

RM

REVALIDATIE MAGAZINE
jaargang 14 nummer 1 maart 2008

Gezond bouwen

> Revalidatiecentra gaan bouwen op eigen risico > MS-revalidatie in ontwikkeling > 'Zorgstelsel te rigide voor echte innovatie' > Aandacht voor de verwijzers > Medicijnpomp in opmars > Patiëntmonitoring: meetbaar beter

inhoud

RM¹⁻⁰⁸

Wilt u reageren op *RM*? Hebt u een idee voor een artikel? De redactie hoort het graag: rm@bsl.nl!

6> Berichten

7> Medicijnpomp in opmars

Na een periode van kinderziektes is de medicijnpomp inmiddels een volwaardige behandelmethode.

8> Dát is revalidatie!

Revalidatie Nederland liet onderzoeken hoe revalidatie-instellingen kunnen zorgen dat ze goed in beeld zijn bij hun verwijzers.

10> Patiëntmonitoring: meetbaar beter

Systematisch de voortgang van revalidanten meten; in de dwarslaesie-revalidatie zijn ze er ver mee.

11> 'Zo'n leven wilde ik niet'

Oud-revalidant Judith Maas.

15> Het centrum

Rijndam revalidatiecentrum.

16> Bouwen op eigen risico

Vanaf 2009 zijn revalidatiecentra zelf verantwoordelijk voor het bekostigen van hun gebouwen.

17> Column

Genezende omgeving.

20> Het standpunt

Neurorevalidatie moet breder.

21> Het werk

Jan Verberne, fysiotherapeut.



Sneller herstel dankzij het gebouw

Als patiënten zich prettig voelen in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, heeft dat een gunstig effect op hun herstelproces.

Een van de mogelijkheden om dat positieve gevoel te bevorderen, is een aangename omgeving voor hen te creëren.

• John Ekkelboom

'Zorgstelsel te rigide voor echte innovatie'

Revalidatie-instellingen bieden vormen van zorg aan die nog altijd niet in het basispakket van de zorgverzekering zitten. Kijken we bij de financiering van zorg – ondanks de mooie intenties van de Zorgverzekeringswet – te weinig cliëntgericht?

• Marc van Bijsterveldt



MS-revalidatie in ontwikkeling

In het verleden was de leidende gedachte dat revalidatie voor mensen met multiple sclerose verspilling van tijd en energie was. Hun beperkingen zouden immers enkel toenemen. De laatste vijftien jaar is de revalidatiesector daar anders over gaan denken.

• Inez Pelgröm



COLOFON *Revalidatie Magazine* is een uitgave van Revalidatie Nederland. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door bijdragen van het Johanna Kinderfonds en het Revalidatiefonds. **Uitgever** Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Uitgeverij, Karin Linden (www.bsl.nl) **Redactie** Frans van den Broek MHA (hoofdredacteur, Raad van Bestuur Rijnlands Revalidatie Centrum) • John Ekkelboom (journalistiek adviseur) • Drs. Annelies van Lonkhuyzen (eindredacteur) • Sjoerd Vegter MHA (hoofdredacteur, Raad van Bestuur De Trappenberg) **Raad van Advies** Prof.dr. Hans Arendzen (hoofd afdeling revalidatiegeneeskunde Leids Universitair Medisch Centrum) • Drs. Iris van Bennekom (directeur NPCF) • Drs. Chiel Bos (directeur Zorg Zorgverzekeraars Nederland) • Gijsbert van Es (lid hoofdredactie NRC) • Drs. Henk van Exel (cardioloog Rijnlands Revalidatie Centrum) • Drs. Karin van den Oudenalder (directeur Johanna Kinderfonds) • Dr. Frank Weller (longarts Astmacentrum Heideheuvel) **Redactieraad** Dr. Renata Klop (programmacoördinator ZonMw) • Drs. Nicolien Kromme (coördinator stafbureau Centrum voor Revalidatie-UMCG, locatie Beatrixoord) • Drs. Hans Slootman (revalidatiearts Stichting Heliomare) • Drs. Ria Zondervan (communicatieadviseur Revalidatiecentrum Amsterdam) **Redactieadres** Bohn Stafleu van Loghum • Odette Winter • Postbus 246, 3990 GA Houten • Telefoon (030) 638 37 66 • Fax (030) 638 39 91 • rm@bsl.nl **Vormgeving** AC+M, Maarssen **Foto omslag** Inge Hondebrink **Foto's** worden bij de artikelen gekozen, maar worden niet altijd op de betreffende locatie gemaakt. **Abonnementen** Bohn Stafleu van Loghum, Afdeling Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, (030) 638 37 36, e-mail via www.bsl.nl/service • **Abonnementsprijs** Jaarabonnement particulieren € 31,50 • Jaarabonnement Instellingen € 63,- • Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag • Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd • Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Uitgeverij, gedeponereerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 1 januari 2008. De voorwaarden staan op www.bsl.nl of worden op verzoek toegezonden. **Adreswijzigingen** Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de Afdeling Klantenservice (adres zie Abonnementen). **Advertenties** • Bureau Van Vliet • Postbus 20 • 2040 AA Zandvoort • Telefoon (023) 571 47 45 • Fax (023) 571 76 80 • zandvoort@bureauvanvliet.com • Het overnemen en vernieuwvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en na schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de standaard publicatievoorwaarden van Bohn Stafleu van Loghum BV, gedeponereerd ter griffie van de rechtbank te Utrecht onder nummer 281/2003 van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De standaard publicatievoorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl/auteurs of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd. • ISSN 1382-6174

uitgeversverbond
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

Revalidatie-instellingen bieden vormen van zorg aan die nog altijd niet in het basispakket van de zorgverzekering zitten. Kijken we in ons land bij de financiering van zorg – ondanks de mooie intenties van de Zorgverzekeringswet – te weinig cliëntgericht? • Door Marc van Bijsterveldt

Multidisciplinaire zorg haalt maar moeizaam de basisverzekering

‘Zorgstelsel te rigide voor echte innovatie’

Gespecialiseerde revalidatie is per definitie multidisciplinair en kan complexe zorgvragen oplossen. Daar zijn talloze vernieuwende voorbeelden van, zoals arbeidsrevalidatie en het behandelprogramma Herstel & Balans voor ex-kankerpatiënten. Wetten en regels verhinderen echter een vanzelfsprekende vergoeding van nieuwe vormen van multidisciplinaire zorg. Twee recente praktijkvoorbeelden illustreren de moeizame gang naar erkenning.

Scharrelruimte

Astmacentrum Heideheuveel probeerde vier jaar lang een klinisch behandelprogramma voor kinderen met extreem overgewicht in de basisverzekering te krijgen. Tevergeefs. Kim Putters zit in de raad van toezicht van Heideheuveel. Hij is bestuurskundige bij het Erasmus MC en zit voor de PvdA in de Eerste Kamer. Putters vertelt dat het obesitasprogramma uiteindelijk struikelde over een ‘tegenstrijdigheid in het beleid’: ‘Volgens het nieuwe zorgstelsel moet je als instelling ondernemend zijn. Maar dat botst met een ander principe uit het stelsel: kostenbeheersing. Ons programma richt zich op een snel toenemende “nieuwe ziekte”. Maar kennelijk zijn we collectief niet bereid geld vrij te maken voor deze groeiende zorgvraag.’ Minister Klink baseerde zijn afwijzing op een advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), dat bekijkt welke zorg een plek krijgt in het basispakket. Dit voorrecht krijgt alleen aantoonbaar effectieve zorg. En Heideheuveel kon de ‘harde bewijzen’ nèt niet op tijd op tafel leggen. Putters: ‘Het systeem heeft scharrelruimte nodig om nieuwe dingen uit te proberen. Artikel 68 van de Zorgverzekeringswet maakt experimenteren weliswaar mogelijk, maar de minister interpreteert die regel te strikt.’

Ontschotting

Frank Weller, als directeur van Heideheuveel betrokken bij het obesitasprogramma, noemt het systeem ‘rigide’. Hij snapt dat niet alles zomaar in het basispakket kan. ‘Maar zorginnovatie en de dynamiek van de markt lopen vast als vernieuwing niet een zekere ontwikkeltijd krijgt.’ De rigiditeit van het systeem zit volgens Weller echter nog dieper. Hij stelt dat de gezondheidszorg als geheel nog altijd te weinig cliëntgericht en te veel diagnosegericht is. En daar heeft de revalidatiesector last van. Weller: ‘De diagnose doet er bij ons niet veel toe; wij richten ons op de gevolgen daarvan: de beperkingen die een patiënt ervaart. Veel dokters zijn gewend ziektes te behandelen die ze kunnen diagnosticeren, en niet zozeer een mens met een functiebeperking.’ In de revalidatiegeneeskunde staat juist die mens centraal. Putters: ‘De revalidatie loopt voorop in multidisciplinair werken, met verbindingen naar andere zorgverleners.’ Die ontschotting binnen de zorg moet ook in de financiering tot uitdrukking komen. ‘Laat de financiering goed werkende zorg volgen, en niet de zorg het financieringssysteem, dat uitgaat van hokjes.’

Mooie programma’s

Het obesitasprogramma bewees zich te laat voor een gunstig CVZ-advies. Het diabetesrevalidatieprogramma van het Centrum voor Revalidatie-UMCG was wél tijdig aantoonbaar effectief. Rita Wesselius, teammanager van het Groningse diabetessteam: ‘Joost Keers toonde in zijn dissertatie aan dat patiënten leren hun ziekte zelf te managen en minder afhankelijk zijn van zorgverleners. Ze gaan minder vaak naar de poli en verzuimen bijvoorbeeld minder van hun werk.’ Een mooi voorbeeld van een nieuw programma dat nu een plek heeft in het basispakket. Het effectonderzoek was essentieel. Maar, zo benadrukt Wesselius, minstens zo belangrijk was de lobby voor het programma. Zo noemde de Diabetes Vereniging Nederland het een ‘onmisbare



Illustratie: Roel Seidell

schakel' in de ketenzorg rond diabetes. Ook heeft het Groningse centrum veel geïnvesteerd in contacten met zorgverleners die met diabetici werken. Die gingen hun patiënten consequent naar het programma verwijzen, en dat was goed voor de erkenning. Wesselius vindt de financiering van dit soort programma's deels een politieke keuze. Maar ook de sector zelf moet zijn best blijven doen met een goede lobby en goede pr. 'Dat betekent meer de boer op gaan en naar buiten kijken. Wat zijn de vragen die daar leven? Hoe maak je contact met de verwijzers in je regio? Als sector moeten we trots zijn op onszelf, en laten zien dat we mooie vraaggerichte behandelprogramma's hebben.'

Principiële discussie

Putters en Weller onderschrijven dat pleidooi. Weller: 'We hebben nog wel wat te "verkoppen". Ons verhaal wijst op een zwakte in het systeem, maar inderdaad ook van onze sector. We maken soms de meerwaarde van een goed programma onvoldoende zichtbaar.' Dankzij een amendement van de Tweede Kamerleden Schippers (VVD), Van der Veen (PvdA) en Kant (SP) wordt het obesitasprogramma gedurende het evaluatieonderzoek, dat loopt tot eind 2009, toch betaald. Maar het is een noodoplossing, vindt Putters. 'Ik zie liever een principiële discussie over het probleem dat het bewijzen van effecten bij complexe zorg veel tijd kost, en dat we de opbrengsten pas veel later terugzien in meetbare gezondheidswinst. Minister Klink heeft goede ideeën, maar het blijft nog te abstract. We moeten echt de politieke schouders eronder willen zetten. En dat kan alleen in een samenspel van de politiek met verzekeraars én zorgverleners.'

Revalidatie-instellingen die overwegen ook met diabetesrevalidatie te beginnen, kunnen contact opnemen met Rita Wesselius: r.wesselius@cvr.umcg.nl, (050) 533 83 80 (ma/di/ do).

Basispolis-met-innovatie?

Chiel Bos, directeur Zorg bij Zorgverzekeraars Nederland, reageert: 'De bedoeling van ons zorgstelsel is dat de burger wat te kiezen heeft. We zitten nog volop in het proces naar meer marktwerking. We kunnen wel naar de minister wijzen als we bepaalde zorg in het basispakket willen hebben. Maar het gaat erom wat zestien miljoen Nederlanders samen willen. Stel dat we er met z'n allen voor kiezen om experimenteeruimte in het pakket te stoppen: de basispolis-met-innovatie. Dan gaat de premie omhoog en het is de vraag of we het dán nog willen. Als de minister zegt: er komt meer ruimte voor experiment, dan krijg ik de zorgaanbieders allemaal aan mijn bureau.'

'Begrijp me goed: ik wil juist geen Amerikaanse toestanden, waarin goede zorg alleen voor rijken is weggelegd. En innovatie is inderdaad belangrijk. Daar investeren verzekeraars ook in. Maar wie een behandeling structureel vergoed wil hebben, moet het marktspel strategisch spelen. Als veel mensen bijvoorbeeld het behandelprogramma Herstel & Balans goed vinden, en het blijkt ook nog eens te werken? Stap dan naar DBC-Onderhoud, de organisatie die diagnose-behandelingcombinaties maakt. Zorg dat zo'n programma aan een keten-DBC voor kankerzorg komt te hangen. Dan ben je binnen. Diabetesrevalidatie is niet voor niets een succes: daar is jaren voor gelobbyd en er was onderzoek. Mijn appèl aan de revalidatiesector is dus: zorg dat je je zaakjes goed voor elkaar hebt! Verwerp je plaats in een keten-DBC, zodat wij als verzekeraars die keten kunnen gaan contracteren.'

Revalidatie in Beweging selecteert deelnemers

Onlangs startte ZonMw het programma Revalidatie in Beweging. Het programma moet leiden tot aanzienlijke verbeteringen op het gebied van patiëntenlogistiek en procesinrichting in de revalidatiesector. In drie 'versnellingsprogramma's' wordt gewerkt aan het verbeteren van de instroom en uitstroom van revalidanten, en aan het doelmatiger maken van het behandelproces. In 2008 beginnen vier revalidatiecentra met een intensief programma. Alle centra zijn uitgenodigd om zich hiervoor aan te melden. Begin april

wordt tijdens een startcongres bekendgemaakt welke vier revalidatiecentra meedoen. In de tweede fase volgen de overige revalidatiecentra met een minder intensief programma. Daarbij wordt gebruikgemaakt van de resultaten uit de eerste fase. Revalidatie in Beweging wordt uitgevoerd door CC Zorgadviseurs en Prismant. Het programma is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS en Revalidatie Nederland. Meer informatie: www.revalidatieinbeweging.nl.

Meetinstrument kinderrevalidatie



Foto: Inge Hondbrink

Onlangs is een project gestart om Pedi-NI algemeen in te voeren in de behandelpraktijk. Pedi-NI staat voor Pediatric Evaluation of Disability Inventory – Nederlandse bewerking. Door middel van een

gestandaardiseerd interview met ouders wordt het zelfstandig functioneren van een kind in kaart gebracht. Een van de voordelen van Pedi-NI is dat ook wordt gekeken naar het functioneren thuis; voorheen werd alleen gekeken naar het functioneren in het revalidatiecentrum. Met het project werken de revalidatiecentra toe naar een algemene invoering van Pedi-NI in de kinderrevalidatie. Het instrument wordt onder meer gedigitaliseerd en er worden afspraken gemaakt over dataverwerking en -opslag. Aan het eind van het project, in juli van dit jaar, is Pedi-NI inzetbaar als prestatie-indicator. Het project wordt begeleid door een werkgroep met vertegenwoordigers van Revalidatiecentrum Breda, Sophia Revalidatie, De Trappenberg, De Hoogstraat en Rijndam. Voor meer informatie kunt u terecht bij projectleider Herma Vermeulen: hmvermeulen@hetnet.nl.

Subsidie innovatiecentra verlengd

Bij de behandeling van de begroting voor 2008 van het ministerie van VWS heeft de Tweede Kamer unaniem besloten om de subsidie voor de Revalidatie Innovatiecentra voort te zetten. Hiervoor was een amendement ingediend door Tweede Kamerleden Koser Kaya (D66), Schermers (CDA) en Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie). Verschillende patiëntenorganisaties hadden zich ook uitgesproken voor behoud van de innovatiesubsidie. Resultaat is dat het ministerie van VWS hiervoor anderhalf miljoen euro heeft opgenomen in de begroting. De innovatiecentra richten zich op revalidatietechnologie,

spraak- en taaltechnologie en pijnrevalidatie. Kick Visser, voorzitter van Revalidatie Nederland: 'De unanieme steun van de Tweede Kamer geeft aan dat het belang van innovatie in de revalidatie wordt erkend. Dat sterkt ons bij het realiseren van een structurele bekostiging van innovatie. Nu is de sector nog aangewezen op tijdelijke regelingen en subsidies, maar we zijn in gesprek met onder andere de overheid over structurele bekostiging.' Op 18 april 2008 organiseren de innovatiecentra en Revalidatie Nederland het symposium *Van idee tot innovatie in de revalidatiezorg*. Inschrijven: www.hoytemastichting.nl.

L2M

In januari startte een landelijk onderzoek naar de effecten van therapieën bij kinderen met cerebrale parese (CP). Deze kinderen hebben houdings- en bewegingsproblemen als gevolg van een hersenbeschadiging die rond de geboorte is ontstaan. De laatste jaren zijn verschillende therapieën ontwikkeld om hun bewegingsvaardigheden te vergroten. Het onderzoeksprogramma Learn to Move (L2M) moet antwoord geven op de vraag welke therapie het meest effectief is. Het programma wordt uitgevoerd door onderzoeksgroepen in Groningen (baby's), Utrecht (peuters), Amsterdam (schoolgaande kinderen) en Rotterdam (adolescenten en jongvolwassenen). Bij de jongste kinderen wordt onder meer gekeken naar de invloed van de leefomstandigheden thuis op het aanleren van bewegingsvaardigheden. Bij de oudere kinderen wordt gekeken naar de effecten van een intensief trainingsprogramma. Informatie en contact: L2M@dehoogstraat.nl.

Bijeenkomst ziekenhuisafdelingen

Revalidatie Nederland vertegenwoordigt de revalidatiesector, dus revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen. In beide soorten instellingen wordt gespecialiseerde revalidatie geboden: revalidatie door een behandelteam dat onder leiding staat van een revalidatiearts. De revalidatiecentra zijn lid van de branchevereniging, dus daarmee is volop contact. Het contact met de ziekenhuisafdelingen is in opbouw. Om de relaties te verstevigen organiseerde Revalidatie Nederland op 7 februari de eerste bijeenkomst voor revalidatieafdelingen die niet verbonden zijn aan een revalidatiecentrum. Circa dertig managers en revalidatieartsen luisterden naar lezingen over ontwikkelingen in de revalidatiesector, over de activiteiten van Revalidatie Nederland en over de mogelijkheden om 'geassocieerd lid' te worden van de brancheorganisatie. De bijeenkomst werd besloten met een discussie over het thema 'ziekenhuisrevalidatie, hoe nu verder?'

In het vorige *RM* stond in het artikel *Vakmanschap verandert* onder meer een interview met Bernadette Wassink. Van dit interview is een onjuiste versie geplaatst, die haar mening niet goed weergaf. De juiste versie van het interview kunt u lezen op www.revalidatienederland.nl, knoppen 'Actueel' en 'Revalidatie Magazine'.



Medicijnpomp in opmars

Foto: Inge Hondabrink

Mensen die last hebben van spasticiteit, kunnen baat hebben bij baclofen. Meestal wordt dit medicijn ingenomen, maar dan kan het nogal wat bijwerkingen geven. Met een medicijnpomp worden deze bijwerkingen voorkomen. Na een periode van kinderziektes is de pomp inmiddels een volwaardige behandelmethod. Maar nog lang niet iedereen weet dat.

Bij spasticiteit is de spierspanning verstoord. Daardoor kan bewegen moeilijk of onmogelijk worden en raakt het dagelijks functioneren ontregeld. In ons land hebben ongeveer 100.000 mensen met verschillende aandoeningen ermee te kampen. Spasticiteit kan worden bestreden met medicijnen die worden toegediend via pillen, prikken of pompen. Pillen kent iedereen, injecties kennen veel mensen ook, maar de baclofenpomp kennen nog weinigen. Baclofen is een geneesmiddel dat spasticiteit remt. Gewoonlijk wordt het in pilvorm gegeven, maar dat geeft nogal eens bijwerkingen als sufheid en vermoeidheid. Dan is dus juist het medicijn een belemmering voor het functioneren. Met een medicijnpomp kan baclofen direct bij het ruggenmerg worden gebracht. Hierdoor kunnen de toegediende hoeveelheden 100 tot 1000 keer kleiner zijn, waardoor bijwerkingen worden voorkomen. Er is een operatie nodig om de pomp onder de huid van de buik aan te brengen.

Complicaties

In de jaren tachtig introduceerde Elmar Delhaas, anesthesist in Zwolle, de baclofenpomp in Nederland. Aanvankelijk kregen alleen patiënten met een dwarslaesie of multiple sclerose een pomp. Er waren in die tijd nogal wat complicaties rond de pomp en de operatie, maar door een betere techniek en meer kennis is dat veranderd. De pomp is nu een effectieve en veilige behandelmethod bij spasticiteit. Er zijn nu ook veel meer ziekenhuizen waar een pomp kan worden ingebracht. De indicatie wordt gesteld door een team, meestal van een neurochirurg, revalidatiearts, neuroloog en anesthesist. Jaarlijks worden tientallen pompen geïmplant.

Kwaliteit

Behandeling van spasticiteit is typisch een revalidatieonderwerp, omdat het gaat om de kwaliteit van het dagelijks leven. In het revalidatieteam wordt besproken of en hoe de spasticiteit behandeld moet worden. Als andere behandelmethoden – zoals oefentherapie of spalken – niet helpen, wordt gekozen voor medicijnen. Wanneer de spasticiteit in een paar spieren zit, wordt vaak gebruikgemaakt van injecties met fenol of botuline. Zit de spasticiteit in veel spieren, dan wordt gekozen voor baclofen in pilvorm. Als dat niet helpt of te veel bijwerkingen geeft, is een pomp een uitkomst.

Toename

Het gebruik van baclofenpompen neemt de laatste jaren toe. Dit komt mede doordat de pompen nu ook worden gebruikt bij mensen met traumatisch hersenletsel, CVA of dystonie en bij kinderen met cerebrale parese. In het verleden lag de nadruk uitsluitend op verbetering van het functioneren. Patiënten konden met een pomp beter en langer zitten, staan of lopen, slapen beter en hadden minder complicaties. De laatste tijd worden ook pompen geplaatst om de verzorging gemakkelijker te maken. Vooral mensen die in verpleeghuizen liggen en voor wie de verzorging door ernstige spasticiteit moeilijk en pijnlijk is, kunnen door een pomp een betere kwaliteit van leven krijgen. Het zou goed zijn als revalidatieartsen en neurologen eerder aan een pomp zouden denken als spasticiteit het dagelijks leven van mensen ernstig beperkt.

*Hans Sloopman,
revalidatiearts, lid Nederlandse Vereniging voor Neuromodulatie i.o.*

Om te kunnen revalideren, is een verwijzing nodig door een arts. Nu marktwerking steeds belangrijker wordt, is het lang niet altijd meer vanzelfsprekend dat voor revalidatie naar een speciale revalidatie-instelling wordt verwezen. De instellingen moeten dus zorgen dat ze goed in beeld zijn bij hun verwijzers. Revalidatie Nederland liet onderzoeken hoe dat zou kunnen. Onderzoeker Angela Vermeulen van adviesbureau Yoruba: ‘De revalidatiesector kan veel meer dan verwijzers weten.’ • Door Annelies van Lonkhuyzen

Betere informatie voor verwijzers

Dát is revalidatie!

Om te beginnen: wie zijn eigenlijk de verwijzers?

‘Veel revalidatieverwijzingen komen via de huisarts. Huisartsen verwijzen meestal naar de polikliniek van het ziekenhuis. Deze revalidatieafdelingen in ziekenhuizen krijgen hun revalidanten verder doorverwezen via medisch specialisten uit het ziekenhuis: meestal de neuroloog, reumatoloog, orthopeed, kinderarts of traumatoloog. Revalidatiecentra krijgen revalidanten vooral via de revalidatiearts uit het ziekenhuis doorverwezen. De revalidatieafdeling van het ziekenhuis is daarmee een sluis voor het revalidatiecentrum: als het goed is, komen langs die weg veel patiënten binnen. Omdat de meeste revalidatiecentra ook de revalidatie in ziekenhuizen in hun omgeving verzorgen, is de samenwerking tussen ziekenhuizen en revalidatiecentra over het algemeen goed. Maar er zijn ook regio’s waar de samenwerking minder intensief is en waar vaak ook minder wordt doorverwezen. Voor klinische revalidatie wordt altijd verwezen naar een revalidatiecentrum, want dat kan alleen daar.’

Wat valt er te verbeteren aan de verwijzpraktijk?

‘Revalidatie-instellingen merkten dat de mate waarin huisartsen en specialisten doorverwijzen sterk uiteen loopt. Er zijn artsen die veel doorverwijzen en artsen die dat niet of nauwelijks doen. Ook viel het de instellingen op dat geregeld mensen worden verwezen die helemaal niet bij hen behandeld kunnen worden. En dat veel mensen worden verwezen voor een bepaald soort behandeling – bijvoorbeeld CVA-revalidatie – en bijna niet voor andere, minder bekende behandelingen, zoals revalidatie voor spasticiteit. Mensen die niet naar een revalidatie-instelling worden verwezen, worden helemaal niet gerevalideerd of komen terecht bij andere zorgaanbieders, zoals verpleeghuizen of de thuiszorg. Er zijn instellingen waar het aantal verwijzingen terugloopt. De revalidatie-instellingen wilden daarom zelf graag een onderzoek, om in

beeld te brengen hoe het contact met verwijzers verbeterd kan worden.

Ik heb onder andere literatuuronderzoek gedaan en heb daarnaast gesproken met de verschillende betrokkenen: verwijzers, mensen bij revalidatie-instellingen, de vereniging van revalidatieartsen VRA en de NVZ vereniging van ziekenhuizen.’

Wat weten verwijzers over de revalidatiesector, volgens het onderzoek?

‘Een aantal revalidatiegebieden is heel bekend. Iedereen weet dat mensen met een amputatie, dwarslaesie of CVA in de revalidatie thuishoren. Maar revalidatie biedt voor veel meer mensen met lichamelijke of cognitieve beperkingen kansen om weer zo zelfstandig en onbelemmerd mogelijk te kunnen leven. Lang niet alle verwijzers weten bijvoorbeeld dat revalidatie ook van betekenis kan zijn voor mensen met chronische vermoeidheid, parkinson of hersenletsel na een ongeluk. De revalidatiesector kan veel meer dan verwijzers doorgaans weten. Wat artsen die wel verwijzen over de sector weten, uit ervaring, is dat in de revalidatie gewerkt wordt vanuit een brede, multidisciplinaire benadering. Daar is veel waardering voor. Ook wordt erkend dat revalidatieartsen echte zorgmanagers zijn, die goed een coördinerende rol kunnen spelen. Het wordt gezien als toegevoegde waarde van de sector.’

Wat hebben verwijzers aan te merken op de revalidatiesector?

‘Mensen die werken in de revalidatie denken dat de sector een stoffig imago heeft bij de verwijzers, en dat klopt ook wel. Verwijzers zien de sector als behoudend en te veel naar binnen gekeerd. Ze willen dat revalidatieartsen zichtbaarder zijn en zich communicatiever opstellen. Artsen verwijzen namelijk naar artsen; ze willen weten met wie ze te maken hebben en bij wie hun patiënt terecht komt. Ze willen ook heel concreet weten wat revalidatie oplevert voor een bepaalde patiënt, zodat ze gefundeerd kunnen verwijzen.



Foto: Inge Honnebrink

Met name huisartsen geven verder aan veel sneller informatie te willen ontvangen over wat er bij de revalidatie-instelling gebeurd is, zodat ze hun patiënt goed kunnen begeleiden.’

Wie moet er nu wát gaan doen om tot een betere verwijzing te komen?

‘Revalidatie Nederland kan hierin een sterke, ondersteunende rol spelen, onder andere door publicaties uit te brengen met informatie over de mogelijkheden van revalidatie en door deze mogelijkheden actief uit te dragen bij de politiek en bij zorgverzekeraars. Een ander voorbeeld is het leveren van marktinformatie. Door beschikbare informatie te combineren, krijgen instellingen meer inzicht in hun positie in de lokale markt. Zo kan bijvoorbeeld naar voren komen dat landelijk het aantal CVA-patiënten stijgt, maar bij een bepaalde instelling niet. Die instelling kan dan op dat punt actie ondernemen. De VRA kan eveneens een rol spelen, door het beroep van revalidatiearts verder te profileren in de medische wereld en door kennis over te dragen. We hebben de VRA onder meer geadviseerd een nascholingsprogramma op te zetten voor verwijzers. Maar het meeste werk zal gedaan moeten worden door de revalidatie-instellingen zelf. De verwijzers moeten uiteindelijk in hun eigen werkomgeving bereikt worden.’

Hoe kunnen revalidatie-instellingen dat aanpakken?

‘Het eerste dat instellingen kunnen doen, is de eigen situatie analyseren. Een groot centrum heeft misschien vijftig tot tachtig actieve verwijzers; een klein deel van de potentiële verwijzers. Breng in kaart wie wel verwijzen en wie niet, en ga na waarom dat zo is. Belangrijk hierbij is om met je verwijzers in contact te komen en te vragen wat zij willen. Je merkt dan dat er best veel *quick wins* zijn, waarbij je met weinig inspanning veel resultaat kunt behalen. Bij Revalidatiecentrum Breda vroeg men zich bijvoorbeeld af hoe een

bepaald type verwijzing verbeterd kon worden. Ze zijn met die verwijzers gaan praten. Dat gaf veel inzicht in wat er beter kon, maar los daarvan leidde het ook direct tot 40% meer verwijzingen: alleen al door contact te leggen, zichtbaar te zijn. Stichting Revalidatie Limburg heeft aan ziekenhuisdirecteuren gevraagd wat zij wilden. Vervolgens zijn dienstverleningsafspraken gemaakt, over bereikbaarheid, informatievoorziening en de instroom en doorstroming van patiënten. Als je op dit soort manieren verwijzers gaat benaderen, weet je dat de patiëntenstroom toeneemt en daar moet je organisatie natuurlijk wél op ingericht zijn. Daar moet je dus eerst voor zorgen voordat je naar buiten gaat. Want als een arts voor het eerst een patiënt naar je verwijst en die komt op de wachtlijst, werkt dat alleen maar tegen je.’

Als het contact er eenmaal is, wat dan?

‘Het zal grotendeels aan de revalidatieartsen zijn om het contact te onderhouden. Je kunt als arts bijvoorbeeld een netwerkborrel bezoeken, een nascholingsbijeenkomst organiseren of een belronde houden onder verwijzers die je kent. Het bestuur van revalidatie-instellingen zal revalidatieartsen hiervoor de ruimte moeten geven. Zelf willen de artsen graag, ze zien dat het nodig is. De tijd dat de patiënten vanzelf wel komen, is voorbij. De revalidatiesector is bescheiden en dat siert, maar in deze tijd is toch een andere houding nodig. Je moet als sector laten zien wat je te bieden hebt, zodat je de mensen bereikt die je wilt bereiken en voor hen je belangrijke werk kunt blijven doen.’

De ‘Rapportage onderzoek campagne verwijzers’ kan worden besteld via www.revalidatienederland.nl. Daar kan het rapport ook worden gedownload: zie www.revalidatienederland.nl/projecten/marktwerking.

Patiëntmonitoring: meetbaar beter

Systematisch de voortgang van revalidanten meten; in de dwarslaesierevalidatie zijn ze er ver mee. Met als groot praktisch voordeel dat behandelresultaten zichtbaar worden gemaakt en dat betere behandeldoelen kunnen worden gesteld.



Foto: Inge Hondebrink

In Nederland zijn acht revalidatiecentra gespecialiseerd in dwarslaesierevalidatie. Deze centra werkten allemaal mee aan een groot onderzoeksprogramma dat zich richtte op het herstel van de mobiliteit van dwarslaesierevalidanten. Dat onderzoek leverde veel gegevens op over het functioneren van mensen met een dwarslaesie tijdens en na de revalidatie. Een aantal van de meetinstrumenten die tijdens het onderzoek werden gebruikt – en deels ook werden ontwikkeld – is de afgelopen drie jaar ingevoerd in de behandelpraktijk. Het gaat daarbij om testen voor onder meer handfunctie, rolstoelvaardigheden, spierkracht en zelfredzaamheid. Deze testen werden op vaste tijdstippen tijdens de revalidatie afgenomen bij dwarslaesierevalidanten.

Doelen

Door deze patiëntmonitoring ontstaat meer duidelijkheid over de voortgang van een revalidant. Het wordt mogelijk om concretere en haalbaardere doelen te stellen. Omdat duidelijk is hoe iemand in 'maat en getal' scoort op bijvoorbeeld spierkracht, kan voor een behandelmodule een doel worden gekozen dat daarbij aansluit. Aan het eind van de module wordt zichtbaar of het doel is bereikt. Door gegevens te vergelijken met de normgegevens uit het eerdere onderzoek, wordt bovendien zichtbaar of iemand op een bepaald punt voorloopt of juist achterblijft. Aan dat punt kun je dan desgewenst minder of

juist meer aandacht besteden. Door het gebruik van objectieve meetinstrumenten wordt de professionele visie van behandelaars getoetst en worden behandelbeslissingen onderbouwd. Bovendien levert monitoring gegevens op waarmee revalidatie-instellingen de kwaliteit van de behandeling kunnen verbeteren. Doordat gegevens van groepen revalidanten beschikbaar zijn, kan worden onderzocht welke behandeling de meeste vooruitgang geeft. Naar buiten toe kunnen instellingen dankzij monitoring beter verantwoording afleggen en laten zien wat het effect is van hun behandeling.

Draagvlak

82 behandelaars en 32 revalidanten beantwoordden vragen over hun ervaringen met patiëntmonitoring. De revalidanten gaven aan dat ze het heel zinvol vinden om op deze manier hun functioneren in kaart te brengen en dat ze door het herhaald testen een goed inzicht krijgen in hun ontwikkeling. De behandelaars zeiden dat het systematisch testen noodzakelijk is (98%), een kwaliteitsverbetering is (100%) en dat het een vast onderdeel moet worden van de dwarslaesiebehandeling (90%). Er is dus een breed draagvlak voor de patiëntmonitoring. Toch blijkt het invoeren ervan nog niet eenvoudig: het vraagt om aanpassingen in de organisatie en om een omslag in handelen van de behandelaars. Zo moet er tijd worden ingeruimd voor de testen en moeten testresultaten systematisch worden verwerkt en teruggekoppeld naar team en revalidant. Hoewel het dus soms moeizaam gaat, zijn de revalidatiecentra toch al ver gekomen met het consequent afnemen en bespreken van testen.

Elke behandeling

In de komende jaren zal het elektronisch patiëntendossier in gebruik worden genomen, waardoor het makkelijker wordt om testresultaten in te voeren en automatisch terug te koppelen naar het team. Dit zal helpen om patiëntmonitoring nog meer tot vast onderdeel van de behandeling te maken. Daarbij zou het goed zijn als ook in andere vormen van revalidatie patiëntmonitoring meer ingang gaat vinden. Want het belang ervan geldt voor elke revalidatiebehandeling. Het project in de dwarslaesierevalidatie kan dus een voorbeeld zijn, waar iedereen wat van kan leren.

Sonja de Groot (Revalidatiecentrum Amsterdam), Marcel Post en Floris van Asbeck (De Hoogstraat), Luc van der Woude (Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit)

Meer informatie staat op www.fbw.vu.nl/onderzoek/A4zon/ZONenglish/index.htm. Daar kan ook het evaluatierapport over het patiëntmonitoring-project worden gedownload, via de knop 'patiëntmonitoring'.

‘Zo’n leven wilde ik niet’

Judith Maas (21) studeerde Nederlands en tenniste fanatiek. Ondanks aanhoudende klachten, zoals steken in haar borst, kramp in haar kuit en pijn in haar rug, ging ze gewoon door. Tot de pijn zo erg werd dat ze niets meer kon. Fibromyalgie* bleek de oorzaak te zijn. • Door Inez Pelgröm

‘Ik was zes toen ik voor het eerst een pijnaanval kreeg. Het voelde alsof er een mes in mijn borst stak, dat me alle adem benam. Dat vond ik best beangstigend. Naarmate ik ouder werd, kwamen die aanvallen steeds vaker terug. Ik kreeg ook andere klachten: kramp en enorme pijn in mijn rug. Het bleek fibromyalgie te zijn. Eind 2005 stortte ik in. Ik heb toen ter observatie in het ziekenhuis gelegen. In die week kwamen de aanvallen elke dag. Dat was zo heftig, alles verkrampte. Achteraf beseft je dat het verkrampen angst is, maar op dat moment wist ik niet wat er met me gebeurde.

Op de laatste dag in het ziekenhuis had ik een gesprek met de revalidatiearts. Hij dacht mij te kunnen helpen. Ik stond overall open voor. Door de angst kon ik nauwelijks meer op mijn benen staan. Ik had mijn studie stopgezet en moest weer thuis wonen. Zo’n leven wilde ik niet, ik wilde weer verder. Het was een verademing dat ik meteen kon beginnen met revalideren. De eerste tijd kreeg ik intensief ergo- en fysiotherapie. Daar heb ik opnieuw leren lopen, bewegen en sporten. De therapeuten wezen me op wat ik fout deed en lieten me zelf nadenken over hoe ik het wel moest doen. Dan blijkt dat dingen soms zoveel gemakkelijker kunnen. Ik leerde de pijn niet toe te laten en afleiding te zoeken. Na twee weken revalideren had ik al minder pijn.

Later in de revalidatie had ik ook gesprekken met de maatschappelijk werker. Deze liet me inzien dat ik verkeerd leefde. Ik ging continu over mijn grenzen heen, fysiek en mentaal. Mijn relatie was bijvoorbeeld niet goed en ik was

heel onzeker. Door situaties op te zoeken die me angstig maakten, ervoer ik dat ik niet bang hoefde te zijn. Daardoor voelde ik me steeds zekerder van mezelf. Langzaam bouwde ik mijn leven weer op. Ik ging terug naar de universiteit en begon met tennissen. Natuurlijk liep ik tegen nieuwe problemen aan, maar die kon ik altijd op het revalidatiecentrum bespreken. Zo was de overgang naar een leven zonder revalidatie niet te groot.

Het klinkt gek, maar ik ben blij dat ik fibromyalgie heb. Ik heb er keuzes door moeten maken waar ik nu heel gelukkig mee ben. Ik voel me rijker en waardeer alles meer. Het gaat momenteel hartstikke goed. De ziekte zit in je lichaam, toch heb je er zelf veel invloed op. Het belemmert me niet meer, maar ik moet er wel op blijven letten. Het belangrijkste is hoe je ermee omgaat. Zoals ik nu leef, is me zoveel waard. Ik heb vrienden, ik studeer, woon op kamers en ga volgend jaar mijn studie afronden in het buitenland. En het bizarre is dat ik zelfs nog beter tennis dan voorheen.’

* Fibromyalgie betekent letterlijk: pijn in bindweefsel en spieren. Het wordt ook wel ‘weke-delenreuma’ genoemd. De ziekte uit zich in verschillende klachten, zoals pijn, stijfheid en vermoeidheid. Medisch gezien wordt fibromyalgie niet goed begrepen en daarom erkent niet iedere arts de ziekte.



Een gewoon ziekenhuis, maar toch heel anders:
zithoek in het St Charles Medical Center

Als patiënten zich prettig voelen in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, heeft dat een gunstig effect op hun herstelproces. Een van de mogelijkheden om dat positieve gevoel te bevorderen, is een aangename omgeving voor hen te creëren. Bij zo'n 'healing environment' hebben niet alleen de patiënten baat, ook de medewerkers zullen er met meer plezier werken. • Door John Ekkelboom

Sneller herstel dankzij het gebouw

En ziekenhuis waarin het concept healing environment tot in details is doorgevoerd, is het St. Charles Medical Center in Redmond in de Amerikaanse staat Oregon. De drijvende kracht hierachter is James Lussier. Hij is socioloog en bedrijfseconoom en gaf voorheen leiding aan diverse grote bedrijven in zijn land. Sinds kort heeft hij zijn eigen adviesbureau, dat zich onder andere bezighoudt met het 'gezonder' maken van ziekenhuizen. 'De meeste ziekenhuizen zijn erg traditioneel ontworpen. Alles is gericht op de behoeften van artsen en verpleegkundigen. Ook zij zijn natuurlijk belangrijk, maar hun wensen zijn niet dezelfde als die van patiënten.'

Open haarden

Dat het mogelijk is om ook met de wensen van patiënten rekening te houden, heeft Lussier aangetoond in het St. Charles Medical Center. Per telefoon legt hij uit dat het hier om een combinatie gaat van bouwkundige aspecten en de manier waarop medewerkers met patiënten omgaan. Het ziekenhuis straalt volgens hem een sfeer van rust en huiselijkheid uit. Er zijn bijvoorbeeld gezellige zitjes, waarvan sommige zijn voorzien van open haarden. Overal staan planten en bloemen en hangen uiteenlopende kunstwerken. Muren zijn in vrolijke kleuren geverfd en in de meeste vertrekken ligt vloerbedekking. 'Ons werd verweten dat vloerbedekking moeilijk is schoon te houden. Onzin. Het infectieniveau bij ons is zelfs heel laag.'

Houding

Binnen dit sfeervolle interieur, dat meer de uitstraling heeft van een hotel dan van een ziekenhuis, proberen medewerkers de patiënten met alle respect te behandelen. Lussier zegt dat alleen een fysieke facelift onvoldoende is en dat vooral de houding van het personeel de doorslag geeft bij het slagen van het concept. 'We nemen onze patiënten serieus en houden echt rekening met hun behoeften. Onze processen hebben we eveneens zo patiëntvriendelijk mogelijk gemaakt. Zo hoeven mensen die geopereerd moeten worden, pas enkele uren vóór de operatie in het ziekenhuis aanwezig te zijn in plaats van een dag eerder. Met hun gewone kleren aan kunnen ze in een prettig

verlichte wachtkamer wachten totdat de anesthesioloog komt om kennis te maken en uitleg te geven. Als ze vervolgens naar de OK gaan, is hun angstniveau fors gedaald en hebben ze minder anesthesie nodig.' >

Annemiek Koremans, voorzitter van de cliëntenraad van Sophia Revalidatie en van LSR landelijk steunpunt medezeggenschap: 'Oude gebouwen van revalidatiecentra zijn vaak erg klinisch. Ze stralen weinig sfeer uit. Die sfeer is nu juist zo belangrijk voor revalidanten. Want niet alleen de behandeling moet goed zijn, ook het verblijf dient aangenaam te zijn. Het is vreselijk als je bijvoorbeeld tussen de behandelingen op een koude, kille gang moet wachten. Een gezellig leeshoekje met actuele informatie maakt het wachten veel aangenamer. En vooral geen tijdschriften van zes jaar oud, dat staat zo onverzorgd. Ook zijn internetaansluitingen gewenst, zodat mensen hun laptop kunnen aansluiten als ze dat willen. Verder moet er een buitenterras zijn waar je kunt zitten als het lekker weer is. Vanuit het LSR hebben we onderzocht wat revalidanten onder kwaliteit verstaan. Daarbij mochten mensen over verschillende onderwerpen hun mening geven. Een daarvan was het verblijf. Dan zie je dat hygiëne, zoals schone toiletten, en privacy erg hoog scoren. Verder stelt men warme kleuren op prijs en hebben de meesten een hekel aan een wirwar van informatie op de muren. De voorkeur gaat uit naar een rustige uitstraling en een duidelijke bewegwijzering. Cliëntenorganisaties, waaronder het LSR, hebben het instrument Ruimte-Vragen ontwikkeld. Hiermee is het mogelijk om bouwplannen te toetsen aan de hand van zeven cliëntgerichte thema's, variërend van autonomie en privacy tot sociaal contact. Een erg nuttig instrument.'

Het instrument Ruimte-Vragen kan met handleiding worden besteld bij de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg: www.stagg.nl.



Foto: Callison / Chris Eriksen

‘Ondanks de flinke investeringen doen we het financieel prima’.

Uitzicht

Ook in Nederland wordt nagedacht over een ‘healing environment’. Zo is het Meander Medisch Centrum in Amersfoort ervan overtuigd dat een prettige omgeving een positief effect heeft. In de toekomstige nieuwbouw, waarbinnen de afdeling revalidatie een apart gebouw met een eigen ingang krijgt, wordt daarmee dan ook uitgebreid rekening gehouden. André Willems, een van de leiders van het nieuwbouwproject, licht toe dat patiënten een zorginstelling vooral waarderen op gedrag van medewerkers en op de omgeving, en minder op het medisch product. Over dit laatste kunnen zij zich moeilijker een mening vormen. Doorgaans gaan zij ervan uit dat de medische zorg uitstekend is. Willems vertelt dat straks licht, rustige kleuren, patio’s en natuur in belangrijke mate de sfeer gaan bepalen. ‘Het gebouw komt tegen een groot natuurgebied aan te liggen en vlakbij de Eem. Een aangenaam uitzicht is ontzettend belangrijk. In de Verenigde Staten is onderzocht of het uitmaakt of iemand in een ziekenhuis de hele dag op een muur uitkijkt of naar buiten kan kijken. Die laatste groep kan gemiddeld bijna een dag eerder naar huis. Mensen genezen gewoon sneller.’

Dag- en kunstlicht

Prof. ir. Bas Molenaar, hoogleraar Architectuur en Gezondheidszorg aan de Technische Universiteit Eindhoven en partner van het Dordtse architectenbureau EGM, houdt zich al vele jaren bezig met healing environment. Hij zegt dat het belangrijk is dat er goede gebouwen worden neergezet, waarbij rekening wordt gehouden met het welbevinden van patiënten en medewerkers. Het probleem is volgens hem dat er nog geen op onderzoek gestaafe richtlijnen voor dergelijke gebouwen bestaan. Toch kan hij enkele aspecten noemen die van belang zijn voor een healing environment. Zo is het intreden van veel daglicht een voorwaarde. Molenaar: ‘Er kan niets op tegen daglicht. Dat werkt positief op mensen. In de revalidatie zitten veel ouderen en juist zij hebben meer licht nodig dan jongeren. Ook met kunstlicht kun je tegenwoordig veel bereiken. Er zijn lampen waarvan je de intensiteit en de kleurtemperatuur kunt aanpassen aan het moment van de dag.’

Actiever

Verder moet er volgens de architect een heldere routing in het gebouw zijn, met regelmatige doorkijkjes naar buiten, zodat mensen zich kunnen oriënteren ten opzichte van de buitenwereld. Wat de toepassing van kleuren betreft, acht Molenaar alles mogelijk, mits er maar een samenhang is. ‘Ook ben ik voorstander van eenpersoonskamers. Daarmee verklein je de kans op infecties en vergroot je de privacy. Patiënten kunnen in alle rust worden verzorgd en hebben de mogelijkheid om bijvoorbeeld zelf de verwarming te regelen, ramen open te zetten en de ruimte naar eigen smaak in te richten. De mensen worden daardoor actiever en dat is goed voor het genezingsproces. In die zin kan een gebouw daar zeker een bijdrage aan leveren. Bovendien geeft een prettige werkomgeving met ontspannen patiënten minder ziekteverzuim onder het personeel.’

> Eten

Lussier vindt het belangrijk dat patiënten zoveel mogelijk controle behouden over hun verblijf in het ziekenhuis. Natuurlijk kan dat niet op alle terreinen, maar een voorbeeld waarbij dat volgens hem zeer goed is geslaagd, is het eten. In de Verenigde Staten verwacht niemand goed eten in een ziekenhuis. In het St. Charles Medical Center is die traditie definitief doorbroken. Er is roomservice voor alle patiënten en ze kunnen eten krijgen op elk gewenst moment van de dag. Een menukaart van vijf pagina’s biedt een ruime keuze. Patiënten krijgen geen dienblad vol eten meer dat ze niet hebben besteld, zoals elders vaak het geval is. Lussier zegt dat er nu veel minder eten wordt weggegooid en de voedingstoestand van patiënten beter is.

Kostenbesparend

‘Ondanks de flinke investeringen doen we het financieel prima. We hebben onze kosten vergeleken met andere ziekenhuizen in Oregon. Daaruit blijkt dat wij 20 tot 25% lager uitkomen dankzij efficiënter werken en een kortere opnameduur. Niet voor niets hebben al zo’n 450 ziekenhuizen in de Verenigde Staten onze aanpak overgenomen. Ik kan me voorstellen dat ook Nederlandse ziekenhuizen en revalidatiecentra interesse hebben. Probeer revalidanten die een tijdje in een centrum moeten verblijven, via een aangename omgeving, gezellige activiteiten en een vriendelijke zorg een soort thuisgevoel te geven. Zij zullen zich dan meer op hun gemak voelen en zich beter kunnen concentreren op eigen herstel. Bied tevens accommodatie aan voor familieleden die een bijdrage kunnen leveren aan het revalidatieproces.’

Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

Verpleging en behandelaars op dezelfde afdeling

Door John Ekkelboom



Poliklinische Revalidatiebehandeluren (RBU's)
per jaar: 92.000 (kinderen en volwassenen)

Klinische Revalidatiebehandeluren (RBU's)
per jaar: 72.000 (kinderen en volwassenen)

Revalidanten per jaar: 2800

Medewerkers: 580

Revalidatieartsen: 23

Vrijwilligers: 50

Bedden: 120

Locaties: vijf, waarvan twee ziekenhuisafdelingen

Toen in 1995 **Rijndam revalidatiecentrum** de deuren opende van de nieuwbouw aan de Westersingel in Rotterdam, moesten de medewerkers wel even wennen aan een andere manier van werken. Hadden voorheen verpleging, artsen en overige behandelaars hun eigen afzonderlijke plek, in het nieuwe onderkomen zaten ze als team bij elkaar op de afdelingen. Die gewenning heeft plaatsgemaakt voor enthousiasme, vertelt Michael Bergen, revalidatiearts en lid van de raad van bestuur van Rijndam. Hij beschouwt deze verandering als een belangrijke stap in de geschiedenis van het centrum.

Zelf was hij destijds als directeur nauw betrokken bij de ontwikkeling van de nieuwbouwplannen, die nog steeds uniek zijn. 'Een **goede communicatie** tussen behandelaars en verpleging is essentieel. Daarom is het belangrijk dat al die medewerkers bij elkaar zitten. Hun werkzaamheden moeten optimaal op elkaar zijn afgestemd. Als bijvoorbeeld de ergotherapeut een patiënt iets aanleert, is de verpleging daarvan meteen op de hoogte. Die kan daarop inspelen en rekening houden met de vorderingen. Bovendien is het voor de patiënt ook prettig om in zijn of haar vertrouwde omgeving te kunnen oefenen.'

Niet alleen de indeling van het centrum was volgens Bergen een grote vooruitgang. Ook over de huidige locatie is hij zeer te spreken. Rijndam ligt op een steenworp afstand van het Erasmus Medisch Centrum, waarmee het nauw samenwerkt op het gebied van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg. Zo is er gezamenlijk onderzoek naar neurorevalidatie en dwarslaesierevalidatie, wat tevens speerpunten in de patiëntenzorg zijn, en naar transitie: de overgang van kinder- naar volwassenenrevalidatie. Bergen: 'Patiënten in die overgangs-

fase hebben vaak veel problemen. Ze kampen met allerlei vragen over werk, relaties, vrijetijdsbesteding en intimiteit. Ze doen met die vragen nauwelijks een beroep op de volwassenenrevalidatie. Met een gezamenlijke **transitie-polikliniek** proberen we dat hiaat op te vullen. Dit initiatief vindt ook weerklank bij andere centra.'

Net als jongvolwassenen, zijn ook allochtonen in de havenstad moeilijk te bereiken. Hoewel ongeveer de helft van de bevolking van allochtone afkomst is – er zijn maar liefst 140 nationaliteiten – zijn de autochtone mensen die een beroep doen op de revalidatie in Rijndam verreweg in de meerderheid. Dat geldt overigens niet voor de kinderen, benadrukt Bergen. Hij vermoedt dat onwetendheid, taalproblemen en schaamte mogelijke oorzaken zijn. Om deze doelgroep ook volop van de revalidatiemogelijkheden te laten profiteren, probeert Rijndam er via voorlichting mee in contact te komen en zitten er in de cliëntenraad twee leden die zich bezighouden met **allochtonenbeleid**. Of dit vruchten afwerpt, moet nog blijken.

Als andere belangrijke aandachtspunten noemt Bergen innovatie van de zorg – Rijndam is door VWS erkend als ontwikkelcentrum voor pijnrevalidatie – ziekenhuisrevalidatie en klinische kinderrevalidatie. Voor deze laatste vorm van revalidatie beschikt Rijndam over vijftien bedden, wat Bergen als een absoluut minimum beschouwt. Hij vraagt zich af of klinische kinderrevalidatie niet op te veel plekken in het land wordt aangeboden. 'Misschien moet je dat aanbod toch meer concentreren. Dat is goed voor de **expertiseontwikkeling**. We zouden daarover in Nederland eens goed moeten nadenken.'

Vanaf begin 2009 zijn revalidatiecentra zelf verantwoordelijk voor de kosten van hun gebouwen. Vincent Buitendijk, lid van de Raad van Bestuur van de Libra Zorggroep in Brabant, ziet nieuwe kansen. 'We hebben dan geen financiële garantie meer van de overheid, maar we krijgen er wel meer vrijheid voor terug. Voortaan kunnen we onze gebouwen beter afstemmen op de behoefte van de markt.'

• Door John Ekkelboom



Bouwen op eigen risico

Evenals diverse andere revalidatiecentra in het land zijn de centra die vallen onder de Libra Zorggroep bezig met diverse nieuwbouw- en renovatieprojecten. Het grootste is de opknopbeurt en de forse uitbreiding van Blixembosch in Eindhoven. De werkzaamheden zijn daar in 2005 gestart en worden dit jaar afgerond. Buitendijk, die ook portefeuillehouder bouw is bij Revalidatie Nederland, vertelt dat dit project uiteraard volgens de huidige regelgeving tot stand is gekomen. Bij deze regelgeving moet de minister van VWS een 'verklaring van behoefte' afgeven als een ziekenhuis of revalidatiecentrum wil bouwen. Via dit systeem kan de overheid het zorgaanbod in het land indirect sturen. Pas als zo'n verklaring is afgegeven, is het mogelijk een bouwvergunning aan te vragen. Het College bouw zorginstellingen toetst de bouwplannen en kijkt of deze passen binnen de bouwkaders van de overheid.

Draak

Buitendijk spreekt van een draak van een systeem, omdat het wel zeven jaar kan duren voordat de procedure is afgerond. 'Als zorgaanbieder ga je zo groot mogelijk bouwen, omdat je niet precies weet hoe de marktsituatie er over zeven jaar zal uitzien. Bovendien is de overheidsvergoeding gegarandeerd. Je loopt als instelling dus vrijwel geen enkel risico. Het enige risico is dat de rente die je de bank moet betalen voor de lening die ze verschaffen hoger kan uitvallen dan de normrente die het ministerie van Financiën vergoedt. Het verschil moet je dan bijbetalen.' Dat de huidige financiering onafhankelijk is van de geleverde productie, vindt Buitendijk onlogisch en verwerpelijk.

Hij legt uit dat de zorgverzekeraars de vergoeding voor het gebouw jaarlijks wel verrekenen op basis van een productieafspraken, maar dat bij een lagere productie het jaar daarop de gedeelde inkomsten gewoon weer worden verrekend via een volgende productieafspraken. De verpleegprijs gaat dan tijdelijk omhoog. Was er meer productie dan verwacht, dan gaat die verpleegprijs een periode omlaag. 'De patiënt wordt als vehikel gebruikt om geld te transporteren. Dat snapt toch geen mens en zo iets biedt ook geen prikkel om méér zorg te leveren.'

Bedrijfsmatig

De nieuwe regelgeving die volgend jaar van kracht wordt, sluit volgens Buitendijk beter aan op de huidige tijd, waarin marktwerking een belangrijke rol speelt. Het oude bouwregime verdwijnt en instellingen hoeven alleen nog een normale bouwvergunning aan te vragen bij hun gemeente. Dit bespaart een hoop tijd, waardoor het mogelijk is snel te reageren op eventuele veranderingen in de zorgvraag. De vaste vergoeding voor het onderkomen vervalt en de kosten van een gebouw worden voortaan als toeslag verwerkt in de DBC's. Deze nieuwe vergoedingssystematiek van diagnose-behandelcombinaties gaat eveneens volgend jaar in.

Zorgorganisaties krijgen veel meer verantwoordelijkheid voor het investeren in onroerend goed. Er ontstaat volgens Buitendijk een situatie zoals in het bedrijfsleven. 'Je maakt omzet en kunt zelf bepalen wat je met je inkomsten doet. Is er behoefte aan extra personeel, dan investeer je in nieuwe medewerkers. Heb je extra werkruimte nodig, dan steek je daar je geld in, en bepaal je zelf wat je bouwt met het oog op de wensen van revalidanten.'



Door het wegvallen van de gedetailleerde richtlijnen van de bouwkaders, kan elke instelling kiezen welke uitstraling zij wil hebben. Ook kun je ervoor kiezen om geen kapitaallasten meer te hebben en het gebouw te huren van bijvoorbeeld een projectontwikkelaar. Uiteraard bestaat de kans dat je verliezen lijdt. Dan is het noodzakelijk om te bezuinigen. Je bepaalt zelf welke posten daarvoor in aanmerking komen.'

Instellingen worden geprikkeld om zo efficiënt mogelijk met hun gebouwen om te gaan

Optimalisatie

De tijd van maximalisatie – het realiseren van zoveel mogelijk vierkante meters en daarmee het binnenhalen van een maximale vergoeding – is volgens Buitendijk straks definitief voorbij. Het nieuwe sleutelwoord is optimalisatie. Instellingen worden voortaan geprikkeld om zo efficiënt mogelijk met hun gebouwen om te gaan. Ook Blixembosch zal binnenkort het nieuwe onderkomen optimaal moeten gaan benutten, vertelt Buitendijk. 'Het ziet er naar uit dat we over niet al te lange tijd alweer een tekort aan ruimte hebben. De groei is sinds het begin van onze bouwplannen gewoon doorgegaan. Dit lossen we, mede gedreven door de marktprikkels, eerst op door onze openingstijden uit te breiden om zo meer zorg te leveren. Pas als we dan nog ruimte tekort komen, gaan we weer bijbouwen.'



Genezende omgeving

De dag waarop mijn ouders terugkwamen van een tocht langs verschillende revalidatiecentra, herinner ik me nog goed. Ik was elf, moest nodig het ziekenhuis uit waar ik al ruim een half jaar verbleef. Mijn moeder huilde. 'Al die centra doen zo mistroostig aan', zei ze. 'Die hoge plafonds, het linoleum op de vloeren, de geuren.' Kort daarna gingen mijn ouders kijken bij de Adriaanstichting in Schiebroek. Ze waren enthousiast, en toen ik mee ging kijken had ik hetzelfde gevoel. Ik herinner me een enorme kleurige, vrolijke glazen wand in de hal, met vlinders en bloemen. Het gebouw was van buiten afgewerkt met hout, en omringd door water en prachtig groen. Niets aan, om of in het gebouw had iets van een 'instelling', niets gaf me het gevoel dat er iets vreselijks met mij aan de hand was. Gebouwen en omgevingen kunnen dat doen. Zo heb ik jarenlang drie keer per week fysiotherapie gehad in het AMC. Tot ik op een dag dacht: maar wacht even, deze plek herstelt niets in mij, maar brengt juist spanning in mijn lijf door de vervreemding.

Kan een omgeving genezend werken? O jazekeer. Niet alleen de energie van mensen om je heen beïnvloedt je geest en lichaam. Ook gebouwen, spullen, dingen bestaan uit energie, en hebben dus hun positieve of negatieve invloed. Een gezond leven begint bij een goede werk- en woonplek, waar de energie licht en zuiver is, en vooral stróómt. Dat geldt voor werk- en woonomstandigheden en het geldt zéker voor 'herstelomstandigheden'. Een leven dat op zijn kop staat en een lichaam en geest die uit balans zijn, hebben de energie nodig van stabiliteit en heelheid. Een omgeving die appelleert aan datgene in onszelf dat niet aangetast kan worden door de verwarring over wat er met ons gebeurt. Elke plek waar mensen op krachten moeten komen nadat ze zijn gestruikeld over de hobbels op hun levensweg, moet erop ingericht zijn om dáárbij helpen: op krachten komen. En dat kan door zachtheid, warmte, natuur, licht en vrolijkheid, schoonheid en speelsheid naar binnen te brengen.

Annemarie Postma

In het verleden was de leidende gedachte dat revalidatie voor mensen met multiple sclerose (MS) verspilling van tijd en energie was. Hun beperkingen zouden immers enkel toenemen. De laatste vijftien jaar is de revalidatiesector daar anders over gaan denken. 'De MS-patiënt heeft recht op revalidatiebehandeling', vindt revalidatiearts Vincent de Groot van het VU medisch centrum.

• Door Inez Pelgröm

MS-revalidatie in ontwikkeling

De laatste jaren is de aandacht voor MS toegenomen. Er wordt meer medicijnonderzoek gedaan, maar ook de belangstelling voor revalidatie van MS-patiënten is gegroeid. Revalidatiearts De Groot promoveerde het afgelopen jaar op onderzoek naar de fysieke beperkingen bij MS. Hij ziet dat een trend aan het omhoog gaan is. Vroeger kwam een patiënt binnen als hij al in een rolstoel zat. Dat betekende dat de revalidatiearts een hele fase gemist had. 'Dan denk je: hadden we die mensen maar eerder gezien. Nu gebeurt dat wel steeds meer en daardoor kunnen we winst behalen.'

De neuroloog is de toegangsdeur tot de revalidatie

Multiple sclerose

MS is een ziekte van het centraal zenuwstelsel. Het zenuwstelsel wordt aangetast door ontstekingen. De klachten – zoals verlamingsverschijnselen, oogklachten, pijn en vermoeidheid – verschillen per persoon. Ook het verloop van de ziekte kan sterk verschillen, maar meestal is de ziekte progressief: de klachten nemen toe. Een MS-patiënt is doorgaans onder behandeling van een neuroloog, die vaak wordt bijgestaan door een MS-verpleegkundige. Als de neuroloog het nodig vindt, schakelt hij de hulp in van andere zorgverleners, zoals medisch specialisten, paramedici en revalidatiecentra.

Moment van instromen

Alle revalidatiecentra en -afdelingen van ziekenhuizen slagen er in een poliklinisch behandelprogramma op maat te bieden, meent de revalidatiearts. 'Dat kan enerzijds gericht zijn op het trainen van uitgevallen functies, bijvoorbeeld na een plotselinge verslechtering of 'schub', en anderzijds op het omgaan met beperkingen door blijvende schade.' De Groot erkent wel dat het juiste moment van instromen een punt van discussie is. 'Je kunt de indicatie voor revalidatie namelijk niet zonder meer afleiden van het type MS, zoals vastgesteld door de neuroloog. Het gaat om de beperkingen die iemand ervaart.' Uit onderzoek blijkt dat in de eerste jaren van de ziekte 40% van de patiënten problemen heeft bij het sociaal functioneren, terwijl de neurologische verschijnselen nog mild zijn. In dit stadium kan echter al wel goede revalidatiediagnostiek verricht worden en dan kan een poliklinische behandeling volgen, gericht op het verminderen of voorkomen van problemen met bijvoorbeeld werk of sociaal leven. Nu gebeurt het nog regelmatig dat patiënten pas instromen als hun neurologische klachten al flink zijn toegenomen. De neuroloog is wat dat betreft de toegangsdeur tot de revalidatie.

Aarzelingen

Hoewel veel revalidatie-instellingen MS-patiënten poliklinisch behandelen, ziet De Groot grotere verschillen bij de opname van patiënten. Onderling verschillen centra van mening over de effectiviteit van klinische revalidatie voor mensen met MS. Twee aspecten bemoeilijken de afweging, legt hij uit. Ten eerste speelt vermoeidheid mee. Vermoeidheid kan het intensieve, klinische programma belemmeren. Maar vermoeidheid kan óók een poliklinische behandeling belemmeren, door de inspanning van het reizen. Er is een angst dat de patiënt daardoor alleen maar achteruit gaat. Daarnaast moet worden ingeschat of de ziekte niet te snel progressief is. Revalidatie is erop gericht het functioneren van de patiënt te optimaliseren, zodat deze zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen. Is de inschatting dat de patiënt na opname niet



Foto: Inge Hondebrink

meer naar huis kan, dan is klinische behandeling niet zinvol. 'Deze aarzelingen spelen door de standaardcriteria voor opname heen. De ziekte is moeilijk voorspelbaar en dat maakt de afweging moeilijk.'

Werkgroep

Verschil tussen de revalidatie-instellingen is er ook in het aanbieden van groepstherapieën, zoals een loop- en balansgroep en vermoeidheidsgroep. De Groot ziet hierin een trend voor de toekomst. 'De ervaringen met groepsbehandelingen zijn in verschillende revalidatie-instellingen positief, we zullen zeker kijken of het meerwaarde heeft naast individuele therapie.' Het verder ontwikkelen van de revalidatiebehandeling is tevens belangrijk. 'We blijven zoeken naar behandelingen die nog effectiever zijn. Het VUmc doet dat nu onder andere al met de vermoeidheidsbehandeling.' De onlangs door de vereniging van revalidatieartsen VRA opgerichte werkgroep MS, waar ook De Groot zitting in neemt, moet daarbij een grote rol gaan spelen.

Levenskwaliteit

De MS Vereniging Nederland is blij met deze belangstelling voor revalidatie bij MS. 'MS-patiënten willen het liefst dat er morgen een medicijn is dat MS stopt. Maar daar is nog lang geen zicht op', zegt bestuurslid Bert Aarts. 'Juist daarom is het belangrijk alles te doen om hun situatie op andere manieren te verbeteren.' De vereniging steekt hier ook veel energie in. Bijvoorbeeld door het stimuleren van de samenwerking tussen de neuroloog en de revalidatiearts. Daar moet nog een strijd geleverd worden, overleg is er nog te weinig, meent Aarts. 'Iedere MS-patiënt zou tijdig door een revalidatiearts gezien moeten worden. De neuroloog moet hem daarvoor doorverwijzen.' Want revalidatie is onmisbaar voor het verbeteren van de levenskwaliteit van MS-patiënten: 'Behandelaars in de revalidatie kunnen de mensen zo mobiel mogelijk houden.'

Een onschuldig griepje op haar zeventiende leidde bij **Reni de Boer** (27), winnares van de Mis(s) Verkiezing 2007 en voor een jaar ambassadeur Onbeperkt Nederland, tot de diagnose Chronisch Vermoeidheidssyndroom. Geleidelijk aan kreeg ze er neurologische klachten bij, zoals tintelingen in haar vingers en moeite met lopen. In 2004 kwam aan het licht dat Reni MS heeft. 'Het was natuurlijk schrikken. Ik was al ziek, maar dit was iets definitiefs. Hier werd ik niet meer beter van. Meteen daarna dacht ik: "Goed, dan weet ik dat. Dan kunnen we een behandeling starten."' Ik wilde direct met revalidatie beginnen, maar de neuroloog vond dat nog te vroeg. Ik was nog niet slecht genoeg. In de week dat ik de Mis(s) Verkiezing won, vorig jaar juni, kreeg ik bericht dat ik mocht revalideren. Ik zat toen al in een rolstoel en wilde iets van mijn zelfstandigheid terug. Zelf eten koken en de hond uitlaten. Ik dacht: "Jullie weten hoe het moet, leer het me." Ook met de rolstoel: ik wilde er alles uithalen wat ik ermee kan. Revalidatie heeft me daarbij geholpen, onder andere door fysio- en ergotherapie en rolstoellessen. Het dagelijks leven is er gemakkelijker door geworden.'

'Revalidatie heeft me meer vrijheid opgeleverd. Het is heel fijn zelf iets te kunnen doen aan je situatie. Zo houd je controle. Achteraf gezien had ik graag meteen een gesprek met de revalidatiearts gehad toen de diagnose gesteld werd. Dan ken je elkaar alvast. En mijn startmoment had ook eerder gekund. Ik denk dat je dingen beter voor kunt zijn en vaardigheden beter meteen goed kunt aanleren. Momenteel staat de revalidatie op een laag pitje. Ik heb voldoende geleerd om zelf verder te kunnen. Bovendien is het niet goed te combineren met mijn ambassadeurschap. Vanuit die functie probeer ik bij te dragen aan krachtig overheidsbeleid voor chronische zieken en gehandicapten. Dat heeft nu prioriteit. Maar de lijn met de revalidatiearts is heel kort, ik kan zo bellen.'

Neurorevalidatie moet breder

Neurodevelopmental treatment (NDT) is een behandelmethode voor mensen die door een hersenbeschadiging halfzijdig verlamd zijn. Lange tijd was NDT dé methode. Maar die tijd is voorbij, zoals we ook berichtten in RM/3/2007. Neurorevalidatie is de opvolger van NDT.

Het NDT-concept is van grote waarde geweest voor de behandeling van mensen met een CVA. Maar de theoretische onderbouwing van dit concept houdt geen stand bij de kennis die we vandaag hebben. Om deze reden is de naam NDT verlaten en spreken we tegenwoordig over neurorevalidatie. Zoals NDT zich vooral richtte op mensen met een CVA, richten ook opleidingen op het gebied van neurorevalidatie zich vooral op deze groep. In onze opleiding neurorevalidatie trekken we dat breder: sedert twee jaar richten we ons op de meest voorkomende centraal neurologische aandoeningen (CNA), namelijk CVA, de ziekte van Parkinson, multiple sclerose en dementie.

Het aantal mensen met een centraal neurologische aandoening in Nederland is enorm. Er zijn 210.000 mensen met een vorm van dementie; het aantal MS-patiënten is op dit moment een kleine 15.000; per jaar komen er ongeveer 25.000 CVA-patiënten bij; de verwachting is dat het aantal parkinson-patiënten in 2015 is opgelopen tot 70.000. Deze CNA hebben buiten de verschillen ook vele overeenkomsten. Denk bijvoorbeeld aan spasticiteit, gevoelsstoornissen, spierkrachtverlies, verminderd cognitief functioneren en vermoeidheid. Door deze vele overeenkomsten moet neurorevalidatie breed worden gezien.

In revalidatie-instellingen worden mensen behandeld met CVA, MS en parkinson. De behandelprogramma's voor deze groepen zijn ongetwijfeld goed. Er wordt echter onvoldoende stilgestaan bij het feit dat neurorevalidatie voor deze verschillende ziektebeelden gemeenschappelijke kenmerken heeft. In de richtlijn voor de behandeling van parkinson is bijvoorbeeld geen cognitieve revalidatie opgenomen, terwijl dat een waardevolle aanvulling zou kunnen zijn. En waarom zouden we niet gemeenschappelijk op zoek gaan naar een goede aanpak van het vermoeidheidspro-

worden vertaald naar dementerenden. De gunstige invloed van fysieke training op het functioneren van dementerenden is intussen bekend. Daarom is het naar mijn idee niet terecht dat dementerenden in de revalidatie als doelgroep worden uitgesloten. Zeker gezien het feit dat mensen zo lang mogelijk thuis willen wonen en de zorgverzekeraars daar ook veel aan gelegen is, zullen naar mijn overtuiging revalidatie-instellingen vroeg of laat hun deuren moeten openzetten voor bepaalde groepen dementerenden. Gezien de progressieve aard van dementie biedt dit mogelijkheden om

‘Centraal neurologische aandoeningen hebben veel overeenkomsten’

bleem, dat bij alle CNA zeer vaak voorkomt? Door de neurorevalidatie meer als één kennisgebied te behandelen, zou er voor revalidanten nóg meer winst te behalen vallen.

Eén – zeer grote en snel groeiende – groep mensen met een CNA wordt in de revalidatie helemaal buiten beschouwing gelaten: de dementerenden. Bij dementie denk je al gauw aan een verpleeghuis. Het is echter zo dat dementie zich in de beginfase kenmerkt door onder meer stoornissen in herinneren, oriënteren, plannen en organiseren. Op grond van deze kenmerken zullen veel behandelaars in de revalidatie denken aan cognitieve revalidatie. De enorme expertise die de revalidatie heeft op dit punt kan zonder twijfel

de samenwerking met zorg- en verpleeghuizen – die de zorg in een latere fase overnemen – te intensiveren.

In de neurorevalidatie is het van belang om over de grenzen heen te durven kijken. We moeten ons bewust zijn van de expertise die de revalidatie in huis heeft en die expertise inzetten voor iedereen die er baat bij kan hebben. Dan pas is neurorevalidatie werkelijk neurorevalidatie.

*Frans van der Brugge,
geriatricfysiotherapeut, docent en coördinator
opleiding geriatricfysiotherapie, Avansplus,
fvanderbrugge@avansplus.nl*

Jan Verberne

Door Kitty Rotteveel

WERK > FYSIOTHERAPEUT BIJ SOPHIA REVALIDATIE, OP DE POLIKLINIEK VOOR VOLWASSENEN IN DELFT **LEEFTIJD** > 57 JAAR **PRIVÉ** > GETROUWD, DRIE KINDEREN, SINDS KORT EEN KLEINDOCHTER **GROOTSTE HOBBY** > OP DE COMPUTER BEELD EN GELUID DIGITALISEREN **HEKEL AAN** > MOPPEREN OP VAN ALLES EN NIKS, TERWIJL JE ER NET ZO GOED IETS VAN KUNT MAKEN



Foto: Sophia Revalidatie

Wat doe je bij Sophia Revalidatie?

‘Ik werk als fysiotherapeut onder andere in de hartrevalidatie. Ik behandel bijvoorbeeld mensen die revalideren na een infarct of klepooperatie en mensen met ernstig hartfalen. Ik werk ook op het looplab, in het team dat het looppatroon van mensen met spasme analyseert. Verder ben ik voorzitter van de vakgroep fysiotherapie. En ik heb van mijn hobby mijn werk kunnen maken: één dag per week ben ik de schakel tussen de automatiseringsafdeling en behandelaars en adviseer ik over de aanschaf van patiëntgebonden hard- en software.’

Wanneer ben je trots?

‘Trots ... Ik vind het altijd heel mooi als je iemand zo ver krijgt dat hij weer kán doen wat hij wil doen. Het is de kunst om met mensen te ontdekken wat hun eigen wens is. Het komt

bijvoorbeeld voor dat iemand met een prothese weer kan leren lopen, maar toch voor de rolstoel kiest. Ik vind het bijzonder om mensen te helpen ontdekken hoe ze hun leven weer in eigen hand kunnen nemen. Een poos geleden had ik een man met ernstige chronische pijnklachten. Na een aantal sessies zag ik bijna letterlijk het kwartje vallen: “Ik ga anders met mijn klachten om.” Deze man kom ik nu wekelijks tegen in de sport-school om de hoek. Echt trots was ik laatst toen ik samen met de bewegingstechnoloog een advies uitbracht over een gangbeeldanalyse: een analyse van het looppatroon. De revalidatiearts was er dit keer niet bij, maar nam ons advies helemaal over. Dat gaf een lekker gevoel.’

Wat vind je lastig van je werk?

‘Ik vind het lastig dat er veel gemopperd wordt. Iedereen wil meer cursussen, meer projecten

ontwikkelen, meer van alles. Dat is ook wel begrijpelijk in tijden van bezuinigingen, maar toch vind ik dat geklaag vermoeiend. Je moet het gewoon leuk maken, want het is zo mooi, dit werk! Wat ik ook lastig vind, is als soms een patiënt uitspreekt niet goed met me overweg te kunnen. Dat is logisch, niet iedereen ligt elkaar, maar toch vind ik het naar als dat gebeurt. Juist dan is het heel prettig om in een team te werken en steun te krijgen van je collega's. Die steun is ook erg belangrijk als patiënten met wie je een sterkere band hebt achteruit gaan of overlijden.’

Je werkt al heel wat jaren als fysiotherapeut; vind je het nog steeds leuk?

‘Ooit heb ik op aanraden van mijn grootvader voor dit vak gekozen, en ik heb geen moment spijt gehad. Ik vind het wel belangrijk om naast het behandelen ook andere dingen te doen. Zo ben ik een aantal jaar voorzitter geweest van de ondernemingsraad. Op dit moment ligt mijn uitdaging onder andere in werk dat ik doe voor de landelijke werkgroep voor fysiotherapeuten in de revalidatie. Dit moet op termijn een zelfstandige beroepsvereniging worden, in nauwe samenwerking met Revalidatie Nederland en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. We willen de positie van fysiotherapeuten in de revalidatie verder versterken, onder meer door goede scholing. De afwisseling van patiëntenzorg en dingen daarbuiten vind ik erg aantrekkelijk. Dat houdt het werk voor mij boeiend.’

Informatie over de Nederlandse Vereniging voor in de Revalidatie werkzame Fysiotherapeuten i.o.: www.nvrf.nl