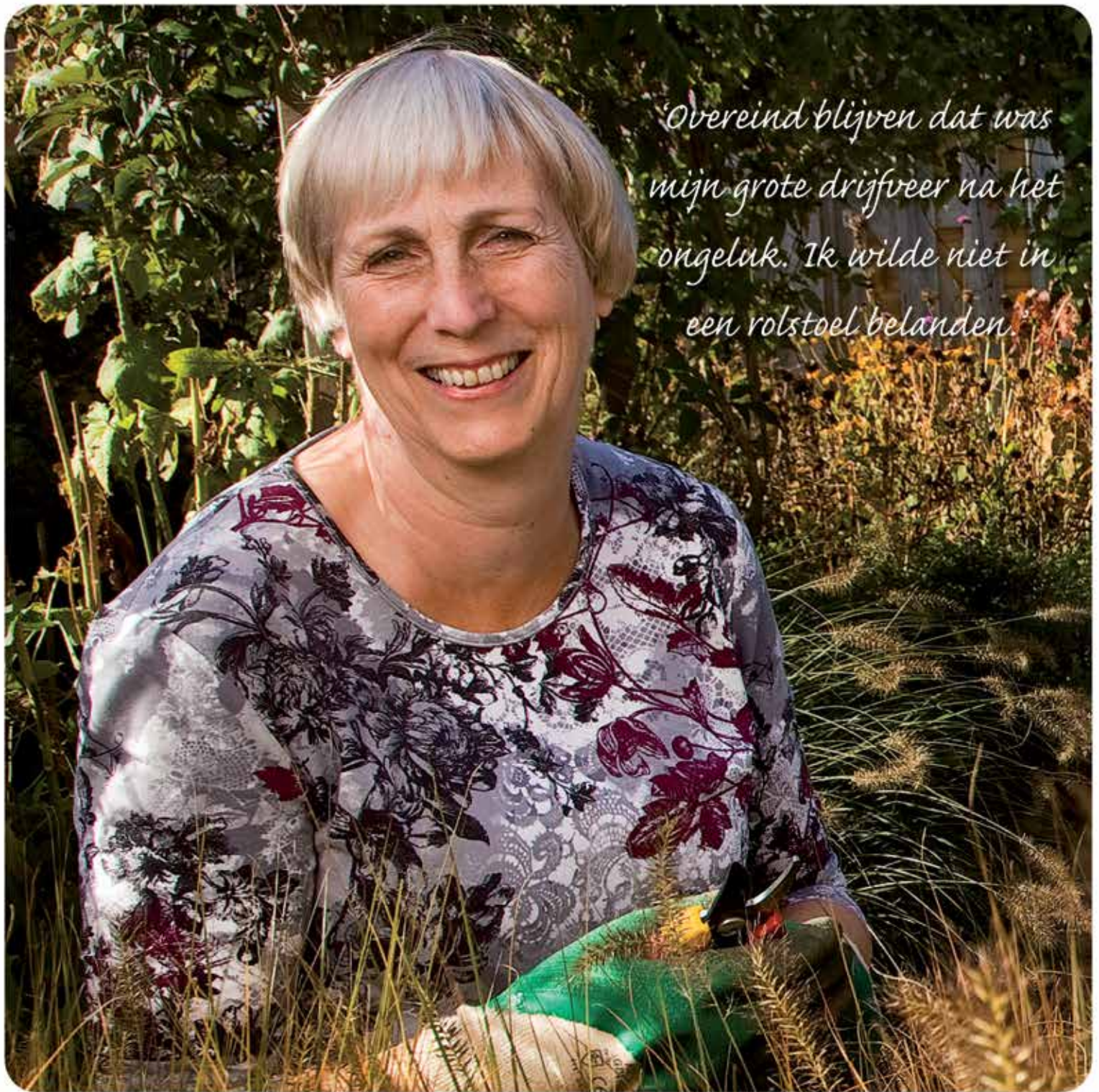


RM

JAARGANG 21 | NUMMER 3 | SEPTEMBER 2015

Zestig jaar revalidatiegeneeskunde

'Pas op met botulinetoxine bij cerebrale parese' | Veiligheid managen
Mantelzorgers en professionals bundelen krachten
Integrative medicine | Cognitieve games | Tien jaar USER



*'Overeind blijven dat was
mijn grote drijfveer na het
ongeluk. Ik wilde niet in
een rolstoel belanden.'*

Dorry Meijer heeft in 1993 een verkeersongeluk gehad, waarna haar linkerbeen geamputeerd moest worden. Na haar ongeluk heeft ze in tuinieren haar passie gevonden. Ze wil graag stabiel lopen en in de tuin werken. Dat kan, dankzij een voorziening die precies past bij haar wensen en levensstijl. Ons daarop focussen: dat is onze kracht.

De Hoogstraat
Orthopedietechniek

■ 030 258 1811 ■ www.dehoogstraatorthopedietechniek.nl ■ oth@dehoogstraat.nl

De kracht van de aanpassing

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

6 Berichten

7 Hersengymnastiek, leuk! Maar werkt het?

Het onderzoeksproject Spelenderwijs keek naar het effect van cognitieve games.

10 Meten met één maat

De USER werd tien jaar geleden geïntroduceerd, en nog steeds neemt het gebruik ervan toe.

11 'Mijn kracht is ook mijn valkuil'

Marijke Mengelers.

15 De Professor

Rob Smeets.

16 Mantelzorgers en professionals bundelen krachten

Drie revalidatiecentra haakten aan bij het programma In voor Mantelzorg.

18 'Sta open voor aanvullende behandeling'

Fysiotherapeut Frank Ettema zet bij Reade onder meer acupunctuur in tegen neuropatische pijn.

19 Column

Aanpassen.

20 Het Standpunt

'Revalidatiearts moet regisseur worden in de revalidatieketen.'

21 De Specialisten

Intimiteitsverpleegkundige.



Veiligheid managen

Acht van de twintig bij Revalidatie Nederland aangesloten revalidatiecentra hebben inmiddels een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem, en de rest zal snel volgen.

• Adri Bolt



'Pas op met botulinetoxine bij kinderen met cerebrale parese'

Onderzoek heeft aangetoond dat het gebruik van botulinetoxine meestal het lopen niet verbetert. 'Maar het is te kort door de bocht om meteen te concluderen dat er geen plaats meer voor is in de behandeling,' waarschuwt Jules Becher.

• Alice Broeksma



Stiefkind krijgt geleidelijk voorbeeldfunctie

De afgelopen zestig jaar, na de oprichting van revalidatieartsenvereniging VRA, heeft de revalidatiegeneeskunde zich ontwikkeld tot volwaardig medisch specialisme dat internationaal tot de top behoort.

• John Ekelboom

‘Pas op met botulinetoxine bij kinderen met cerebrale parese’

Onderzoek heeft aangetoond dat het gebruik van botulinetoxine A bij kinderen met cerebrale parese meestal geen meerwaarde heeft boven intensieve fysiotherapie om het lopen te verbeteren. ‘Maar het is te kort door de bocht om dan meteen te concluderen dat er helemaal geen plaats meer voor is in de behandeling,’ waarschuwt autoriteit Jules Becher. ‘Wees er echter terughoudend mee.’

• Door Alice Broeksma

Botulinetoxine A is beter bekend als botox, maar dat is een merknaam. Kinderen die door spastische cerebrale parese (CP) moeite hebben met lopen kregen de laatste jaren steeds vaker een combinatiebehandeling van injecties met deze verlamende stof, gevolgd door een periode van intensieve oefentherapie bij de fysiotherapeut. Het doel was om eerst de spastische spieren te verslappen en zo het kind in staat te stellen om de spieren beter te trainen, om uiteindelijk beter te kunnen functioneren in het dagelijks leven. De injecties worden onder narcose gegeven, en moeten meestal na ongeveer acht maanden worden herhaald om het effect te behouden. Weer onder narcose en dus behoorlijk belastend. Aan de injecties hangt natuurlijk ook een prijskaartje.

Eerder onderzoek wees al uit dat intensieve fysiotherapie beter werkt dan alleen eenmaal per week fysiotherapie. Maar het was nog onduidelijk wat de botulinetoxine-injecties nu precies toevoegden aan de behandeling. Dat is nu met financiering van ZonMw onderzocht tijdens een studie onder de naam SPACE BOB, in de bewegingslaboratoria van het Erasmus Medisch Centrum en VU medisch centrum.

Pijnbestrijding

‘Gekeken werd onder meer naar de bewegingscapaciteit, het lopen, de hoeveelheid activiteiten en de kwaliteit van leven. Uit dit onderzoek is gebleken dat die niet beter werden door het toedienen van de botulinetoxine-injecties,’ zegt hoogleraar Jules Becher. Hij is als kinderrevalidatiearts verbonden aan het VUmc en is een van de opstellers van het *Kinderfysiotherapeutisch behandelprotocol na botulinetoxinebehandeling ter*

verbetering van de mobiliteit bij kinderen met een spastische cerebrale parese uit 2010. Een protocol dat regelmatig wordt geëvalueerd aan de hand van de laatste bevindingen.

In het onderzoek kregen kinderen fysiotherapie zoals aangegeven in het protocol, al dan niet aangevuld met botulinetoxine-injecties. Deze injecties geven dus geen extra verbetering, wijst het onderzoek uit. Het is echter te kort door de bocht om nu meteen te concluderen dat er in de behandeling geen plaats meer is voor botulinetoxine, waarschuwt Becher. ‘Het heeft een rol bij pijnbestrijding. Bij klachten door bijvoorbeeld overmatige activiteit in de kuitspier kan door botulinetoxine-injecties de pijn afnemen. Maar in een te zwakke spier moet je zeker geen botulinetoxine spuiten. Het lopen kan er dan zelfs door verslechteren. En dat is dus tegengesteld aan wat de bedoeling was.’

Werkelijke oorzaak

In ieder geval moet er bij de beslissing over wel of niet botulinetoxine heel secuur worden gekeken naar wat de werkelijke oorzaak is van problemen met lopen en stijfheid van een spier. ‘Wil je een klacht opheffen, dan moet je zeker zijn dat die wordt veroorzaakt door overmatige spieractiviteit. Bij spastische CP kan dat de oorzaak van de stijfheid zijn, maar het kan ook een biomechanische eigenschap zijn. De spier is namelijk een soort veer in het lichaam, die een lichtere of zwaardere stijfheid kan hebben. Een spier kan dus ook ‘gewoon’ stijver zijn.’ Maar bij het meten daarvan is er een probleem, observeert Becher. ‘Over de technische details zou ik een apart college kunnen geven, maar



Foto: Inge Hondebrink

het komt erop neer dat apparatuur voor spieronderzoek een variabel signaal kan opleveren. Niet alle bewegingslaboratoria stellen hetzelfde uitgangspunt vast voor het meten van spieractiviteit bij een kind met cerebrale parese. Het zou een goede zaak zijn als dit uniform zou worden aangepakt.'

Register

Dus hoe moet nou worden omgegaan met de inzet van botulinetoxine bij kinderen met loopproblemen? Becher: 'Op het lopen blijkt botulinetoxine niet het gewenste effect te hebben, maar het effect op lichaamsfuncties - zoals de mate van kniestrekking bij lopen, de passieve beweeglijkheid of spierlengte - is nog onderwerp van onderzoek. Beperkingen in deze functies geven op langere termijn, dus in de loop der jaren tijdens de groei, problemen met lopen. Uit onderzoek in Zweden blijkt dat veel orthopedische operaties voorkomen kunnen worden als deze problemen worden voorkomen. Spasticiteitsbehandeling levert hieraan een bijdrage, dus daar kan botuline mogelijk bij helpen. Waar we ook rekening mee moeten houden, is dat gezien de grote variatie binnen de groep kinderen met CP het effect heel wisselend kan zijn. Wat is gevonden is een groepseffect, individuele reacties kunnen anders zijn. In een onderzoek wordt altijd een geselecteerde groep kinderen betrokken. Zo weten we nog niet wat het effect is bij kinderen jonger dan vier jaar. Verder onderzoek is dus zeker nodig en in de tussentijd kunnen we botulinetoxine blijven inzetten, mits dus heel zorgvuldig. Systematische evaluatie van het effect in een register is een goede mogelijkheid om meer informatie te krijgen over welke patiënten baat hebben bij botulinetoxine en welke niet. Op dit moment loopt een aanvraag bij ZonMw voor het opzetten van zo'n register.'

SPACE BOB staat voor *Spastic Cerebral Palsy: (Cost)Effectiveness of Botulinumtoxin and Physiotherapy*.

Tussen 2009 en 2014 werden twee behandelingen met elkaar vergeleken bij zestig kinderen met spastische CP. De ene groep kreeg onder narcose botulinetoxine-injecties in de beenspieren en daarna twaalf weken een intensief functioneel oefenprogramma bij de kinderfysiotherapeut. De andere groep kreeg alleen het intensieve oefenprogramma van twaalf weken, zonder injecties. Het oefenprogramma bestond uit drie keer per week behandelsessies van 45 tot 60 minuten, en thuis oefenen. De oefeningen sloten aan op de hulpvraag van kind en ouders. Het kon bijvoorbeeld gaan om dagelijkse activiteiten - zoals steppen, fietsen of traplopen - of om beter of langer kunnen lopen.

De kinderen die deelnamen waren tussen de vier en twaalf jaar oud. Door loting werd bepaald in welke groep een kind terechtkwam. De metingen waren hetzelfde voor alle deelnemers: er was een uitgebreide onderzoeksessie bij aanvang van het programma, na drie maanden en na zes maanden. Na afloop van het onderzoek droegen de kinderen een aantal dagen een meetkastje, en maandelijks werden er vragenlijsten ingevuld.

Meer berichten

Revalidatie Magazine heeft een digitale aanvulling op www.revalidatiemagazine.nl. Daar zijn onder meer extra berichten te vinden, bijvoorbeeld over diabetesrevalidatie voor jongeren bij Adelante.

Een uitgebreider bericht, met een gefilmdde impressie, is er over de derde HandbikeBattle, die op 18 juni werd gereden in het Oostenrijkse Kaunertal.



Strategisch beleidsplan en jaarbeeld

Onlangs bracht Revalidatie Nederland een strategisch beleidsplan uit voor de periode tot en met 2019. Basis van het plan is een analyse van de uitdagingen en kansen waar revalidatie-instellingen mee te maken hebben. Naar aanleiding van deze analyse zijn strategische speerpunten benoemd, die de revalidatiesector moeten helpen om zich goed te positioneren in het Nederlandse zorgnetwerk. De kwaliteit van medisch-specialistische revalidatie nog beter zichtbaar maken en in het algemeen zorgen voor meer zichtbaarheid en profilering, zijn bijvoorbeeld speerpunten. Belangrijk is ook het verder vergroten van de aandacht voor het patiëntenperspectief en het versterken van de financiële positie. Een laatste speerpunt is het centraal stellen van innovatie, waarbij het principe van stepped care - de juiste zorg op de juiste plek en het juiste moment - leidend is. Het strategisch beleidsplan is te vinden op www.revalidatie.nl, zoekterm 'strategisch beleidsplan'. Op die site staat ook het jaarbeeld over 2014, net als vorige jaren een kort jaaroverzicht dat wordt gepresenteerd door Marc de Hond.



Keurmerk Eén Kind Eén Plan

Eén Kind Eén Plan (EKEP), heet de integrale werkwijze die veel mytyl- en tytylscholen - dus scholen voor kinderen met een lichamelijke of meervoudige beperking - hanteren. Het betekent dat onderwijs- en revalidatieprofessionals hun begeleiding afstemmen en per kind allemaal aan dezelfde doelen werken. Om te toetsen of dit ook echt gebeurt, is het EKEP-keurmerk ontwikkeld. Hiermee kunnen organisaties aan de buitenwereld laten zien dat ze kindgericht werken. Het keurmerk is een initiatief van LOOK, het Landelijk Overleg Onderwijs & Kinderrevalidatie, waarin ouder-, revalidatie- en onderwijsorganisaties vertegenwoordigd zijn (www.netwerkllook.nl).

Voor de zomervakantie zijn alle 35 Nederlandse mytyl- en tytylscholen en hun revalidatiepartners uitgenodigd om zich aan te melden voor een instapkeurmerk. 'We starten met een instapkeurmerk om het laagdrempelig te houden', zegt Eric Dankbaar, projectleider bij LOOK. Om het instapkeurmerk te behalen, moeten leerkrachten, revalidatieartsen en ouders van leerlingen vragenlijsten invullen. In een later stadium zal bij verlenging van het keurmerk ook een visitatiecommissie de scholen bezoeken. Dankbaar: 'Tot nu toe hebben elf scholen een aanvraag gedaan voor het keurmerk; dat overtreft onze verwachtingen.' Het keurmerk is nu nog alleen beschikbaar voor het speciaal onderwijs, maar het is de bedoeling dat op termijn ook reguliere basisscholen ervoor in aanmerking kunnen komen. De eerste instapkeurmerken worden uitgereikt tijdens het congres van LOOK op 4 november.



Foto: Inge Handbrink

Multidisciplinair in de eerste lijn

In het vorige RM betoogde Harriët Wittink, lector Leefstijl en Gezondheid aan de Hogeschool Utrecht, dat de eerstelijnszorg na een beroerte tekort schiet. Waar mensen in revalidatie-instellingen zo zelfstandig mogelijk leren functioneren, gaan ze na thuiskomst juist achteruit. Belangrijke oorzaken zijn te veel versnippering en een te verzorgende houding in de eerste lijn. Eerstelijns zorgverleners zouden net als revalidatie-instellingen meer multidisciplinair en revaliderend te werk moeten gaan, en revalidatie-instellingen kunnen daarbij ondersteunen, aldus Wittink. Haar bijdrage staat op www.revalidatiemagazine.nl, 'Links'.



In de regio Tilburg krijgt een dergelijke samenwerking nu praktisch vorm. Locatie Leijpark van Libra Revalidatie & Audiologie en stichting MENT, die zich richt op multidisciplinaire zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel in de eerste lijn, slaan de handen ineen. Bij stichting MENT zijn praktijken aangesloten voor logopedie, ergotherapie, fysiotherapie, maatschappelijk werk en psychologie. De organisaties willen een vlotte doorstroming van patiënten naar deze praktijken realiseren. Daarbij is er aandacht voor deskundigheidsbevordering en worden afspraken gemaakt over onder meer de criteria voor in- en uitstroom van patiënten, over rapportage en overdracht. Een revalidatiearts is actief bij dit proces betrokken en heeft een adviserende rol in de eerste lijn.

Congres óók voor paramedici

De vereniging van revalidatieartsen VRA organiseert altijd in het najaar een congres, the Dutch Congress of Rehabilitation Medicine. Voor het eerst staat het congres dit jaar ook open voor paramedici, zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, logopedisten en physician assistants. Voor deze groepen is ook accreditatie aangevraagd.

Het najaarscongres biedt meer dan 40 workshops en mini-symposia, met sprekers uit binnen- en buitenland. De voertaal is Engels. Het congres is van donderdag 5 tot en met zaterdag 7 november in De Doelen in Rotterdam. Meer info staat op <https://rehabilitationmedicinecongress.nl/>.

Hersengymnastiek, leuk! Maar werkt het?

Het was al bekend: games kunnen revalideren leuker maken. Dat geldt ook voor neuropsychologische revalidatie, weten we nu dankzij het onderzoek Spelenderwijs. En het belangrijkste: games kunnen op een aantal aspecten van neuropsychologisch functioneren een gunstig effect hebben.



Foto: Inge Hondebrink

Games worden al langer ingezet in de revalidatie. Denk aan de Wii, waarmee motorische training aantrekkelijker wordt. Met zulke games kunnen soms indirect ook cognitieve functies worden getraind; het is dan echter geen hoofddoel. Er bestonden wel speciale cognitieve games, zoals Lumosity uit Amerika, maar die werden nog niet structureel ingezet in de revalidatie. Lumosity is ontwikkeld door neurowetenschappers en biedt tegen betaling van enkele dollars per maand een cognitief oefenprogramma in spelvorm. Er zijn games om werkgeheugen, aandacht, snelheid en flexibiliteit van informatieverwerking te trainen. Wereldwijd maken 70 miljoen mensen er gebruik van. Het onderzoek Spelenderwijs werd opgezet om de effectiviteit van deze games te onderzoeken bij mensen met cognitieve problemen na een CVA.

Acht weken

Aan het onderzoek deden 107 mensen van 45 tot 75 jaar mee, die één tot drie jaar daarvoor door een CVA werden getroffen. Ze werden door

loting verdeeld over een interventiegroep en een controlegroep. De interventiegroep speelde acht weken lang thuis een selectie van Lumosity-games, vijf dagen per week, vijftien tot twintig minuten per dag. De controlegroep kreeg in diezelfde periode wekelijks een 'hersensweetje' aangeboden, informatie over de hersenen. Bij beide groepen werden voor de interventie en na de acht weken metingen gedaan, en opnieuw na een pauze van acht weken. Gemeten werd hoe deelnemers scoorden in de games en daarnaast werden testen afgenomen om hun cognitieve functies in kaart te brengen. Ook vulden mensen vragenlijsten in over de ervaren cognitieve problemen en kwaliteit van leven en over de zogeheten self-efficacy, ofwel vertrouwen in eigen kunnen. Uit onderzoek is bekend dat self-efficacy belangrijk is om taken goed te volbrengen en om uitdagingen aan te durven.

De metingen lieten zien dat de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep significant meer verbeterde op werkgeheugen, tempo van informatieverwerking en self-efficacy. Ook de

resultaten in de games waren significant beter. Na de pauze van acht weken waren de resultaten afgezwakt. Op de cognitieve functies aandacht en flexibiliteit werden geen effecten gezien.

Positief

Een kwalitatieve evaluatie gaf aanvullende informatie over de beleving van de deelnemers die Lumosity hadden gespeeld. Zij waren allemaal zeer positief. Ze noemden de spellen aantrekkelijk om te doen, en ze vonden het heel prettig dat ze zelf aan hun cognitieve vaardigheden konden werken. Graag hadden ze de spellen al eerder in hun revalidatietraject willen spelen en ze zouden het gamen van harte aan andere revalidanten aanbevelen.

Eén onderzoek is onvoldoende om cognitieve games bewezen effectief te kunnen noemen. Het is bijvoorbeeld ook nog onduidelijk waarom maar op een deel van de cognitieve problematiek een gunstig effect werd gezien. Hoe de effecten zich vertalen naar het dagelijks functioneren is evenmin duidelijk. Maar de resultaten, ook uit een paar kleine onderzoeken in het buitenland, zijn veelbelovend. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen hoe cognitieve games het beste in de revalidatie kunnen worden ingezet. Daarbij zal ook worden nagegaan wat het effect is van 'strategiegerichte ondersteuning', waarbij mensen instructies krijgen over hoe te gamen, en of ook met motorisch gamen het cognitief functioneren verbeterd kan worden.

Manon Wentink, onderzoeker Sophia Revalidatie

Arend de Kloet, lector Revalidatie De Haagse Hogeschool en psycholoog Sophia Revalidatie

Spelenderwijs was een project van De Haagse Hogeschool, Sophia Revalidatie, het LUMC, Universiteit Leiden, het Rijnlands Revalidatie Centrum en Lumos Labs. Drie wetenschappelijke publicaties over het onderzoek zijn in voorbereiding.

Veiligheid managen

Twee jaar geleden selecteerde Revalidatie Nederland enkele onderwerpen die bijzonder belangrijk zijn voor patiëntveiligheid in revalidatiecentra. Dit om lidorganisaties te stimuleren om te werken aan een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Het had effect: acht van de twintig bij Revalidatie Nederland aangesloten centra zijn inmiddels gecertificeerd en de rest zal snel volgen. • Door Adri Bolt

‘We willen bijvoorbeeld dat medewerkers die patiëntencontact hebben geen ringen en horloges dragen’, vertelt Claudine Coenen, VMS-coördinator bij Revalidatie Medisch Centrum Groot Klimmendaal. ‘Daar werken we op verschillende manieren aan. Zo heeft elke afdeling een verpleegkundige die contactpersoon is voor infectiepreventie en collega’s hierop aanspreekt. Ook hebben we een ludieke actie over handhygiëne georganiseerd, waarbij medewerkers konden zien hoeveel bacteriën er achter sieraden zitten.’

Voor Groot Klimmendaal, het eerste revalidatiecentrum waarvan het veiligheidsmanagementsysteem in 2013 gecertificeerd werd, is het werken aan patiëntveiligheid een continu proces. ‘Onze bestuurder loopt samen met mij of mijn collega regelmatig veiligheidsrondes. Dan checken we allerlei veiligheidsaspecten. Liggen de patiëntendossiers achter slot en grendel, ook als iemand even koffie aan het halen is? Staan er geen producten die over de datum zijn in de koelkast? De bestuurder gaat tijdens deze rondes vooral met mensen in gesprek, want het verbeteren van patiëntveiligheid vraagt in de eerste plaats een cultuurverandering. Je moet in het DNA van de medewerkers krijgen dat systematisch veilig werken nodig is. Een VMS helpt daarbij; mensen worden proactief.’

Samenhang

‘Het is inderdaad belangrijk dat werken aan veiligheid systematisch gebeurt’, beaamt Jeroen Smale, beleidsmedewerker bij Revalidatie Nederland. ‘Je streeft naar een situatie waarin de patiëntveiligheid verweven is met de werkpraktijk. Elke individuele medewerker moet zien

welke risico’s er zijn en vooral hoe hij of zij deze risico’s kan vermijden. Niet één keer, maar in een voortdurende plan-do-check-act-cyclus.’ Een veiligheidsmanagementsysteem dwingt een instelling en medewerkers om continu naar veiligheid en preventie te kijken. ‘Zo’n systeem zorgt voor samenhang. Er gebeurt vaak al veel op het gebied van patiëntveiligheid, en dat breng je samen in een integraal veiligheidsbeleid. Uiteindelijk moet het ertoe leiden dat het veiligheidsdenken in de hele organisatie gaat leven.’

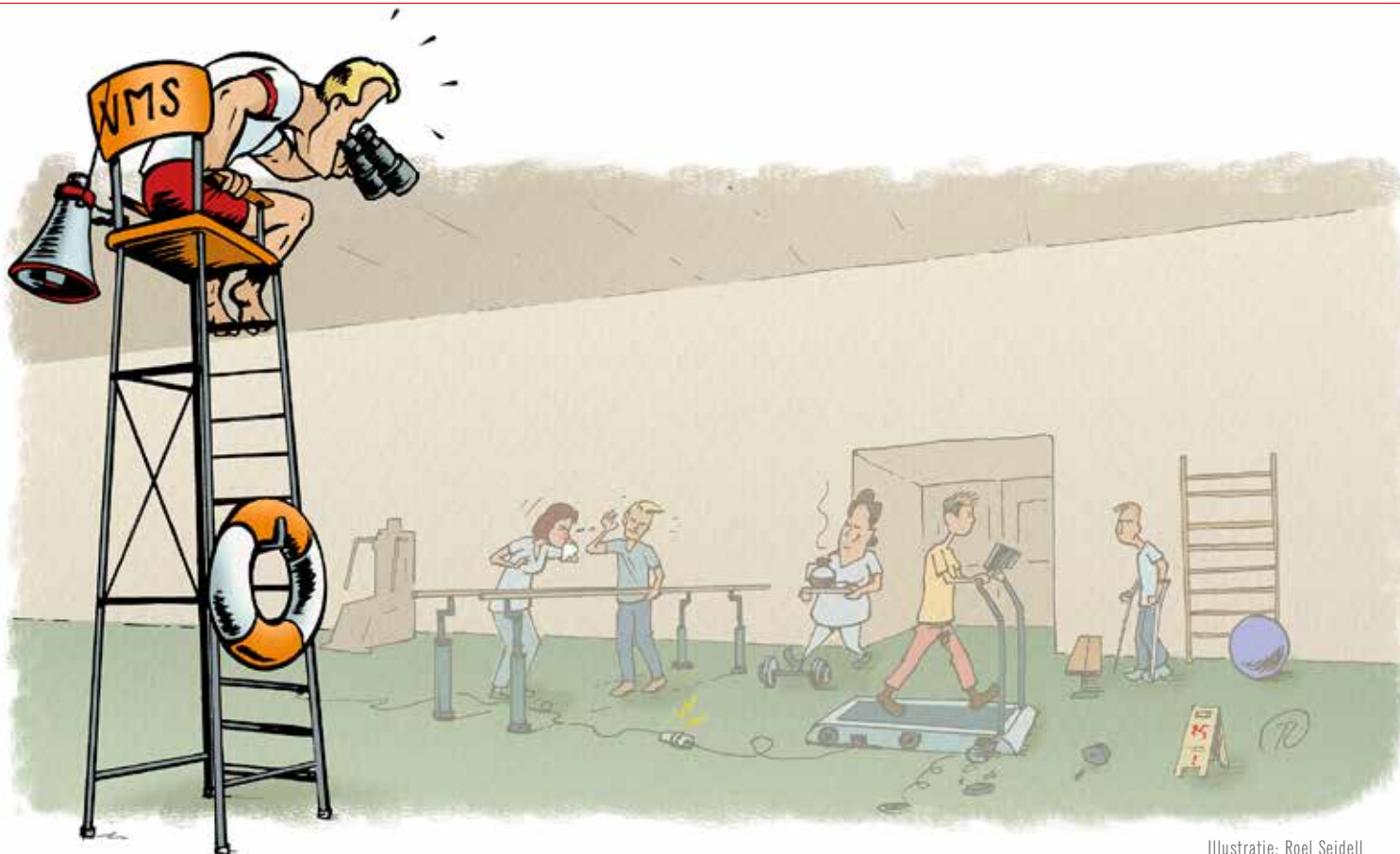
Kruistabel

Ziekenhuizen moeten vanaf 2014 verplicht een VMS hebben. Voor revalidatiecentra is zo’n systeem officieel niet verplicht, hoewel de Inspectie voor de Gezondheidszorg er vanaf dit jaar wel op toetst en sommige verzekeraars het in hun voorwaarden hebben staan. Om revalidatiecentra te stimuleren een VMS op poten te zetten, koos Revalidatie Nederland vijf ‘hoogrisico-thema’s’: infectiepreventie, het gebruik van medische technologie, medicatieveiligheid, basismedische zorg en het voorkomen van incidenten, zoals onverwachte valincidenten, tijdens de revalidatie. Het veiligheidsmanagementsysteem van revalidatie-instellingen kan worden gecertificeerd als het voldoet aan de NTA 8009. NTA staat voor Nederlandse Technische Afspraken. Elementen uit de NTA zijn bijvoorbeeld: risicobewustzijn van medewerkers, patiëntveiligheidscultuur, patiëntenparticipatie, verantwoordelijkheid raad van bestuur, risico-inventarisatie vooraf en achteraf. De NTA-elementen en de vijf kernthema’s van Revalidatie Nederland kunnen in een kruistabel worden weergegeven. Vervolgens bekijkt de instelling bij elk hokje wat er al gebeurt en waar de situatie verbeterd kan worden. Smale: ‘Je kijkt dan bijvoorbeeld hoe het staat met het risicobewustzijn van de medewerkers bij het omgaan met medicatie.’

Hiaten

‘Het werken met een veiligheidsmanagementsysteem levert ons veel op’, vertelt Marleen Lannoo, beleidsmedewerker kwaliteit en veiligheid

**Medewerkers moeten begrijpen
waaróm veiligheid een voortdurend
punt van aandacht hoort te zijn**



Illustratie: Roel Seidell

bij revalidatiecentrum Reade. 'Neem nu het onderwerp medische technologie. Door daar in te duiken, verzamelden we kennis over de bij ons gebruikte apparaten. We wisten bijvoorbeeld niet precies welke apparatuur we in huis hadden, en waar die stond. Of hoe oud de apparaten waren, en of de medewerkers goed getraind waren in het werken ermee. Door jezelf systematisch die vragen te stellen, krijg je inzicht en weet je hoe je de veiligheid kunt optimaliseren.'

Inmiddels is ook Reade gecertificeerd, en de organisatie voegde een zesde kernthema toe aan de lijst van Revalidatie Nederland: informatieveiligheid. Groot Klimmendaal heeft dit thema eveneens toegevoegd. 'Dat is in dit digitale tijdperk cruciaal, al mogen er natuurlijk ook geen papieren dossiers rondslingeren.' En ook Reade organiseert veiligheidsrondes. 'Dat doen leidinggevendenden samen met intern deskundigen, zoals de deskundige infectiepreventie en het hoofd bedrijfshulpverlening. Leidinggevendenden leren zo anders te kijken naar hun afdeling. Ze zien zelf waar de hiaten zitten. Sinds kort lopen medewerkers mee, om vervolgens zelfstandig hun eigen afdeling te inspecteren. Er is echt meer aandacht gekomen voor de veiligheid. Zo leidde een veiligheidsronde tot een verbouwing, omdat opslagruimtes niet voldeden voor opslag van steriele medische hulpmiddelen. En we maakten een quiz over handhygiëne en het dragen van dienstkleeding en handschoenen.'

Veiligheidscommissie

Maar hoe doe je het concreet, zo'n veiligheidsmanagementsysteem opzetten? We nemen Groot Klimmendaal als voorbeeld. Daar is een veiligheidscommissie leidend, met zes subcommissies en een werkgroep. Claudine Coenen: 'Daarnaast hebben we precies omschreven welke medewerkers wát moeten weten op het gebied van patiëntveiligheid. Die kennis staat in een boekje dat alle medewerkers op hun deurmat

hebben gekregen. Deze kennis toetsen we met e-learning-modules.'

Daarnaast volgen alle medewerkers jaarlijks trainingen op het gebied van patiëntveiligheid, waaronder de zogeheten IZEP-training. 'Medewerkers scoren tijdens deze training de veiligheidscultuur van hun afdeling op een aantal dimensies, zoals 'nalevingsgedrag'. En gaan vervolgens in discussie over de vraag hoe de situatie binnen de eigen afdeling is, en wat er beter kan.' Verder heeft het centrum een digitaal systeem waarmee medewerkers incidenten en bijna-incidenten kunnen melden zonder bang te hoeven zijn dat ze in de problemen komen. 'Want het gaat er niet om wie 'schuldig' is. Het gaat om de vraag: hoe kun je het proces anders inrichten om te voorkomen dat het nog eens gebeurt?'

Serius

Zowel Lannoo als Coenen benadrukt dat het voornaamste is om te werken aan een cultuuromslag. Medewerkers moeten begrijpen waaróm veiligheid een voortdurend punt van aandacht hoort te zijn. Dat het voorkomen van bijvoorbeeld een infectie of medicatiefout van wezenlijk belang is voor een revalidatie-instelling. Daarbij is de rol van bestuur en management cruciaal. Marleen Lannoo: 'Je moet volhouden, zorgen dat er continu aandacht voor is. En je hebt het bestuur en lijnmanagement echt nodig om een open sfeer te bereiken waarin iedereen meedenkt over veiligheid.'

Revalidatie Nederland juicht de invoering van gecertificeerde veiligheidsmanagementsystemen toe. 'Omdat we patiëntveiligheid heel belangrijk vinden', aldus Jeroen Smale. Ook verzekeraars zetten dus druk achter de invoering van zulke systemen. 'Verschillende verzekeraars willen dat die certificering eind dit jaar al rond is. Ik verwacht dat vrijwel alle instellingen in de loop van 2016 gecertificeerd zullen zijn. We zijn heel blij dat onze leden het zo serieus oppakken.'

Meten met één maat

De USER is een meetinstrument om de uitkomsten van klinische revalidatie in kaart te brengen. Het instrument werd tien jaar geleden geïntroduceerd, en nog steeds neemt het gebruik ervan toe.

Marcel Post, bijzonder hoogleraar revalidatiegeneeskunde, ontwikkelde de USER tien jaar geleden. Hij licht toe waarom: 'Daarvoor is jaren gediscussieerd over een meetinstrument om de uitkomsten van revalidatie te meten. De verschillende partijen werden het niet eens over de beschikbare instrumenten. Aan elk instrument was wel iets mis en dit leidde tot een patstelling. Het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht kwam toen met het idee om iets nieuws te ontwikkelen dat het goede van alle instrumenten bijeenbracht.' Het resultaat was de USER, de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van klinische Revalidatie.

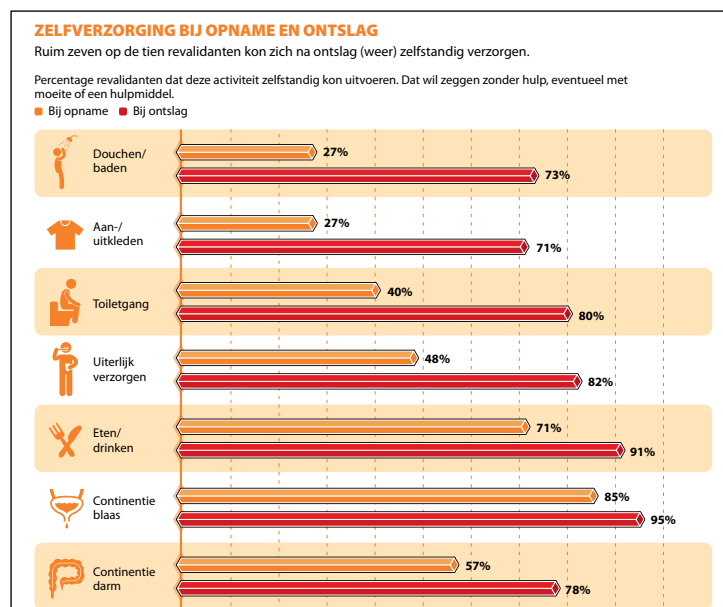
Revalidatie richt zich op herstel van zelfredzaamheid bij alledaagse activiteiten. De USER meet daarom de vooruitgang in vaardigheden als eten en drinken, naar het toilet gaan en rolstoelrijden. Daarnaast meet het cognitie, pijn, vermoeidheid en stemming. De USER bestaat uit een checklist, die verpleegkundigen met een revalidant doornemen bij opname in de kliniek en bij ontslag.

Mazzel en momentum

De USER wordt inmiddels in veel revalidatiecentra ingezet. De laatste jaren tonen ook verpleeghuizen belangstelling. Post: 'De USER heeft meer ingang gevonden als uitkomstmaat dan enig ander instrument. Dat dit is gelukt, is een combinatie van mazzel en momentum. We hebben de tijdgeest mee, want er is externe druk op de sector om resultaten te tonen. Het instrument wordt breed gebruikt.' Zo loopt op dit moment een project waar alle revalidatiecentra met een klinische CVA-afdeling aan meedoen. De USER-gegevens die deze centra de afgelopen jaren hebben verzameld, worden samengebracht en geanalyseerd. 'Dan zie je verschillen tussen revalidatiecentra in hoeveel patiënten vooruitgaan op de USER. Verder zien we dat ongeveer 10 procent van de revalidanten bij opname al de maximale score op de USER heeft. Het lijkt er dan op dat ze al volledig zelfredzaam zijn. Dat zijn belangrijke uitkomsten, want nu kunnen we verder onderzoeken waar de verschillen tussen centra door veroorzaakt worden en waarom mensen met maximale scores toch worden opgenomen. Mogelijk voor andere behandeldoelen, bijvoorbeeld op het gebied van taal-spraak en geheugen.'

Leren

De Hoogstraat Revalidatie publiceerde recent als eerste revalidatiecentrum de USER-gegevens op zijn website. Infographics maken zichtbaar dat revalidanten doorgaans grote vooruitgang boeken. Volgens Steven Berdenis van Berlekom, directeur zorg en innovatie van De Hoogstraat, is het naar



De USER-gegevens van De Hoogstraat staan op www.dehoogstraat.nl/revalidatie/resultaten

buiten brengen van het behandelresultaat van cruciaal belang om de behandeling verder te kunnen verbeteren. 'Wij hopen dat andere revalidatiecentra ook deze getallen gaan publiceren. Door te vergelijken, kunnen we leren van elkaar. Dat zal een positief effect hebben op de kwaliteit van de zorg.'

Toch is niet iedereen enthousiast over de USER. Veelgehoorde kritiek is dat één instrument niet goed kan meten voor alle diagnosegroepen. Marcel Post denkt dat dit wel meevalt, en tot nu toe is volgens hem niet gebleken dat diagnosespecifieke instrumenten beter zijn: 'Mobiliteit en zelfredzaamheid zijn bij veel diagnosegroepen hoofddoelen van klinische revalidatie. Het werken met één algemeen instrument is daarom veel simpeler en praktischer dan dat je met 48 staatjes, één per diagnosegroep, moet laten zien wat revalidatie oplevert. De USER werkt bij de meeste revalidatietrajecten gewoon goed. Het zou daarom nuttig zijn als het instrument nog meer wordt ingezet: overal in de revalidatie, en ook in ziekenhuizen en verpleeghuizen.'

Mia Willems,
senior adviseur innovatie en implementatie Kenniscentrum
Revalidatiegeneeskunde Utrecht (De Hoogstraat Revalidatie en UMC Utrecht)

Illustratie: Ymke's Infographics

19-6-1964 | GEBOREN

REVALIDATIE: DECEMBER 2011 TOT DECEMBER 2012



‘Mijn kracht is ook mijn valkuil’

Marijke Mengelers (51 jaar) kreeg op haar zevenenveertigste een herseninfarct en raakte halfzijdig verlamd. Als werkende alleenstaande co-ouder van drie opgroeiende dochters realiseerde ze zich de ernst amper en wilde dat liever ook niet. ‘Zolang niemand zeker wist in hoeverre ik zou herstellen, ging ik er vanuit dat ik met hard oefenen snel beter zou worden.’ • Door Anne Merkies

‘Na tien dagen ziekenhuis ging ik revalideren. Ik wist dat het grootste herstel de eerste drie maanden plaats zou vinden en daarna alleen nog kleine stapjes. Ik dacht: “Ik heb dus nog elf weken om keihard te oefenen. Deze kans krijg ik maar één keer, dus ik doe alles wat goed voor me is.” Mijn drive was enorm. De maatschappelijk werkster in het revalidatiecentrum zei dat ze nog nooit iemand had meegemaakt met zoveel doelen. Later las ik een boek van een neuroloog waarin stond dat revalideren jaren kan duren. Dat was een eyeopener voor mij en het gaf me extra spirit; na drie maanden zou ik dus nog meer herstel kunnen behalen.

Mijn revalidatie ging voorspoedig. Ik leerde lopen met een stok, voor mezelf zorgen, dus bijvoorbeeld aankleden en wassen, opnieuw fietsen, auto rijden in een automaat, maar ook handigheidjes om alle informatie die je binnen krijgt te verwerken. Mijn telefoon, bijvoorbeeld, is een hulpmiddel waarin ik aantekeningen maak om beter te ordenen en te onthouden. Na drie maanden intern te hebben gerevalideerd, ging ik verder met poliklinisch revalideren, want ik was nog lang niet klaar. Doorgaan, net zolang totdat ik weer zoveel mogelijk onafhankelijk was, dat wilde ik. Die kracht om altijd maar door te gaan is ook mijn valkuil, leerde ik later. Het gevaar is dat je over je grenzen gaat en dat werkt uiteindelijk tegen je. Een juiste balans van activiteit en rust is zo belangrijk voor je herstel.

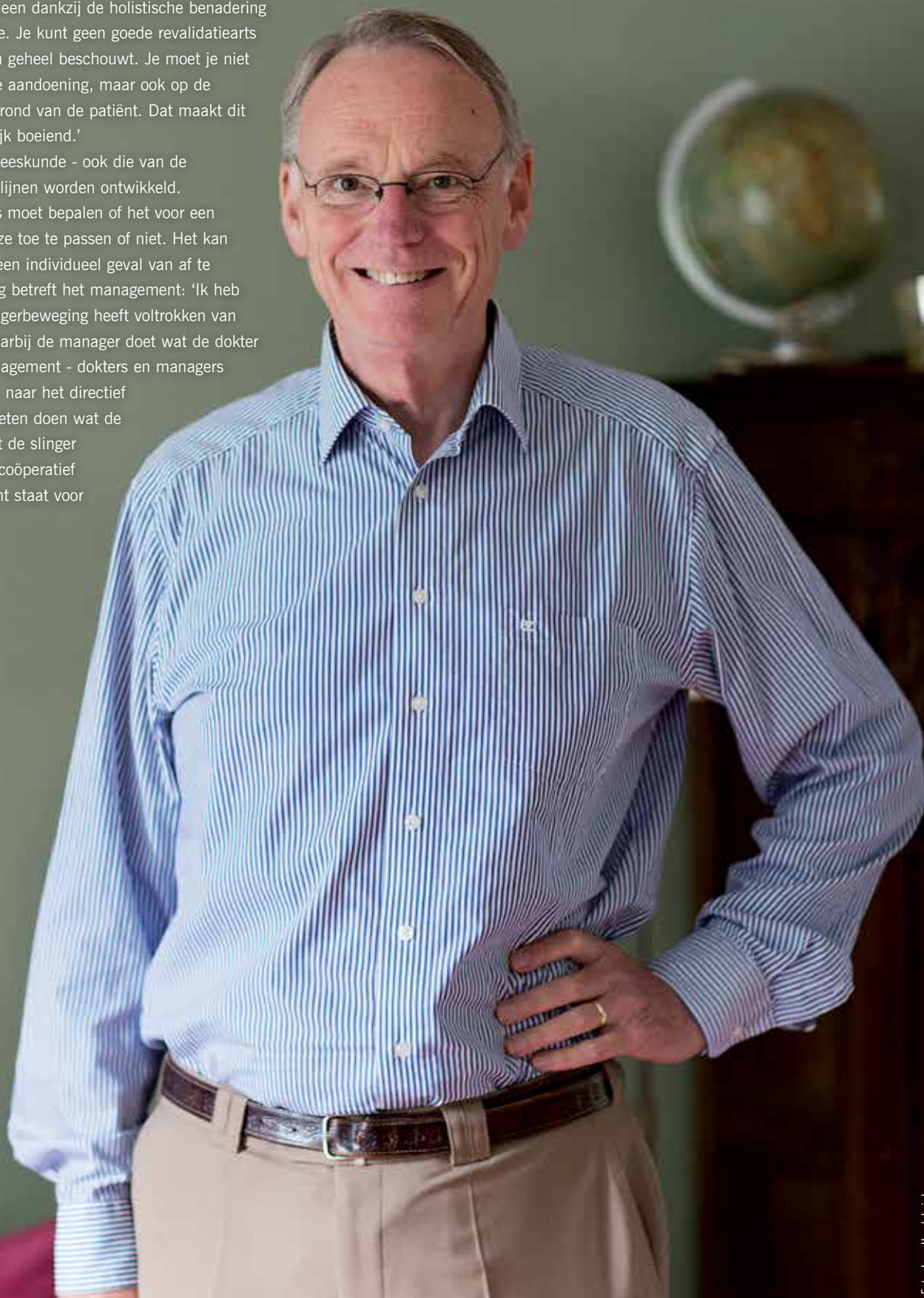
Na mijn revalidatie pakte ik meteen mijn werk op als sociaal verpleegkundige bij de jeugdgezondheidszorg en binnen vier maanden werkte ik weer drie dagen per week, net als daarvoor. Mijn werk was en is nog steeds heel belangrijk voor me. Ik vind het mooi om mijn enthousiasme en mijn levenservaring op de kinderen over te brengen. Iedereen krijgt met tegenslag te maken, maar het gaat erom hoe je ermee omgaat. Het maakt je ook sterk. Hulp vragen heb ik moeten leren, maar ik doe het wel bij mijn vriend en kinderen. En het moet ook, want in mijn linkerarm heb ik enerzijds minder gevoel en anderzijds een hypergevoeligheid en verminderde spierkracht, waardoor bijvoorbeeld boodschappen tillen moeizaam gaat. Voor langere afstanden heb ik een rolstoel, maar liever zit ik er niet in.

Ik ben trots op wat ik heb bereikt, maar het kost me allemaal veel energie, misschien wel iets teveel. Twee weken geleden heb ik een nieuwe intake gehad in het revalidatiecentrum, omdat ik last heb van overbelastingsklachten aan mijn goede kant. Het is een geleidelijk proces, je hebt heel lang niet door dat het steeds iets slechter gaat. Daarom zou nazorg goed zijn binnen de revalidatie. Iedereen zou standaard een half jaar na zijn revalidatietraject een oproep moeten krijgen en daarna bijvoorbeeld nog een keer na een jaar. Gewoon om te vragen hoe het met je gaat en of je nog iets nodig hebt. Ik snap best dat je niet kunt blijven revalideren, maar door nazorg kun je klachten juist eerder ondervangen.’

Revalidatiearts **Floris van Asbeck** was 27 jaar werkzaam op de dwarslaesieafdeling van De Hoogstraat. Vorig jaar ging hij met pensioen. Wel is hij nog als revalidatiearts-onderzoeker verbonden aan het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht. 'Mijn werk met dwarslaesiepatiënten heb ik met veel plezier gedaan. Wat ik altijd zo bijzonder heb gevonden, is dat velen van hen ondanks hun zware handicap ongelooflijk goed functioneerden. Dat hebben ze dan zelf bereikt, maar als arts schep je met je team wel de voorwaarden. Dit alles lukt alleen dankzij de holistische benadering van de revalidatiegeneeskunde. Je kunt geen goede revalidatiearts zijn als je de mens niet in zijn geheel beschouwt. Je moet je niet alleen richten op de medische aandoening, maar ook op de psychische en sociale achtergrond van de patiënt. Dat maakt dit vak complex maar ook vreselijk boeiend.'

Van Asbeck ziet dat in de geneeskunde - ook die van de revalidatie - steeds meer richtlijnen worden ontwikkeld. 'Ikzelf vind dat de arts telkens moet bepalen of het voor een specifieke patiënt zinvol is deze toe te passen of niet. Het kan goede geneeskunst zijn er in een individueel geval van af te wijken.' Een laatste opmerking betreft het management: 'Ik heb meegemaakt dat zich een slingerbeweging heeft voltrokken van faciliterend management - waarbij de manager doet wat de dokter zegt - via het coöperatief management - dokters en managers werken gelijkwaardig samen - naar het directief management - de dokters moeten doen wat de managers zeggen. Ik hoop dat de slinger weer terug zal gaan naar het coöperatief management, omdat dit garant staat voor de meest efficiënte zorg.'

**'Het is een complex
maar zeer boeiend vak'**



Stiefkind krijgt geleidelijk voorbeeldfunctie

De afgelopen zestig jaar, na de oprichting van revalidatieartsenvereniging VRA, heeft de revalidatie-geneeskunde zich ontwikkeld tot een volwaardig medisch specialisme dat internationaal tot de top behoort. Was zij vroeger het stiefkind binnen de gezondheidszorg, inmiddels dient de revalidatiegeneeskunde als voorbeeld voor collega-specialismen vanwege de holistische en multidisciplinaire benadering.

• Door John Ekkelboom

In Nederland was tot 1945 wel sprake van gehandicaptenzorg, maar die werd niet ondersteund vanuit een eigen medisch specialisme. De revalidatie-geneeskunde kwam pas goed op gang na de tweede wereldoorlog waarin veel slachtoffers vielen, zowel militairen als burgers. De behandeling was vooral gericht op mensen met amputaties die opnieuw moesten leren lopen met een prothese. Dit gebeurde in nieuwe revalidatiecentra in Doorn, Leersum, Amsterdam en Enschede, en in enkele ziekenhuizen die kleine revalidatie-afdelingen hadden opgericht. Deze ontwikkeling leidde in 1955 tot de oprichting van de VRA, toen nog voluit de Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Therapie.

Unieke positie

Na de oprichting van de VRA is het aantal revalidatiecentra en revalidatie-afdelingen in ziekenhuizen fors toegenomen. Daarbij is het werkterrein flink uitgebreid met bijvoorbeeld revalidatie voor neurologische aandoeningen en veel later met oncologische en pijn- en orgaanrevalidatie. Maar het duurde nog tot 1977 totdat de revalidatiegeneeskunde als medisch specialisme werd erkend, vertelt Hans Rietman. Hij is de huidige voorzitter van de VRA (nu: Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen), directeur van Roessingh Research and Development en hoogleraar revalidatiegeneeskunde en -technologie aan de Universiteit Twente. 'Deze erkenning heeft er in Nederland voor gezorgd dat de revalidatiegeneeskunde zich als zelfstandig specialisme goed heeft kunnen ontwikkelen. In andere landen zijn het bijvoorbeeld neurologen of orthopeden die revalidatie bedrijven. Ook is het aantal revalidatieartsen per aantal inwoners in ons land relatief groot. De VRA telt nu circa 800 leden.' Volgens de voorzitter kreeg de opleiding tot revalidatiearts dankzij de erkenning een enorme boost. Revalidatieartsen werden voortaan opgeleid volgens bepaalde standaarden, net als andere medisch specialisten. Voorheen was er meer sprake van een meester-gezel-opleiding, waarbij de inhoud afhankelijk was van de lokale situatie en de hobby's van de betreffende professionals. Rietman: 'Wij zijn wereldwijd een van de weinigen die een intensief landelijk opleidingsprogramma hebben ontwikkeld, waarbij alle assistenten-in-opleiding regelmatig gezamenlijk cursussen volgen met een bepaald onderwerp, zoals herseninfarct,

dwarslaesie of amputatie. Uiteindelijk is dit uitgegroeid tot het huidige opleidingsplan BETER, dat meer structuur heeft en competentiegericht is.'

Volwassen

Rietman constateert dat in de loop der jaren de ziekenhuisrevalidatie een belangrijke poot is geworden binnen de revalidatie. 'Als je een goed team hebt, en een goede samenwerking tussen ziekenhuisafdeling en revalidatiecentrum, maakt het niet uit waar je de behandeling geeft. Ook ziekenhuisrevalidatie is volwassen geworden.' Dat de revalidatie-geneeskunde - zowel in het ziekenhuis als in de centra - in de loop der jaren een volwassen specialisme is geworden, is met name te danken aan de academisering die in de jaren tachtig van de vorige eeuw langzaamaan op gang kwam. Als een van de mijlpalen noemt Rietman het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO) van de overheid, dat werd ingesteld omdat het klinisch onderzoek binnen de revalidatie-geneeskunde als zwak werd beoordeeld. Bij de start van dit programma volgden vier revalidatieartsen een intensief onderwijsprogramma om volwaardig patiëntgebonden onderzoek te kunnen doen en te promoveren. Rietman: 'Vervolgens heeft de VRA een doorstart gemaakt met de tweejarige SGO-cursussen, waaraan ik zelf ook heb deelgenomen. Tot 1998, toen de cursussen stopten, zijn er in totaal zo'n zestig revalidatieartsen opgeleid, van wie velen zijn gepromoveerd. Dat heeft de academisering van ons vak veel goed gedaan en zo kon de revalidatie-geneeskunde verder uitgroeien tot ook een wetenschappelijk volwassen specialisme.'

Stimuleringsprogramma's

Iemand van buiten de sector die de academisering van de revalidatie-geneeskunde van dichtbij heeft meegemaakt, is Trudi van den Bos. Zij is emeritus hoogleraar sociale geneeskunde aan het AMC. Ze heeft zich beziggehouden met onderzoek naar chronisch zieken, een patiëntengroep waarvoor tot eind vorige eeuw nauwelijks aandacht was. Dat veranderde toen het aantal chronisch zieken bleef toenemen, niet alleen als gevolg van de vergrijzing maar paradoxaal genoeg ook dankzij de successen



Foto: Inge Hondabrink

‘Revalidatiegeneeskunde moet zich minder bescheiden opstellen’

van de gezondheidszorg waardoor chronisch zieken langer leven. Er kwam meer aandacht voor de kwaliteit van leven en de participatie van de patiënt, een proces waarbij patiëntenverenigingen een belangrijke rol speelden. Nadat een studie op initiatief van de Nationale Commissie Chronisch Zieken aantoonde dat het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de revalidatiegeneeskunde nog wel een extra steun in de rug kon gebruiken, werd een omvangrijk programma opgezet: het Stimuleringsprogramma Revalidatieonderzoek dat in 1998 van start ging en in 2005 werd afgerond. Van den Bos vertelt dat in die periode een goede samenwerking tot stand kwam tussen de revalidatiecentra en de universitaire medische centra en dat het aantal leerstoelen revalidatiegeneeskunde substantieel werd uitgebreid. ‘Het onderzoek van dit programma ging vooral uit naar de prognostiek, waarbij het gaat om de vraag welke factoren het beloop van aandoeningen op de lange termijn voorspellen. Zo’n 75 projecten werden er uitgevoerd.’

Eigen regie

Na dit eerste programma was er behoefte aan onderzoek naar de werkingsmechanismen en het effect van revalidatiebehandelingen. Dit resulteerde in 2005 in de komst van het IIe Programma Revalidatieonderzoek. Van den Bos was voorzitter van de programmaraad. ‘Het was fantastisch dat wederom allerlei fondsen bereid waren om dit programma mede te financieren, waardoor het mogelijk werd mooie onderzoeken te doen op het gebied van bijvoorbeeld CVA, dwarslaesie, cerebrale parese, multiple sclerose en spierziekten. Dit heeft geleid tot diverse nieuwe interventies. Inmiddels loopt er een IIIe Programma Revalidatieonderzoek als vervolg en verdieping van het IIe.’ Van den Bos vindt dat mede dankzij die programma’s de revalidatiegeneeskunde enorme sprongen heeft gemaakt. Ze denkt dat andere specialismen er veel van kunnen opsteken. ‘Dat geldt bijvoorbeeld voor het multidisciplinaire karakter ervan, wat je bij de andere medische disciplines nauwelijks tegenkomt. Andere verdiensten van de revalidatie zijn de versterking van de patiëntenrol via eigen regie en autonomie, aandacht voor de gevolgen van aandoeningen voor het dagelijks functioneren en de psychosociale ondersteuning van mantelzorgers. Jammer is wel dat de revalidatie zich nog onvoldoende manifesteert binnen de medisch-klinische sector. Daardoor wordt revalidatie vaak pas in het natraject van klinische zorg ingeschakeld, terwijl patiënten juist veel baat zouden kunnen hebben bij revalidatiebehandeling in een zo vroeg mogelijk stadium.’

Nauwelijks een relatie

In de regio Limburg is de afgelopen twee decennia samen met andere specialismen hard gewerkt om de revalidatiegeneeskunde als een volwaardig en gelijkwaardig specialisme te ontwikkelen. Een van de kartrekkers is Peter Brink, hoogleraar chirurgie met aandachtsgebied traumatologie en hoofd van de afdeling Traumatologie van het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Bij zijn aanstelling als hoogleraar werd hij gevraagd om consulent te worden van revalidatiecentrum Adelante in Hoensbroek. ‘Toen ik in 1978 als assistent chirurgie voor het eerst met revalidatieartsen werkte, merkte ik dat de revalidatie nauwelijks een relatie had met mijn vak. Als wij klaar waren, stuurden we de patiënten door en gaven we aan wat ze wel en niet mochten doen met hen. Uiteindelijk had je geen beeld van wat er werd gedaan in de revalidatie. Inmiddels zijn we die situatie volledig aan het veranderen. Het is niet goed als de chirurg zegt dat hij de hoofdbehandelaar is van de patiënt in het traject waarop hij geen kijk heeft en waarvan hij ook geen verstand heeft. Chirurgen en orthopeden weten überhaupt slecht wat bijvoorbeeld belast en onbelast lopen betekent voor operatief herstelde bot- en gewrichtsletsels.’

Olievlek

Brink constateert dat de huidige protocollen en richtlijnen nog steeds gebaseerd zijn op angst. ‘Die geven aan dat je een geopereerde fractuur zo min mogelijk moet belasten, want dat zou het veiligst zijn. Maar dat is nergens op gebaseerd. Daardoor is de revalidatiegeneeskunde in een spagaat gekomen. Patiënten willen veel intensiever aan de slag, maar revalidatieartsen durven dat niet omdat de primaire behandelaar adviseert het niet te doen.’ De Maastrichtse hoogleraar vindt dat het postoperatieve behandelingsprotocol voor vroeg revalideren gedefinieerd en uitgevoerd moet worden door de revalidatiegeneeskunde, waarbij niet alleen wordt gekeken naar het gewricht maar ook naar participatie en sociale aspecten. ‘En dat dan multidisciplinair, en met de revalidant centraal. In die aspecten is de revalidatie heel sterk, daar kunnen andere specialismen een voorbeeld aan nemen. Revalidatiegeneeskunde moet zich daarvoor dus wel minder bescheiden opstellen. Hier in Limburg zijn we wat dat betreft op de goede weg. Ook in de rest van het land is interesse voor deze aanpak, zodat die zich als een olievlek kan verspreiden.’

Kijk voor meer informatie op www.revalidatiemagazine.nl.



Een hoogleraar in de revalidatie aan het woord

‘Pijnrevalidatie behoort tot ons vakgebied’

Door John Ekkelboom

Zelf heeft Rob Smeets vanwege erfelijke spasticiteit al zijn hele leven met revalidatiegeneeskunde te maken. Wellicht dat zo de basis werd gelegd voor zijn interesse voor dit vakgebied, waarop hij sinds 2009 hoogleraar is. Zijn wetenschappelijke aandacht gaat uit naar twee thema's: arm-handvaardigheidsproblemen en chronische pijn en vermoeidheid. Zo keken Smeets en zijn collega's onlangs naar de meerwaarde van botulinetoxine-injecties naast bimanuele taakgerichte training bij kinderen met cerebrale parese (CP). Hij legt uit dat deze kinderen door hersenschade de arm van hun aangedane kant minder inzetten. 'Je kunt hen dwingen de minder functionerende hand te gebruiken door de goede arm te fixeren. Dat werkt wel, maar ons onderzoek toont nu aan dat het beter is om het kind ook dubbelzijdige taken te laten uitvoeren, zoals het strikken van veters en eten met mes en vork. Dit kun je combineren met botulinetoxine om de meest spastische spieren uit te schakelen. Op zich een goede aanpak, maar hierdoor verlies je wel spierkracht, wat de training kan tegenwerken. Dit middel moet je dus heel zorgvuldig en beperkt toepassen.'

Smeets probeert de therapie voor de genoemde doelgroep verder te optimaliseren. In het kader van het IIIe Programma Revalidatie-onderzoek van ZonMw onderzoekt zijn onderzoeksteam samen met de Nijmeegse universiteit het nut van **thuisstraining** van kinderen met CP vanaf twee jaar. 'Eén groep ouders laten we een vast oefenprogramma met hun kind uitvoeren en een andere groep ouders moet spelenderwijs de aangedane hand van hun kind trainen. We vergelijken beide manieren met een training door de eigen fysiotherapeut. We verwachten dat de twee experimentele groepen betere resultaten laten zien dan de fysiotherapiegroep, en dat de spelvorm leidt tot minder ouderlijke stress en daardoor langer wordt volgehouden.'

Op het gebied van chronische pijn/moeheid heeft Smeets diverse studies lopen. Een daarvan moet uitwijzen of **spiegeltherapie** voor fantoompijn in een vroege fase na een beenamputatie zinvol is. Daarvoor heeft zijn onderzoeksgroep een programma ontwikkeld, waarbij patiënten met een tablet op iedere gewenste locatie kunnen oefenen, met zo nodig coaching op afstand door een therapeut. Het lijkt erop dat de pijn aanvallen in aantal, duur en intensiteit afnemen. Bij een ander onderzoek staat het chronisch vermoeidheidssyndroom centraal, dat volgens Smeets naast vermoeidheid ook gepaard kan gaan met pijn. 'Psychotherapie was voorheen de enige optie. Het pijnteam van revalidatiecentrum Revant heeft een revalidatieprogramma ontwikkeld met een gecombineerde behandeling van graded exercise, cognitieve gedragstherapie, body awareness en psychosociale begeleiding. Gezamenlijk hebben we de werking ervan onderzocht. Het blijkt beter te werken dan psychotherapie. De moeheid neemt af en de kwaliteit van leven verbetert.'



Foto: Inge Hondelink

Rob Smeets (Sittard, 1964) volgde de opleiding tot revalidatiearts binnen het Limburgse circuit. Daarna begon hij zijn carrière bij Blixembosch, waar hij een klinische afdeling opstartte. In 2006 promoveerde hij op een grote studie naar chronische lage rugklachten en twee jaar later trad hij in dienst van Adelante. Tijdens dat dienstverband mocht hij een jaar naar Australië voor onderzoek naar chronische pijn. Bij terugkomst in 2009 werd hij benoemd tot hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan de Universiteit Maastricht. Smeets is getrouwd. Zijn hobby's zijn fietsen, zijn Bostonterriër Tommie en koken.

Pijnrevalidatie was in het verleden vooral psychosociaal georiënteerd; de biologische component werd volgens Smeets veronachtzaamd. Als voorbeeld noemt hij het probleem van sensitisatie, waarbij het centrale zenuwstelsel van de pijnpatiënt overgevoelig raakt. Patiënten bij wie dit probleem een belangrijke rol speelt, hebben mogelijk onvoldoende baat bij bestaande behandelvormen. Smeets wil onderzoeken hoe deze overgevoelige reactie kan worden genormaliseerd. 'Het is onterecht dat pijnrevalidatie binnen de beroepsvereniging ter discussie staat. We hebben aangetoond hoe belangrijk deze therapie kan zijn. Ik maak me grote zorgen dat sommige revalidatiecentra de pijnrevalidatie afbouwen. Deze vorm van revalidatie behoort echt tot ons vakgebied. Chronische pijn - met of zonder sensitisatie - moet worden gezien als een ziekte, die grote impact heeft op sociale participatie.'

Mantelzorgers en professionals bundelen krachten

De laatste jaren kwam er steeds meer aandacht voor mantelzorgers. Niet voor niets, want mantelzorgers hebben een belangrijke maar vaak zware taak. Om hen daar beter voor toe te rusten, werd het grote landelijke programma In voor Mantelzorg opgezet. Aan dit programma deden ook drie medisch-specialistische revalidatiecentra mee. Het leidde tot meer aandacht voor mantelzorgers. • Door Adri Bolt

‘Digitale communicatie met de mantelzorger en met het sociale netwerk wordt steeds belangrijker’, vertelt Yvonne de Jong. Namens Vilans, kenniscentrum voor de langdurige zorg, is zij adviseur van In voor Mantelzorg, een programma om de samenwerking tussen mantelzorgers en beroepskrachten te verbeteren. ‘Er zijn veel redenen om als revalidatie-instelling mantelzorgers actief bij de behandeling te betrekken. Mantelzorgers kunnen bijdragen als ervaringsdeskundige en informatiebron. Ze kunnen helpen om de therapietrouw te vergroten. Wanneer zij goed in hun vel zitten, is dat goed voor de revalidant. Dat is extra relevant nu een steeds groter deel van de zorg na de revalidatie bij mantelzorgers terechtkomt.’

Revalidatie-instellingen treden mantelzorgers al relatief actief tegemoet, maar de waarde van mantelzorg wordt nog niet overal genoeg ingezien, zegt De Jong. ‘Zo bleek in 2013 uit een enquête van Revalidatie Nederland dat een kwart van de instellingen geen speciale steun voor mantelzorgers organiseerde. Goede communicatie met en informatie op maat voor mantelzorgers en het sociale netwerk is echter essentieel. Dat sociale netwerk is zo belangrijk omdat niet alles op één mantelzorger neer moet komen.’ Digitale kanalen, te beginnen bij een simpele WhatsApp-groep, hebben daarbij een groot bereik. ‘Zo kun je als zorgorganisatie veilige platforms oprichten. Om meer mensen bij de patiënt te betrekken, én om als zorgverlener te communiceren en te informeren. Via zo’n platform kan het netwerk ook de planning doen: wie doet er morgen de boodschappen?’

Een tussenevaluatie van eind juni laat zien dat bij de organisaties die meededen aan In voor Mantelzorg de samenwerking tussen beroepskrachten en mantelzorgers inderdaad is toegenomen. ‘Revalidatie-instellingen die niet hebben meegedaan, zouden deze beweging ook moeten maken. Investeren in mantelzorgers levert veel op.’

In voor Mantelzorg omvat zo’n tachtig verandertrajecten in verschillende soorten zorgorganisaties. De uitvoering van het programma, dat formeel deze maand afloopt, is in handen van Vilans en Movisie. Meer informatie: www.invoormantelzorg.nl.

Revalidatie Medisch Centrum Groot Klimmendaal: Betere informatievoorziening

‘Wij willen mensen uit de directe omgeving van de cliënt nauw bij de behandeling betrekken, en we willen hen zo goed mogelijk ondersteunen op weg naar huis.’ Aan het woord is Dorien Stapelbroek, projectleider bij Revalidatie Medisch Centrum Groot Klimmendaal. ‘Zo organiseren we tijdens de behandeling meeloopdagen en hebben we een nazorgpoli voor CVA-cliënten, onze grootste cliëntengroep. Daar zien we cliënt en mantelzorger een aantal keer, tot dertien maanden na ontslag. De nazorgconsulent bespreekt hoe het gaat, ook met de mantelzorger, en verwijst door als dat nodig is. Want weer thuis lopen mensen tegen allerlei problemen aan.’

Tijdens In voor Mantelzorg werkt het centrum aan verbetering van de informatievoorziening voor mensen met een CVA en hun mantelzorgers. ‘We verstrekten al veel informatie, maar vinden het belangrijk om ook echt de juiste informatie op het juiste moment te geven. Hoe kunnen we zorgen dat cliënt en mantelzorger zelf de regie kunnen houden, ook als de cliënt weer thuis is na de revalidatie? Om te weten waar behoefte aan is, hebben we een enquête gehouden onder ex-cliënten uit de CVA-behandelgroep. Ook hebben we geïnventariseerd wat er eigenlijk al precies gebeurt op het gebied van informatievoorziening. Mantelzorgers bleken onder meer behoefte te hebben aan eenduidiger informatie. Belangrijk is dus dat het minder gaat afhangen van de individuele behandelaar welke informatie wordt verstrekt. Informatie wordt een vast onderdeel van de behandeling.’ Daarbij moeten ook de zorgprofessionals een omslag maken, denkt Stapelbroek. ‘Zij kunnen zich veel bewuster worden van de rol van de mantelzorger al vroeg in het behandelproces. Waar loopt die mantelzorger nu en straks tegenaan?’



Foto: Inge Hondebrink / Locatie: Reade

Militair Revalidatie Centrum Aardenburg: Betrekken bij de behandeling

‘We willen mantelzorgers systematisch bij de behandeling betrekken’, vertelt Erwin van der Leeden, zorgmanager bij het Militair Revalidatie Centrum (MRC) Aardenburg. ‘Daarbij krijgen de verpleegkundigen een centrale rol. Zij hebben namelijk het meeste contact met de revalidanten. En ze zijn er ook in de avonduren, wanneer de revalidant bezoek heeft. Dat geeft een natuurlijke brug naar de mantelzorgers.’

De verpleegkundige gaat bij alle mantelzorgers en revalidanten de Mantel-scan en de Lastmeter afnemen. ‘Dat zijn instrumenten om de behoeften en de belastbaarheid van mantelzorgers in kaart te brengen. En ze vormen een opstap naar een gesprek over de vraag in hoeverre mantelzorgers bij de behandeling betrokken willen en kunnen zijn.’ Deze kennis brengt de verpleegkundige in bij het behandelteam. ‘Zo inspireren ze de andere disciplines om mantelzorgers bij de behandeling te betrekken. En dat resulteert bijvoorbeeld weer in concrete afspraken over het meelopen en over andere contactmomenten. Ook kunnen de behandelaars hun voorlichting hierop afstemmen.’

Het is de bedoeling dat het MRC Aardenburg vanaf nu op deze manier gaat werken. Niet dat er daarvoor geen aandacht was voor mantelzorgers. Van der Leeden: ‘We hadden al familiegesprekken, meeloopdagen en voorlichtingsmateriaal. Maar de betrokkenheid was niet vanzelfsprekend. Gesprekken en meeloopdagen vonden plaats op initiatief van de revalidant, de mantelzorger of de zorgverlener. Maar wanneer mensen hun behoefte niet kenbaar maken, kom je er ook niet achter. Wij gaan er nu systematisch aandacht aan besteden. De krachten bundelen en elkaar aanvullen, daar gaat het om!’

Libra Revalidatie & Audiologie: Netwerk in beeld

‘Voor mij als voormalig ergotherapeut is het een open deur dat mantelzorgers heel belangrijk zijn voor de revalidatie’, vindt Netty Oomens, clustermanager bij Libra Revalidatie & Audiologie. ‘Betrokkenheid van de mantelzorger heeft een bewezen positieve invloed op herstel en revalidatie.’

Daarom heeft Libra R&A onder meer informatiemateriaal en meeloopdagen voor mantelzorgers, en individuele gesprekken met het maatschappelijk werk. Binnen In voor Mantelzorg richtte Libra R&A zich op de grootste klinische patiëntengroep: mensen met een hersenbeschadiging, meestal veroorzaakt door een CVA. ‘We willen hun ligduur verkorten, maar dat kan alleen als ze op een verantwoorde manier naar huis kunnen. En daarvoor is het nodig dat de mantelzorgers goed zijn toegerust. Daarbij proberen we een bredere kring te betrekken dan alleen partner en familie.’ Dus brengt Libra R&A tegenwoordig al in de eerste opnameweek middels de zogeheten Mantel-scan de samenstelling van het sociale netwerk in kaart. Voorts zijn de maatschappelijk werkers nu desgewenst ook ‘s avonds beschikbaar voor gesprekken met mantelzorgers. Ook zijn er voorlichtingsgroepen opgericht voor mantelzorgers én revalidanten; vroeger waren er groepen alleen voor mantelzorgers. ‘De nieuwe aanpak levert heel positieve reacties op, vooral omdat door een andere opzet meer uitwisseling plaatsvindt tussen revalidanten en mantelzorgers onderling en mensen gericht vragen kunnen stellen over hun eigen situatie.’

Ook behandelaars en verpleging krijgen aandacht. ‘We scholen hen met een intern ontwikkelde methode waarin onder meer motivational interviewing en zelfmanagement centraal staan. Doel is om van een meer zorgende naar een meer coachende houding te gaan. Behandelaars moeten de verantwoordelijkheid willen en kunnen overdragen aan patiënt en mantelzorger. En we werken aan het bewustzijn dat samenwerken met de mantelzorgers van groot belang is. Dat leeft inmiddels echt binnen de teams.’



‘Sta open voor aanvullende behandeling’

Fysiotherapeut Frank Ettema zet bij revalidatiecentrum Reade onder meer acupunctuur in tegen neuropatische pijn. Hij organiseerde een masterclass over integrative medicine en won de kwaliteitsprijs van Reade. Integrative medicine is een combinatie van reguliere en complementaire technieken, waarbij belang wordt gehecht aan wetenschappelijke onderbouwing. • Door Alice Broeksma

U bent begonnen als regulier fysiotherapeut: hoe bent u tot integrative medicine gekomen?

‘Ik werk al 23 jaar voor Reade en kijk als fysiotherapeut altijd naar hoe mensen in elkaar zitten en hoe ze reageren. Dus wist ik ook dat patiënten heel vaak buiten de deur op zoek gaan als een reguliere behandeling niet of niet voldoende werkt, of als er teveel bijverschijnselen zijn bij medicatie. Onze westerse aanpak lost niet alles op en wanneer je als behandelaar patiënten wilt helpen, kan dat frustreren. Ik kreeg dus meer oog voor oosterse technieken die kijken naar heel de mens, naar de verbanden. Daarom heb ik een opleiding adem- en ontspanningstherapie gedaan, en vier jaar Chinese geneeskunde, met acupunctuur. Inmiddels steek ik een derde van mijn werktijd bij Reade in acupunctuur en andere complementaire technieken.’

Hoe vond deze benadering ingang bij het revalidatiecentrum?

‘De tijd was er wel rijp voor en het wetenschappelijk bewijs neemt toe. Zo zie je in de neurowetenschap MRI-bewijs dat het lichamelijk systeem reageert op acupunctuur. Dat er meer gebeurt dan dat er endorfine vrijkomt, ook dat acupunctuur na de sessie nog doorwerkt. Het traditionele circuit heeft met dit soort uitkomsten vaak moeite, maar mijn collega’s, ook de artsen, namen een open houding aan. Er is een vertrouwensband en ze weten dat ik ook gewoon de reguliere ontwikkelingen volg. Bovendien zagen ze resultaten en kwam er positieve feedback van revalidanten. Dat werd nog eens onderstreept door ons pilot-onderzoek naar acupunctuureffecten op neuropatische pijn bij dwarslaesiepatiënten, het PENS-onderzoek uit 2013. Het onderzoek toonde aan dat een derde van de deelnemers minder pijn ervoer na de behandeling, en een derde een kleiner pijngebied registreerde.’

Een goede aanduiding dus dat er plaats is voor neuro-stimulerende technieken. Dit jaar heb ik als experiment ook twee patiënten, één met decubitus en één met brandwonden, behandeld met een Japanse techniek waarbij je een elektrisch circuit gebruikt om wondgenezing te bevorderen. Bij deze patiënten was al na een uur duidelijk effect merkbaar. Het zou heel goed zijn als zo'n techniek verder onderzocht wordt.'

Hoe verloopt een acupunctuurbehandeling?

'Een revalidant komt bij mij voor twaalf behandelingen. Per week mag ik van Reade tien mensen behandelen, in sessies van drie kwartier. Verder is de afspraak dat ik de acupunctuur stop als er na drie behandelingen geen verschil wordt ervaren. Maar dat komt bijna nooit voor. De meeste patiënten kunnen zich makkelijker bewegen, hebben minder pijn, kunnen makkelijker ademen, hebben minder medicatie nodig. Maar acupunctuur reikt verder dan alleen die naaldjes, het gaat om de hele visie. Ik ga samen met de patiënt op zoek naar verandering. Daarbij kunnen méér technieken worden aangeboden. Ik geef ook massage, ontspanningsoefeningen, oefeningen uit tai chi of mindfulness. Massage is bij Nederlandse fysiotherapeuten nogal uit geraakt, er werd gezegd dat het niet werkt en dus bleef alleen het oefenen, oefenen, oefenen over. Maar bijvoorbeeld in Amerika wordt massage wel degelijk ingezet en aangetoond is dat dit het immuunsysteem kan versterken. Als iemand letterlijk beter in zijn vel zit, kan hij ook meer aan.'

Wat kunnen behandelaars leren van een oosterse benadering?

'Nog beter kijken en luisteren, naar je revalidant en naar jezelf. Een revalidant zei laatst: "Ik kom een stukje magie halen." Dat vond ik zo leuk gezegd. Ik geef mensen uiteraard geen valse hoop. Wat ik wél doe, is hoop niet ontnemen. Zo hoor ik wel eens dat een arts een patiënt met dwarslaesie heeft gezegd dat hij niets kan voelen, terwijl de patiënt wél iets voelt. Ook bij iemand met dwarslaesie stroomt er nog energie door het lichaam en die geeft nog steeds signalen af, ook al zijn die misschien niet meetbaar voor traditionele apparatuur. Daar kun je mee werken. En luister naar je eigen intuïtie. Wanneer een patiënt zich niet goed voelt, zonder meteen een duidelijke medische oorzaak, is een traditioneel antwoord vaak 'we wachten af'. Als behandelaar kun je dan het gevoel krijgen dat er toch iets niet klopt. Ik had dat laatst toen iemand een klassiek beeld had van trombose, maar dat medisch niet werd aangetoond. Het bleek wel degelijk aan de hand te zijn. Ik zeg: luister naar dat gevoel. Als iets niet in een straatje past, is het te kort door de bocht om te zeggen 'het is er niet'.'

Welke mogelijkheden ziet u voor een meer integrale benadering in de Nederlandse revalidatie?

'Ik weet dat niet alleen veel revalidanten maar ook veel revalidatie-professionals positief staan tegenover aanvullende technieken. Er zijn ook professionals die ze beoefenen, maar bij mijn weten gebeurt dat alleen bij ons in het revalidatiecentrum. Het onderwerp ligt gevoelig, zeker in deze tijd waarin revalidatie-instellingen financieel onder druk staan. Maar misschien is het nu juist het moment om eens wat dingen om te gooien en om heel goed te kijken wat nou eigenlijk het beste werkt. Want van veel dure technieken of middelen die we wel toepassen, weten we ook niet precies wat ze doen. Het is zonde om dit zomaar te laten liggen. Natuurlijk kunnen we niet alles aanbieden, maar zie binnen het beschikbare budget geen goede kansen over het hoofd.'

AANPASSEN

Vorige week kwam ik Joost tegen op straat. Joost woont een stukje verderop in een woonark en is rolstoelgebruiker. Hij woont zijn hele leven al op het water en is dat ook na zijn dwarslaesie blijven doen. Hij is erg op zichzelf en wilde indertijd geen aanpassingen van de gemeente, want hij wilde geen vreemden over de vloer. Zelf heeft hij een opritje getimmerd en hij redde zich wel. Maar hij wordt wat ouder en niet alles gaat meer zoals hij wil. Daarom mag ik nu met hem mee naar binnen. Zijn boot staat stampvol met computers en zenders. 'Ik heb contact met de hele wereld', zegt Joost trots. Hij zet wat apparaten aan en draait aan knoppen. Ik hoor de politieradio, de brandweer en de marifoon.

We maken een soort revalidatieplan en gaan aan de slag met zijn voorzieningen. Ik realiseer me dat dit eigenlijk ideaal werken is. Je hoeft geen codes in te vullen, geen dossier bij te houden, er is geen tijdsdruk en geen planningsprobleem. We slopen wat drempels, van steigerbuizen maken we beugels voor de wc en douche, we zetten de deur van de koelkast om. Naast zijn ark ligt een sloepje waar hij niet meer in kan. Dat is zonde als je op de Amstel woont. Ik zaag een deurtje in de wand van zijn sloep, zodat hij er met zijn rolstoel in kan rijden. Het motortje krijgt hij ook weer aan de praat en even later varen we de Amstel af, op weg naar een café waar we kunnen afmeren. Niks is mooier dan Amsterdam in het zonnetje op het water.

Mijn praktijk wordt na mijn pensioen steeds groter. Als er echt iets aan de hand is stuur ik ze door naar het revalidatiecentrum, maar als het even kan timmer ik aan huis. Help ik ook een beetje mee aan de bezuiniging.

Hans Sloomman



Hans Sloomman was tot eind vorig jaar revalidatiearts bij Heliomare in Wijk aan Zee. Nu is hij met pensioen.

‘Revalidatiearts moet regisseur worden in de revalidatieketen’

‘Nieuw revalidatiecentrum geopend in Utrecht’, viel recentelijk in regionale media te lezen. Een opvallend bericht, gezien het feit dat revalidatiecentra - van oudsher zijn dit centra voor medisch-specialistische revalidatie onder leiding van een revalidatiearts - dun gezaaid zijn. In Nederland zijn niet meer dan twintig centra aangesloten bij brancheorganisatie Revalidatie Nederland; één van die centra is gevestigd in Utrecht. Bij nader inzien bleek dit ‘nieuwe revalidatiecentrum’ onderdeel te zijn van een verpleeghuis, dat naast andere diensten ook geriatrische revalidatie aanbiedt in een nieuw jasje. Ze profileren dit organisatieonderdeel als revalidatiecentrum en dat mag, want revalidatie is geen beschermd term.

In de revalidatieketen zijn diverse ‘nieuwe’ aanbieders op de markt gekomen. Zelfstandige behandelcentra nemen een deel van de revalidatiezorg op zich. Multidisciplinaire gezondheidscentra en eerstelijnspraktijken bieden revalidatiediensten aan. En ook verschillende verpleeghuizen, die primair geriatrische revalidatiezorg leveren, begeven zich op het pad van de medisch-specialistische revalidatie. De markt waarin de revalidatiesector zich beweegt, is hierdoor een sterk concurrerende markt geworden. Niet alleen in de regio's, maar in de grensgebieden ook internationaal.

De wens van de patiënt is duidelijk. Die wil de juiste zorg op het juiste moment op de juiste

plaats. Daar waar sprake is van complexe problematiek, de behandeldoelen ambitieus zijn en de noodzaak van interdisciplinaire samenwerking van het behandelteam evident is, is de patiënt bij een instelling voor medisch-specialistische revalidatie op de juiste plek. Het is aan de aanbieders van specialistische revalidatie om duidelijk te maken welke patiënten wanneer het beste bij hen kunnen worden behandeld.

Zichtbare kwaliteit is daarbij het adagium. Kwaliteit van zowel de processen, als ook de geleverde zorg, en de door de patiënt ervaren kwaliteit van de zorg. Op dit vlak is trouwens al veel bereikt. Het onlangs geïntroduceerde Kwaliteitsvenster Revalidatie is daar een uitstekend bewijs van. Toch is het van het grootste belang de komende jaren meer uitkomstindicatoren te ontwikkelen, waarbij de toegevoegde waarde van de medisch-specialistische revalidatiebehandeling kan worden aangetoond. De sector moet de behandelresultaten nog beter meten en inzichtelijk maken voor patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars.

Rest de vraag: hoe moeten revalidatie-instellingen zich nu opstellen? Moeten zij nieuwe aanbieders in de revalidatieketen als concurrent zien of juist als samenwerkingspartner? Dit is natuurlijk een individuele strategische afweging van iedere instelling voor zich; verschillende positioneringen binnen de revalidatieketen zijn denkbaar.

Wij willen revalidatie-instellingen oproepen om bij het beantwoorden van deze vraag in ieder geval de patiënt centraal te stellen: wat is voor hem of haar de juiste behandelsetting, met een optimale kosten-opbrengsten verhouding van de behandeling? En we willen instellingen oproepen om de revalidatiearts naar voren te schuiven als regisseur in de revalidatieketen. Want juist de revalidatiearts kan door kennis van alle mogelijkheden voor specifieke doelgroepen een centrale rol spelen bij diagnostiek, triage, indicering, verwijzing of behandeling. Rekening houdend met de principes van stepped care kan de revalidatiearts als consulent, als medebehandelaar en als hoofdbehandelaar betrokken zijn bij alle niveaus van revalidatie. Naar onze stellige overtuiging kan alleen de revalidatiearts ervoor zorgen dat patiënten de meest effectieve en doelmatige vorm van behandeling ontvangen, die mogelijk is gezien de aard en ernst van de problematiek! Het is daarbij essentieel, zowel voor revalidatie-instellingen als -artsen, om tijd te investeren in het op- en uitbouwen van het regionale zorgnetwerk.

Marketingplatform Revalidatie Nederland

Het Marketingplatform is een commissie van Revalidatie Nederland, bestaande uit marketing- en communicatieprofessionals van zes revalidatie-instellingen.

‘Medisch-specialistische revalidatie-instellingen zijn het meest aangewezen om de regiefunctie in de revalidatieketen vorm te geven’

Eens? Oneens? Laat het weten op www.revalidatiemagazine.nl.



Met de stelling van de vorige keer - ‘Als revalidatie-instellingen hun taak serieus nemen, zetten ze zich meer dan nu in voor goede vervolgzorg thuis’ - was 85 procent het eens en 15 procent het oneens.

Bij revalidatie-instellingen is veel expertise aanwezig, die wordt ingezet in de behandeling. Soms zetten ze expertise in die niet gangbaar is.

‘Het blijft voor professionals een lastig onderwerp’

WIE: NELLEKE VAN WINKELHOF

WAT: INTIMITEITSVERPLEEGKUNDIGE OP DE DWARSLAESIEAFDELING

WAAROM: VOORLICHTING OVER SEKSUALITEIT EN INTIMITEIT VOOR REVALIDANTEN

WAAR: REVALIDATIECENTRUM ADELANTE IN HOENSBROEK

Door Kitty Rotteveel

Hoe ben je dat geworden: intimiteitsverpleegkundige?

‘Als verpleegkundige ben je nauw betrokken bij revalidanten, en dat maakt de drempel om over intimiteit en seksualiteit te praten lager. Maar ik merkte dat ik vragen van mensen niet altijd goed kon beantwoorden. Ik maakte bijvoorbeeld ook mee dat een man met een dwarslaesie bij katheterisatie een erectie kreeg: hoe moet je dan reageren? Om meer recht te doen aan het onderwerp seksualiteit ben ik een post-hbo-opleiding tot intimiteitsverpleegkundige gaan doen. Mijn werkgever stond hier volledig achter, omdat seksualiteit zo een vast onderdeel van het revalidatietraject kon worden. In andere revalidatiecentra is vaak wel een seksuoloog die geconsulteerd kan worden en soms zijn er bijvoorbeeld verpleegkundigen met seksualiteit als aandachtspunt, maar juist de structurele deskundige aandacht is bijzonder.’

Wat houdt je werk in?

‘Het is noodzakelijk dat de problematiek rond het legen van blaas en darmen goed geregeld is, voordat mensen überhaupt aan seksualiteit kunnen denken. In die begeleiding werk ik samen met de continëntieverpleegkundige. Na een tijd revalideren is de behoefte aan informatie over seksualiteit groot, maar het blijft voor veel professionals een lastig onderwerp. Ik krijg dus ook veel vragen van collega's, en ze zijn blij dat ze revalidanten met mij in contact kunnen brengen. Eenmaal per maand heb ik een spreekuur, waarvoor ik mensen uitnodig of waarvoor mensen zich aanmelden, alleen of met hun partner. Ook verzorg ik een middag over seksualiteit in een voorlichtingsreeks waarbij alle aspecten van een beperking worden besproken. Naar aanleiding hiervan komen mensen vaak bij me terug voor een een-op-een-gesprek. De grootste vraag is: hoe moet dat nu eigenlijk



Foto: Sarah Hendriks

verder? Vooral voor mannen geldt de vraag of ‘het’ nog kan. Er speelt schaamte mee, zij kunnen zich letterlijk ontmand voelen. Ik leg uit dat er met medicatie zoals viagra of hulpmiddelen - die ik ook laat zien - veel mogelijk is. Die uitleg is hard nodig omdat mensen aanvankelijk vaak cynisch zijn over dit soort middelen. Ook schuldgevoel kan meespelen, als mensen bang zijn hun partner tekort te doen.’

Werk je ook voor revalidanten buiten je afdeling?

‘Jazeker, ik zie ook andere revalidanten, zoals mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Na hersenletsel kan seksuele ontremdheid een rol spelen, partners kunnen vragen hebben. Revalidanten die een chemobehandeling hebben ondergaan of die medicatie slikken zoals bètablokkers of spasmeverlagende medicatie, kunnen merken dat dit een dempende werking heeft op hun seksuele leven of dat het moeilij-

ker is om een erectie te krijgen. De arts heeft dit dan weliswaar vermeld bij het voorschrijven, maar de ervaringen komen pas later en dan kunnen ze er met mij over praten.’

Wat bereik je met je werk?

‘Veel meer openheid. Als ik na het weekend van mensen terughoor dat ze thuis uitgetheerd hebben of iets voor hen werkt, kan ik heel blij worden. Ik ontken niet dat intimiteit en seksualiteit veranderd zijn en dat spontaniteit een andere lading krijgt. Maar de wetenschap dat er toch mogelijkheden zijn, geeft veel opluchting. Seksualiteit is inmiddels een onderdeel van het revalidatietraject, en dat vind ik een goede zaak. Het doet mij goed als ik tijdens een avonddienst hoor dat revalidanten rond de tafel zitten en praten over seksualiteit, en over oplossingen voor problemen waar zij tegenaan lopen. Dan denk ik: dit heb ik bereikt, er wordt over gesproken!’



**revalidatie
sport
bewegen**

Een actieve leefstijl is belangrijk voor iedereen. Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen richt zich daarom op het stimuleren van sport en bewegen voor revalidanten tijdens en na het revalidatieproces.

Via het Sportloket stimuleert het programma de revalidant om sporten en bewegen blijvend onderdeel te maken van het dagelijks leven.

Meer informatie over het programma Revalidatie, Sport en Bewegen of over het opstarten van een Sportloket? Kijk op www.onbeperktportief.nl/rsb, mail naar rsb@onbeperktportief.nl of bel 030 659 73 00.



rdg *Kompagne*
van *zelfsprekend*



M a t e r i a l e n v o o r
c o m m u n i c a t i e
s p e l e n e n l e r e n
b e w e g e n
s t i m u l e r e n & a c t i v e r e n
m u z i e k m a k e n
t h e r a p i e

informeer ook naar de mogelijkheden voor proefgebruik en huur

www.rdgkompagne.nl

**Vrijheid en gewoon wonen
met een fysieke beperking?
Fokus maakt het mogelijk!**

FokUS



Fokus verleent assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), 24 uur per dag, 7 dagen per week. Dat doen we in een aangepaste woning die u huurt van de woningcorporatie. De assistentie verlenen we wanneer u dat wilt, op uw afroep en aanwijzing. Op die manier kunt u in alle vrijheid leven zoals u wilt.

Er zijn bijna 100 Fokusprojecten in meer dan 60 plaatsen in Nederland. Er is dus altijd een Fokusproject bij u in de buurt.
T (050) 521 7272 E servicepunt@fokuswonen.nl

'In een Fokuswoning kan ik doen en laten wat ik wil: niemand bemoeit zich ongevraagd met mij. Wanneer ik assistentie nodig heb, plaats ik een oproep en komt een ADL-assistent van Fokus mij assisteren.'

Jan, Fokuscliënt

www.fokuswonen.nl

DCRM 2015: CROSSING BORDERS

Internationaal en interdisciplinair congres
op het gebied van revalidatie geneeskunde

De Doelen Rotterdam

**November
5 - 7 2015**

**Registreer
nu**

Feiten en cijfers

- Hét interdisciplinaire congres voor revalidatiegeneeskunde
- 7 gerenommeerde keynote sprekers
- Accreditatie aangevraagd voor fysiotherapeuten, PA's, psychologen, ergotherapeuten en logopedisten
- Engelstalig wetenschappelijk programma

Nieuwe behandelingen

Gerenommeerde keynote sprekers

Inspirerend programma

Veroudering

Robotica

Samenwerking

Brain computer interfaces

Nieuwe onderzoeksmethoden

Innovatie

Patiënt empowerment

Neuroplasticiteit

Technologie

Meer dan 40 mini-symposia

Educatie

Internationale revalidatie

Behandelteam



Stapper

Lopen

Stapper, ondersteuning bij mobiliteit

“Hoek
instelbaar”

“Terugloop
rem”

“Inklapbaar”

UNIEK!



Maatwerk

Nieuwe Havenweg 5
NL-6827 BA Arnhem
t. 0031 (0) 26 3512 247

sales@kindermeubilair.nl
www.kindermeubilair.nl