of wat dit benodig? (byvoorbeeld
wat in die bed versorg moet word, persone wat gehelp
moet word om aan te trek, en te eet, persone wat
toesig benodig) | Ja | Nee |
| 8.3 Is daar enige persone wat gebruik maak van enige
hulpmiddels? (byvoorbeeld loopapparate, spesiale
skoene, gehoorapparate) | Ja | Nee |
| 8.4 Is daar enige persoon met ledemate wat afwyk van dié
van 'n normale persoon? | Ja | Nee |

No	Van	Naam	Gesl	Oud	Probleme	Ander	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1							15								23
2							24								32
3							33								41
4							42								50
5							51								59
6							60								68
7							69								77
8							70								85
9							71								94
10							72								103
11							73								112
12							74								121
13							75								130
14							76								139
15							77								148

28

KODE VIR TABEL:

INSAMELING VAN DATA

Kolom 1: Persoonnommer
Kolom 2: Van
Kolom 3: Naam
Kolom 4: Geslag
Kolom 5: Ouderdom
Kolom 6: Probleme volgens vraag 7
Kolom 7: Ander probleme volgens vraag 8

KANTOORGEBRUIK

Kolom 8: Geslag
Kolom 9,10: Ouderdom
Kolom 11,12,13: Probleme
Kolom 14,15,16: Ander probleme

BYLAE B

Siftingstoets 2

OPNAME IN BARKLY-OOS DISTRIK OOR REHABILITASIEDIENSTE

Siftingstoets 2 - Persone wat deur vraelys 1 identifiseer is:

1. Vraelysnommer

--	--	--	--

2. Datum

--	--	--	--	--	--	--

3. Ras

--

4. Geslag:

--

5. Ouderdom

--	--

6. Probleemlys

7. Benodig die persoon die volgende rehabilitasiedienste?

1 nee - geen probleem

2 nee - probleem van so 'n aard dat rehabilitasiedienste nie benodig word nie.

3 ja

4 onseker

Fisioterapie

1	2	3

Arbeidsterapie

--	--	--	--

Spraakterapie

--	--	--	--

Ander (Maatskaplik, Sielkundig)

--	--	--	--

**** (Ruimte is gelaat vir 3 probleme volgens die probleemlys soos gemerk 1 2 3)

Die persone wat fisioterapie rehabilitasiedienste benodig, sal nou verder deur die fisioterapeut evalueer word volgens die volgende evalueringsvorm:

BYLAE C

**Evalueringsvorm van persone wat fisioterapie
rehabilitasiedienste benodig**

OPNAME IN BARKLY-OOS DISTRIK OOR REHABILITASIEDIENSTE

Evalueringsvorm: Onderzoek na persone wat fisioterapie rehabilitasiediens benodig
(Die vraelys sal deur die navorser ingevul word)

1. Diagnose - deur Geneesheer gediagnoseer, of voorlopige diagnose deur die navorser bepaal: Geneesheer Fisioterapeut

Dr		Fisio	
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12

2. Duur van die toestand in maande
Toestand 1
Toestand 2
Toestand 3

13		15
16		18
19		21

3. Ondersteunende (medies) dienste wat die afgelope jaar gebruik is:
Mobiele kliniek:
Kliniek:
Hospitaal:
Privaat:
Alternatiewe mediese dienste:

	22
	23
	24
	25

4. Fisiese beperking en funksionaliteit:

- 1 Geen beperking nie
- 2 Geen ondersteuning nodig nie, maar is tog beperk
- 3 Het min ondersteuning nodig
- 4 Het ondersteuning nodig
- 5 Het baie ondersteuning nodig
- 6 Totaal afhanklik

	26
--	----

5.1 Nodigheid van fisioterapie rehabilitasie:

--	--

- 0 Pasiënt benodig geen rehabilitasiediens nie. (Ook in geval van 'n akute toestand)
- 1 Tans 'n akute geval - onseker of die persoon later rehabilitasie mag benodig.
- 2 Pasiënt het wel fisiese probleme, maar rehabilitasiedienste word nie benodig nie
- 3 Eenmalige besoek nodig: - instandhouding asook raad.
- 4 Eenmalige besoek moontlik voldoende, maar die persoon moet wel gekontroleer word of hy verstaan en of dit uitgevoer word.
- 5 Kontrolering op ongereelde basis word benodig
- 6 Gereelde kontrolering word benodig.
- 7 Rehabilitasie benodig ten minste een keer per maand.
- 8 Intensiewe rehabilitasie benodig - ten minste een keer per week
- 9 Intensiewe rehabilitasie benodig ten minste 2 keer per week.
- 10 Daaglikse intensiewe rehabilitasie word benodig

Indien 5.1 (5-10) ingevul is, doen ook 5.2 en 5.3

5.2 Sal rehabilitasie in groepwerk kan geskied?

☐ 29

5.3 Tydperk benodig

☐ 30

6. Die persoon wat versorging benodig, word bedags deur die volgende persoon primêr versorg:

☐ 31

- 1 Self
- 2 Minderjarige kind (onder 18 jaar)
- 3 Ouer / volwasse kind / eggenoot
- 4 Ander familie
- 5 Versorger

7. Die persoon wat versorging benodig, word snags deur die volgende persoon primêr versorg:

☐ 32

- 1 Self
- 2 Minderjarige kind (onder 18 jaar)
- 3 Ouer / volwasse kind / eggenoot
- 4 Ander familie
- 5 Versorger

8. Wanneer laas het die persoon rehabilitasiedienste ontvang?

☐ 33

- 1 Afgelope week
- 2 Afgelope maand
- 3 Afgelope ses maande
- 4 Afgelope jaar
- 5 Langer as 'n jaar gelede
- 6 Nog nooit nie

9. Indien die persoon wel tans of die afgelope jaar kontak met rehabilitasiedienste gehad het:

9.1 Deur watter tipe persoon:

- Fisioterapeut
 Arbeidsterapeut
 Spraakterapeut
 Verpleegkundige
 Gesondheidswerker
 Ander

☐ 34
☐ 35
☐ 36
☐ 37
☐ 38
☐ 39

Spesifiseer _____

9.2 Waar ontvang die persoon die diens?

- Tuis
 Kliniek
 Hospitaal
 Privaat
 Ander

☐ 40
☐ 41
☐ 42
☐ 43
☐ 44

Spesifiseer _____

9.3 Hoe dikwels word die persoon gesien?

☐ 45

- 1 Twee keer en meer as twee keer per week
- 2 Een keer per week
- 3 Twee keer per maand
- 4 Een keer per maand
- 5 Minder as een keer per maand
- 6 Eenmalig

9.4 Effektiwiteit van die diens - of dit 'n verskil maak of nie.

☐ 46

- 1 Onontbeerlik
- 2 Groot verskil
- 3 Maak 'n verskil
- 4 Klein verskil
- 5 Geen verskil

10. Indien die persoon nie die afgelope jaar rehabilitasiediens ontvang het nie:

10.1 Is die persoon (versorger, indien die persoon nie kan kommunikeer nie) bewus daarvan dat hy rehabilitasiedienste kan ontvang?

Ja Nee

☐ 47

10.2 Weet die persoon waar hy rehabilitasiedienste kan ontvang?

Ja Nee

☐ 48

Indien 'Ja': waar en deur wie?

10.3 Wat is die rede hoekom die persoon nie rehabilitasiedienste ontvang nie? (Meer as een kan gemerk word.)

Vervoer nie beskikbaar nie

Gestremdheid te erg sodat vervoer 'n probleem is

Afstand

Finansies te min

Vind dit onnodig

Voel tevrede oor die tuisprogram en raad wat gegee is

Omstandighede tuis

Ander

Spesifiseer _____

☐ 49
☐ 50
☐ 51
☐ 52
☐ 53
☐ 54
☐ 55
☐ 56

11. Watter ondersteuningstrukture bestaan daar buite die huis?

Bure

Familie

Kerk

Staat (insluitend pensioen)

Nie-staatsondersteunde-organisasies

Ander

Spesifiseer _____

☐ 57
☐ 58
☐ 59
☐ 60
☐ 61
☐ 62

BYLAE D

Vraelys aan persone betrokke met rehabilitasie

OPNAME IN BARKLY-OOS DISTRIK OOR REHABILITASIEDIENSTE

Vraelys aan die persone betrokke met rehabilitasie:

1. 1. Vraelysnommer

 2

2. Instansie waar werksaam

 3

1 Streeksdiensteraad

2 Staat - hospitaal

3 Privaatpraktyk

4 Ander

Spesifiseer _____

3. Aantal werksure per week

 5

4. Omvang van werk

 6

1 Spandeer daaglikse werk slegs aan rehabilitasie en aanverwante pligte.

2 Rehabilitasie maak meer as helfte van die daaglikse werk uit.

3 Rehabilitasie word soms gegee.

5. Opleiding

 7

1 Professionele Fisioterapeut

2 Professionele Arbeidsterapeut

3 Professionele Spraakterapeut

4 Geneesheer

5 Professionele Verpleegkundige

6 Verpleegkunde assistent

7 Gesondheidswerker

8 Onderwyser

9 Ander

Spesifiseer _____

Die persone wat 5.1, 5.2 of 5.3 geantwoord het, gaan na vraag 12

Die persone wat 5.4 tot 5.9 geantwoord het, beantwoord vrae 6 tot 11

6. Watter opleiding het u oor rehabilitasie ontvang? (Meer as een antwoord kan gegee word.)

6.1 Indiensopleiding deur

6.1.1 Fisioterapeut

Ja Nee

6.1.2 Arbeidsterapeut

Ja Nee

6.1.3 Spraakterapeut

Ja Nee

6.1.4 Ander(Maatskaplik, Sielkundig)

Ja Nee

6.1.5 Dokter

Ja Nee

 12

6.2 Kursusse deur

6.2.1 Fisioterapeut

Ja Nee

--

13

6.2.2 Arbeidsterapeut

Ja Nee

--

14

6.2.3 Spraakterapeut

Ja Nee

--

15

6.2.4 Ander (Maatskaplik, Sielkundig)

Ja Nee

--

16

6.3 Opleeswerk

Ja Nee

--

17

6.4 Ingesluit in aanvanklike studie

Ja Nee

--

18

6.5 Kennis opgedoen deur ander kollega/s

Ja Nee

--

19

6.6 Deur ervaring opgedoen

Ja Nee

--

20

7. Watter tipe verwante rehabilitasie gee u?

7.1 Fisioterapie

Ja Nee

--

21

7.2 Arbeidsterapie

Ja Nee

--

22

7.3 Spraakterapie

Ja Nee

--

23

7.4 Ander (Maatskaplik, Sielkundig)

Ja Nee

--

24

8. Hoe beskou u u kennisvlak oor rehabilitasie?

F Fisioterapie

AT Arbeidsterapie

S Spraakterapie

A Maatskaplik, Sielkundig

1 Kennis voldoende oor rehabilitasie

2 Kennis onvoldoende, maar redelik

3 Kennis onvoldoende

4 Geen kennis

5 Nie van toepassing

F A T S A

F A T S A

--	--	--	--	--

25

9. Hoeveel selfvertroue het u met rehabilitasie?

1 Baie

2 Redelik

3 Min

4 Geen

5 Nie van toepassing

F A T S A

F A T S A

--	--	--	--	--

29

10. Hoe beskou u u effektiwiteit van rehabilitasie?

- 1 Baie effektief
- 2 Redelik effektief
- 3 Min effektief
- 4 Oneffektief
- 5 Nie van toepassing

F	A	T	S	A

F	A	T	S	A
3				36

11. Wat behels die fisioterapie rehabilitasiedienste wat u gee?

- 11.1 Passiewe bewegings en ander mobiliteits-oefeninge
 - 11.2 Voorkoming van sekondêre komplikasies wat rehabilitasie kan belemmer
 - 11.3 Oefeninge
 - 11.4 Heropleiding van loop
 - 11.5 Voorsiening van hulpmiddels (soos rystoele)
 - 11.6 Longterapie – langtermyn
 - 11.7 Ander
- Spesifiseer _____
- _____

Ja Nee

Ja Nee

Ja Nee

Ja Nee

Ja Nee

Ja Nee

Ja Nee

	37
	38

	39
	40
	41
	42
	43

Die volgende vraag moet slegs deur die terapeute beantwoord word.

12. Is daar 'n behoefte om meer van rehabilitasie te weet?

F	A	T	S	A

F	A	T	S	A
44				47

1. Probleme wat ervaar word met rehabilitasiedienste
(Meer as een antwoord kan gemerk word.)

Slegs die nie-terapeute moet vraag 13.1 beantwoord

13.1

- 13.1.1 Kennis
- 13.1.2 Omvang van werk te veel om aandag daaraan te gee
- 13.1.3 Stel nie belang daarin nie
- 13.1.4 Opgeleide terapeute nie beskikbaar nie

Ja Nee

Ja Nee

Ja Nee

Ja Nee

	48
	49
	50
	51

Alle persone moet die vraag 13.2 beantwoord.

13.2

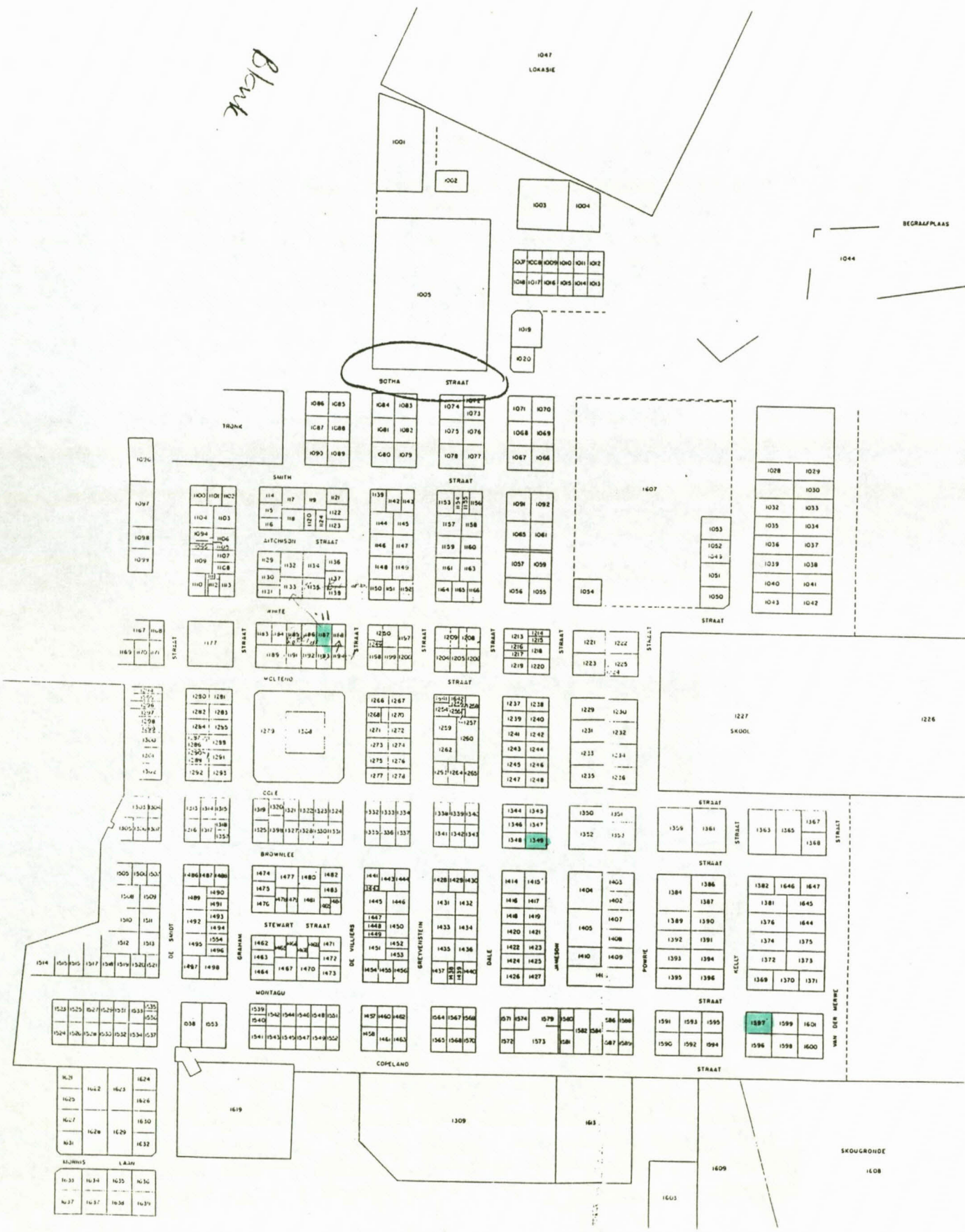
13.2.1 Hulpmiddels nie geredelik beskikbaar nie	Ja	Nee	☐ 52
13.2.2 Logistiek en infrastruktuur:			
13.2.2.1 Afstande te ver	Ja	Nee	☐ 53
13.2.2.2 Vervoerprobleme en finansies vir vervoer van die pasiënt	Ja	Nee	☐ 54
13.2.2.3 Personeel te min	Ja	Nee	☐ 55
13.2.2.4 Ander	Ja	Nee	☐ 56
Spesifiseer _____			

14. Leemtes wat oor rehabilitasie identifiseer kan word:

BYLAE E: Steekproeftrekking

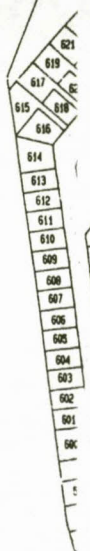
- Barkly-Oos dorpsgebied (sg. “blanke” woongebied)
- Barkly-Oos dorpsgebied – Fairview (sg. “bruin” woongebied)
- Barkly-Oos dorpsgebied – Nkululeko (sg. “swart” woongebied)
- Plase van die distrik
- Padkaart van Barkly-Oos soos gebruik tydens studie

Blout



ΣΙΓΓΕ-ΥΠ

Fairview Township



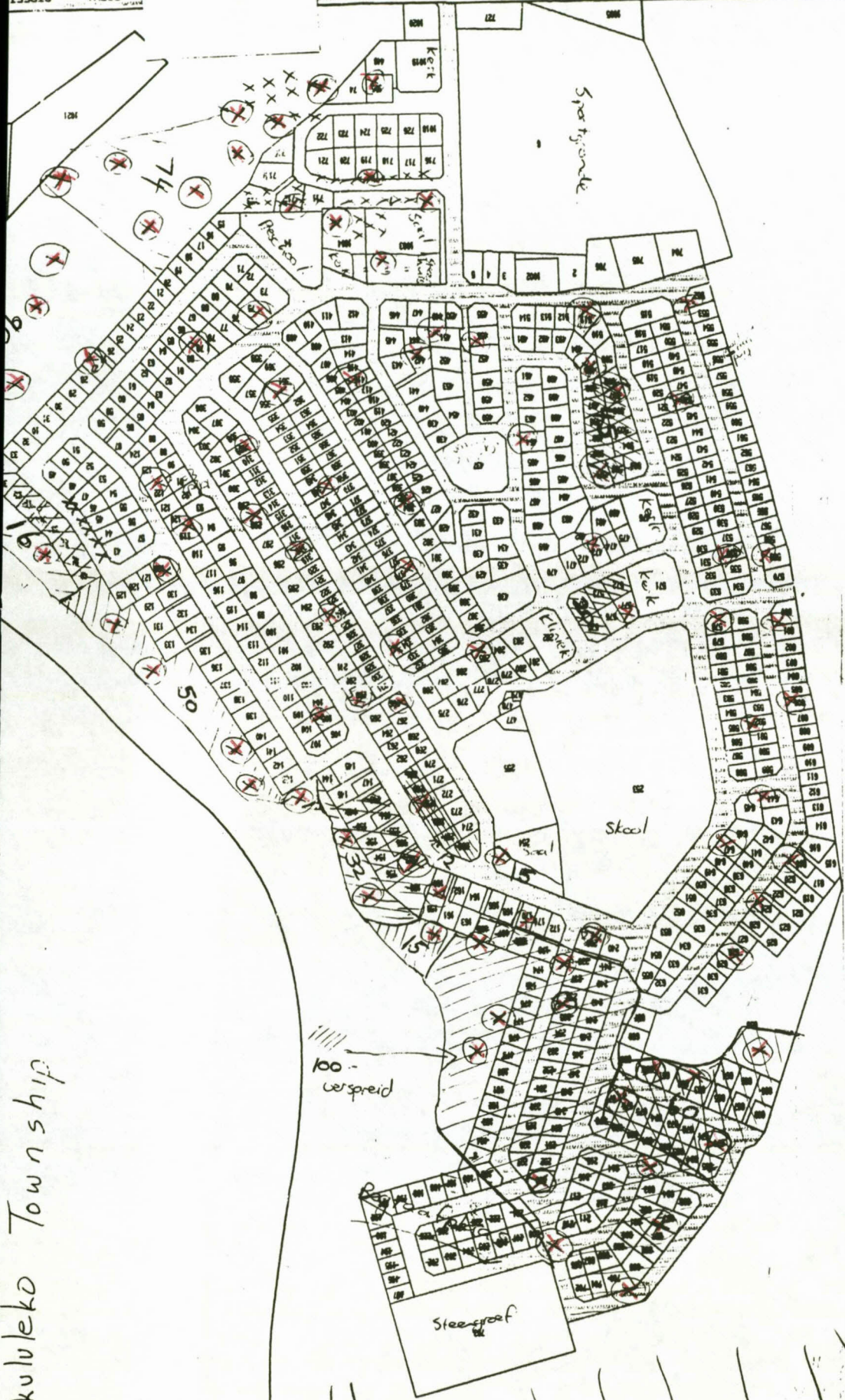
Nkululeko Township

Hunt 20
 Rd to house

Power St

N STREET 28, 34
 BOTHA STREET

X - informal housing
 // getal: uitgeduit (X)
 - informal housing



draft

NUMERIESE LYS VAN IDENTIFIKASIONOMMERS VAN BOUWONDE PLASE IN BARKLY-OOS MET DIE PERSONE SE NAME LANGSAAN

F 1 P.W.A. van der Merwe
F 2 C.C. van der Merwe
F 4 N.G. Kriel
F 5 S.J.J. Pretorius
F 6 C. Basson
F 18 R. le R. Cloete
F 18 J.C.B. Schoeman
F 14 F.E. van Rooyen
F 16 A.G. Lombaard
F 17 D.B. Sephton
F 18 W.D. Cloete
F 20 A. van Wijk (Jnr)
F 24 P.A. Hardie
F 26 B. Cronje
F 27 D.C.B. van Zyl
F 28 J.A. van Zyl
F 30 A.P.R. van Wijk
F 31 H.C. van Zyl
F 32 F.J. van Zyl
F 36 S.A. de Klerk
F 42 D.E.S. Nel
F 43 H.I. Cloete
F 44 T.R. Cronje
F 45 J. Steenkamp
F 46 S.A. de Klerk
F 47 F.J. Nel
G 3 G.G. van Zyl
G 4 S.J.J. Strydom
G 5 J.S. van Zyl
G 8 S.J.J. Pretorius
G 9 S.J.J. Pretorius
G 18 F.J. van Zyl
G 19 S.J.J. Pretorius
G 22 H. van der Linde
G 25 W.N. Nel
G 26 G.P. Greyvenstein
G 27 W.P.J. Pretorius
G 30 P.N. van Niekerk
G 32 P.D. Vermeulen
G 34 J.H.J.G. Pretorius
H 1 G.P. Cloete
H 5 S.A.C. Maartens
H 6 J. Louw
H 7 J.M. Smit
H 10 J. Labuschagne
H 11 M.P. Potgieter
H 12 S.J. Pienaar
H 13 G. Small
H 16 O.M. Robertson
H 19 F.M. van Rooyen
H 21 S.C. van Heerden
H 25 P.W.A. Vorster
H 24 H. Potgieter
H 26 G.P. Couvaras
H 27 J. Smit
H 33 F. Smit
H 34 L. Pienaar
H 36 D.M.C. Smit
H 39 T.C. Wink
H 41 S. Nel
H 45 V.H. Cronje
H 49 P.G. Potgieter
H 50 J.P.J. Roets
H 51 G.N. Small
H 52 B.J. Phillips
H 53 B.J. de Klerk
H 54 H.C. Swart
H 55 J.J. Swart
H 56 J.D. Nel
H 57 T.C.W. Botha
H 58 S. Swart
H 59 R. Spence
H 60 A. Hechter
H 61 D.W. Small
H 62 G.J.C. Myburgh
H 63 J. Steenkamp (Boet)
H 64 P. Vorster
H 65 C. Cronje
E 2 M.J.S. van Zyl
E 3 G.T. van Zyl
E 5 J. Brummer
E 6 J.J. Brummer
E 8 J. Schoeman
E 10 J.M. du Toit
E 15 M.O. Robertson
E 16 N.J. Steyn
E 18 N.R.E. Giddy
E 19 L.F. Vosloo
E 20 M.C. Small
E 22 J.A. Vosloo
E 24 J.A. Buitendag
E 26 P. de V. Buitendag
E 27 J.M. Nel
E 28 W.R. & I. Turnbull
E 29 C.V. Murray
E 30 P. Goldsmith

ALFABETIESE LYS VAN BOERE IN BARKLY-OOS MET DIE PLASE EN IDENTIFIKASIONOMMER LANGSAAN

Barnard, C.J., Tuschelaw - C15
Basson, C., Witkransspruit - F8
Botha, A.J., Mount Mourne - D19
Botha, J.A.G., Moorcourt - D42
Botha, T.C.W., Chesneywood - I22
Botha, J.J., Eernham - I43
Bouwwer, G., Glen Almond - A27
Brunner, J.J., Jakkalsdrif - E6
Brunner, J., Eureka - E5
Buitendag, J.A., Steepside - E24
Buitendag, P. de V., Carbury - E26
Buitendag, C.J., Brucedell - D80
Church, J., Powerscourt - C5
Cloete, C., Lynndale - A81
Cloete, G.P., Vaalkop - H1
Cloete, H.J., Middelfontein - F43
Cloete, J.J., Lynndale - A2
Cloete, R. le R., Waterval - F12
Cloete, W.D., Happy Valley - F18
Couvaras, G.P., Klippepruit - H26
Cronje, C., Merino Walk - I88
Cronje, T.R., Lookop - F44
Cronje, V.H., Merino Walk - I5
Cronje, B., Lekkerwater - F26
de Klerk, S.A., Locksley - F36
de Klerk, S.A., Strydfontein - F46
de Klerk, B.J., Wintershoek - I17
Dippenaar, C.P., Sandham - A21
Dormehl, A.C., Rosslyn - A20
Dormehl, A.B., Lower Roostrevor - A5
Dormehl, C.P., Donnybrook - A28
Dormehl, T.B., Roostrevor - A6
du Randt, P., Joubert - A24
du Toit, J.M., Cloverley - E10
Ekron, C.L., Glen Garry - D38
Ekron, L.K., Silverwood - D86
Frost, J.W.L., Glen Shee - B6
Frost, M.G.L., Balloch - B5
Gettiffe, S., Bonnyvale - B18
Giddy, N.K.E., Upper Kelvin Grove - E18
Giddy, R.L., Dargie - E20
Goldsmith, P., Lower Drumbos - E33
Green, D., Kenmure - A28
Green, G.M., Ben Nevis - A19
Green, O.M., Muller - A13
Greyvenstein, G.P., Vale of Health - G26
Gush, L., Glencoe - B24
Gush, P.R., Caerlaverock - D33
Gush, R.L., Caerlaverock - D34
Hardie, P.A., Fairfield - F24
Hechter, A., Colvinton - I29
Henning, G.F., Mercun - C86
Isted, A.S., Reedsdell - B2
Isted, C.R., Halstone - B16
Isted, L., Bidstone - B19
Kriel, N.G., The Falls - F4
Kriel, Z., Savernake - A25
Labuschagne, J., Uitkyk - H10
Lombaard, A.G., Middelpaas - F16
Louw, J., Morgenzon - H6
Maree, H.J.P., Hillbury - D13
Maartens, S.A.C., Long Valley - H5
Mundell, B.S.A., Holbrook - A3
Murray, C.V., Glen Pillan - E29
Murray, G.B., Glencoe - C4
Myburgh, G.J.C., Uitvalse - I38
Naude, D.B., Broadford - D35
Naude, G.F., Buitermead - C11
Naude, H.P., Killarney - C9
Naude, W.C.S., van Heerden's Gunst - C10
Nel, J.D., Samekomst - I20
Nel, W.N., Suurvlaakte - G25
Nel, P.J., Hamilton - G20
Nel, F.J., Vaalbank - F47
Nel, D.E.S., Bergplaas - F42
Nel, J.M., Eagles Craig - E27
Nel, S., Upper Prospect - I4
Orpen, G., Avoca - A14
Phillips, B.J., Sunnyslope - I14
Pienaar, S.J., Elandsfontein - H12
Pienaar, L., Elandsberg - H34
Poggenpoel, P., Queensberry - A16
Potgieter, D.P., Koppie Vale - H11
Potgieter, H., Stoppoort - H24
Potgieter, P.G., Kromdraai - I9
Potgieter, T.D., Cleurwater - A17
Pretorius, J.H.J.G., Platfontein - G34
Pretorius, J.J., Harmonie - G12

Pretorius, S.J.J., Swartfontein - G9
Pretorius, S.J.J., Pretoriusdrif - G8
Pretorius, S.J.J., Roopepoort - G19
Pretorius, S.J.J., Tienkrans - F5
Pretorius, W.P.J., Osborne - G27
Reeders, W.D., Ellbank - C17
Reeders, J.G., Newstead - C16
Reeders, H.J., Lamont - C27
Robertson, O.M., Twee Zusters - H16
Robertson, M.O., Middle Drumbos - E15
Roets, J.P.J., Perivale - I11
Scheppel, C., Welgemoed - D41
Schoeman, F.H., Hentlands - D5
Schoeman, J., La Colleen - E8
Schoeman, J.P.J., Carabas - D3
Schoeman, J.C.B., Ena - F18
Sephton, N., Glengarriff - R14
Sephton, C.D., Bonnie Doone - A4
Sephton, D.B., Middelpaas - F17
Sephton, D.G., Burnbrae - B4
Sephton, H.C., Tinsyde - B12
Sephton, L.B., Glen Lyons - B23
Sephton, M.H., Faskally - A10
Sephton, P.R., Pitlochrie - A12
Sephton, S. St. C., Glengyle - B3
Small, D.W., Denorbin - I22
Small, G.N., Chiltern - I18
Small, M.C., The Dingle - E20
Small, R.S., Clefthill - D13
Small, G., Bloms Hoek - H18
Smit, D.M.C., Goede Hoop - H86
Smit, F., Driefontein - H33
Smit, J.M., Rooedwal - H7
Smit, J., Nootgedacht - H32
Spence, R., Sonakyn - I24
Steenekamp, J.H., Lindesfarne - D1
Steenekamp, S.J., Knockwarren - D23
Steenekamp, J., Strydfontein - F45
Steenkamp, J., Jollystone - I26
Steyn, N.J., The Caves - E16
Strydom, S.J.J., Hartbeesfontein - G4
Swart, C., Kapokkraal - I18
Swart, J.J.J., Dassieskloof - I19
Swart, S., Rosehill - I23
Thomas, W., Watrall - E7
Turnbull, R.H., Merino Hoek - D10
Turnbull, W.R. & L., Houermease - E25
van der Merwe, C.C., Grootvlei - F2
van der Merwe, P.W.A., Grootvlei - F1
van der Linde, H., Aylesbury - G22
van Heerden, C.S., Smitsdale - H21
van Niekerk, P.N., Moreson A - G30
van Rooyen, F.E., Fonteinakloof - F14
van Rooyen, F.M., Ongedung - H19
van Wijk, A.P.R., Good Hope - F30
van Wijk, A., The Pines - F20
van Zyl, D.C.B., Waterval - F27
van Zyl, E., Brestone - D17
van Zyl, F.J., Boshoeck - G18
van Zyl, L.J., Monard - C12
van Zyl, F.J., Glass Nevin - C1
van Zyl, F.J. & J.S., Mooiplaas - F32
van Zyl, G.F.G., Rusoord - C2
van Zyl, G.T., Lekkerby - E3
van Zyl, G.G., Helenaschoop - G8
van Zyl, H.C., Lyonesse - F31
van Zyl, J.A., Caerleon - F28
van Zyl, J.S., Hartbeesfontein - G5
van Zyl, M.J.S., Vergenoeg - E2
Venter, W. Abo - B2
Vermeulen, P.D., Shanklin - G28
Viedge, R.I., Funnystone - B18
Vorster, P., Morriston - I37
Vorster, P.W.A., Slaapkrantz - H23
Vosloo, J.A., Birksall - E22
Vosloo, P., Branksome - D32
Vosloo, L.F., Mosheesford - E19
Walker, D., William Loch - D29
Wink, T.C., Knoppie A - H39

The Barkly East Reporter which is registered at the Post Office as a newspaper is printed and published by the proprietors, E.J. and R.A. Mollente at 28 Greyvenstein Street, Barkly East. Copyright on all materials in the Barkly East Reporter is reserved by the Proprietors.

Boere

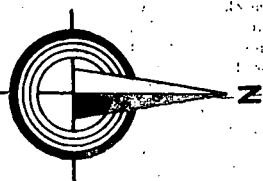
Hou noukeurig rekord van u BTW aankope. Voms met al die nodige besonderhede gebind i skryfblok vorm is beskikbaar tee R9.02 (belasting Ingesluit) by:

BARKLY EAST REPORTER

☎ (04542) 16 • Fax (04542) 441 • ✉ BARKLY-OOS

genommer is, kan u die nommer op die tweede lys opspoor waarlangs die naam van die boer sal verskyn.

Lady Grey



Transkei

Maclear

Padkaart van BARKLY-005

SKAAT:—E:275 000

1 cm gelyk aan 2750 p.

Elliot

Elliot

A1-30
B 1-24
C 1-33
D 1-50
E 1-31
F 1-47
G 1-34
H 1-42
J 1-40

BYLAE F

Etiekkomitee goedkeuring



Office of the Director : Administration
Faculty of Medicine

☒ 339 BLOEMFONTEIN 9300 REPUBLIC OF SOUTH AFRICA
☒ (051) 405-3013/4012847 TELEFAX (051) 473-222 SA

Enquiries:

Tel 23004

24 January 1995

MS H KRIEL
DEPT OF PHYSIOTHERAPY
INTERNAL POST BOX M10
U O F S

Dear Ms Kriel

ETOVS NUMBER: 1/95
RESEARCHER: MS H KRIEL
PROJECT TITLE: 'N BESKRYWENDE STUDIE OOR 'N GEDETAILLEERDE
OPNAME VAN REHABILITASIEDIENSTE EN -BEHOEFTE IN DIE
DRAKENSBERG STREEKDIENTSTERAAD-GEBIED

The abovementioned research project was approved by the Ethics Committee during their meeting on the 24 January 1995.

Your attention is kindly drawn to the requirement that a progress report be presented not later than one year after approval of the project.

Would you please quote the Etovs number as indicated above in subsequent correspondence, reports and enquiries.

Yours faithfully

H. Strauss

DIRECTOR: MEDICINE ADMINISTRATION
/hs

BYLAE G: Koerantuitknipsel

Barkly East Reporter 12 May 1995

DAY FOR THE DISABLED

A day for the disabled was held in the community hall at Nkululeko township in Barkly East. Different church ministers gave messages for the day. School and church choirs sang and poems were recited by the school children. Sr

Jansen gave a talk on being physically disabled. Nurse Joko also gave a short talk on the importance of exercise in the prevention of deformities. School children gave presents to the disabled people. The drum majorettes performed,

making it a pleasant day for all who attended. The disabled people expressed their pleasure at being seen as part of the community. One of the members of the disabled people's committees thanked the Barkly East community for their efforts.



BIBLIOGRAFIE

1. DRAKENSBERG STREEKSDIENSTERAAD. Afdeling Gesondheidsdienste. Barkly-Oos, 1995.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Rehabilitation Unit World Health Organization. *A guide for Health Sector Policy Formulation and Programme Planning for Community-Based Rehabilitation*. Geneva: WHO, 1994.
3. WHO & UNICEF. *Joint Report of the International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR. Geneva: WHO, 1978.
4. ILO, UNESCO, WHO. *Community -based rehabilitation for and with people with disabilities*. Joint Position Paper. Geneva, 1994.
5. BOWERBANK, P. Primary Health Care: The implications for Physiotherapy in South Africa. *The South African Journal of Physiotherapy*. 1994; **50(3)**:49-51.
6. SMITH, E. *Distribution of therapists*. Forum on Community-Based Rehabilitation (unpublished). Pretoria, 1992.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Disability Prevention and Rehabilitation*. Report of the WHO Expert Committee on disability prevention and rehabilitation. Technical Report Series #668. Geneva: WHO, 1981.
8. SOUTH AFRICAN SOCIETY FOR PHYSIOTHERAPY (SASP). *Recommendations regarding the Implementation of Mid-level and Grassroots-level Rehabilitation Workers in Physiotherapy Services*. Report on Community rehabilitation worker

- (CRW) and Community rehabilitation facilitator (CRF). Add. 3(unpublished). Johannesburg, 1996.
9. SOUTH AFRICAN SOCIETY FOR PHYSIOTHERAPY (SASP). *The Role of Physiotherapy within a Primary Health Care Approach*. Position Paper (unpublished). Johannesburg, 1992.
 10. SOUTH AFRICAN SOCIETY FOR PHYSIOTHERAPY (SASP). *The Role of Physiotherapy in Rehabilitation*, Position Paper (unpublished). Johannesburg, 1996.
 11. NATIONAL REHABILITATION CONFERENCE.. *National Rehabilitation Policy Recommendations*. Ed by C P Owen. Health Policy Coordinating Unit. Johannesburg, 1995
 12. McLAREN, P. *An overview of concepts and literature*. Short course on Community-Based Rehabilitation (unpublished). Alexandra, Johannesburg, 1995.
 13. SOUTH AFRICAN SOCIETY FOR PHYSIOTHERAPY (SASP). *How does our profession view their role and their inclusion in the formal health system?* Report on Community rehabilitation worker (CRW) and Community rehabilitation facilitator (CRF) (unpublished). Johannesburg, 1996.
 14. KATZENELLENBOGEN, J., JOUBERT, G., RENDALL, K., COETZEE, T. Methodological issues in a disablement prevalence study: Mitchells Plain, South Africa. *Disability and Rehabilitation*. Oct 1995; **17**(7):350-7.
 15. McLAREN, PA., GEAR, JS., IRWIG, LM., SMIT, AE. The prevalence of motor impairment and disability in a rural community in Kwazulu. *International Rehabilitation Medicine*. 1987; **8**(3):98-104.

16. DISLER, PB., JACKA, E., SAYED, AR., RIP, MR., HURFORD, S., COLLIS, S.
The prevalence of locomotor disability and handicap in the Cape Peninsula. Part I.
The coloured population of Bishop Lavis. *South African Medical Journal*. 1986;
69(6):349-52.

17. DISLER, PB., JACKA, E., SAYED, AR., RIP, MR., HURFORD, S., COLLIS, S.
The prevalence of locomotor disability and handicap in the Cape Peninsula. Part II.
The black population of Nyanga. *South African Medical Journal*. 1986; **69(6)**:353-55.

18. DISLER, PB., JACKA, E., SAYED, AR., RIP, MR., HURFORD, S., COLLIS, S.
The prevalence of locomotor disability and handicap in the Cape Peninsula. Part III.
The white population of Fish Hoek. *South African Medical Journal*. 1986; **69(6)**:355-
57.

19. CORNIELJE, H., FERRINHO, P., COETZEE, D., REINACH, S.G. Development of
a community based rehabilitation programme for a poor urban area in South Africa. A
Disability prevalence study - Part I. *CHASA Journal*. 1993; **4(1)**:26-32.

20. PHILPOTT, S. A community empowerment approach to work with the disabled. *SA
Journal of Occupational Therapy*. 1992; **22(1)**:26-29

21. HAYNES, P. How can Occupational Therapy in South Africa contribute to the
attainment of rehabilitation for all? *SA Journal of Occupational Therapy*.
1991; **21(1)**:6-17.

22. DENNILL, K., KING, L., LOCK, M., SWANEPOEL, T. *Aspects of Primary Health
Care*. Halfway House: Southern Book Publishers, 1995.

23. MURRAY, PW. *CBR from the National Health Department*. Conference: The reality
of Community-Based Rehabilitation, University of the Western Cape (unpublished).
Cape Town, 1991.

24. SLABBER, CF. *Rehabilitation in the New South Africa*. Forum on Community-Based Rehabilitation (unpublished). Pretoria, 1992.
25. AFRICAN NATIONAL CONGRESS. *A National Health Plan for South Africa*. Johannesburg: ANC, 1994.
26. DEPARTMENT OF HEALTH. *White paper for the Transformation of the Health System for South Africa*. Cape Town, 1997.
27. LOVEDAY, M. *The Concept of Community Based Rehabilitation*. Reach Out Symposium. Department of Physiotherapy, University of Pretoria (unpublished). Pretoria, 1990.
28. MOMM, W., KÖNIG, A. *From Community-Based Rehabilitation to Community-Integration Programmes. Experiences and reflections on a new concept of service provision for disabled people*. International Labour Office (ILO) Vocational Branch. 3rd impression. Geneva: ILO, 1991.
29. SCOTT, H. Community Based Rehabilitation Programmes in Developing Countries - Some examples of methods. Guest editorial. *Actionaid Disability News, The Newsletter of Disability division of Actionaid-India*. 1994; **5**(1):51-56.
30. INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (ILO). *Listen to the people. A guide for planners of disability programmes*. Geneva: ILO, 1994.
31. REACH OUT SYMPOSIUM. *Community Rehabilitation: meeting the needs of the Disabled Population?* Department of Physiotherapy, University of Pretoria (unpublished). Pretoria, 1990.

32. UNITED NATIONS. *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*. Report. New York, 1983.
33. VAN SPEYK, V. *Community Based Rehabilitation: a vision changed*. Conference: The Reality of Community Based Rehabilitation, University of the Western Cape (unpublished). Cape Town, 1991.
34. SHUPING, M. S. *Challenges of Community Based Rehabilitation*. Workshop: Implementing Community Rehabilitation in the Free State (unpublished). Bloemfontein, 1996.
35. CORNIELJE, H. The Community Based Rehabilitation Course at the Alexandra Health Centre. *Physiotherapy Forum*. 1992; **6(6)**:10,11.
36. TINTSWALO HOSPITAL - UNIVERSITY OF THE WITWATERSRAND. *Community Rehabilitation Worker Training Programme*. Information sheet no 1 (unpublished). Johannesburg, 1994.
37. AMAOTI COMMUNITY DISABLED PEOPLE'S ASSOCIATION. *Development of a Community Based Rehabilitation (CBR) Core Training Programme*. Draft for dicussion (unpublished). 1994.
38. LOVEDAY, M. *Priorities for us at Sacla in the Training of Rehabilitaion Workers*. Conference: The Reality of Community Based Rehabilitation, University of the Western Cape (unpublished). Cape Town, 1991.
39. CORNIELJE, H., FERRINHO, P. Development of a community based rehabilitation programme for a poor urban area in South Africa. Part II. *CHASA Journal*. 1993; **4(2)**:56-57