

RM

JAARGANG 21 | NUMMER 4 | DECEMBER 2015

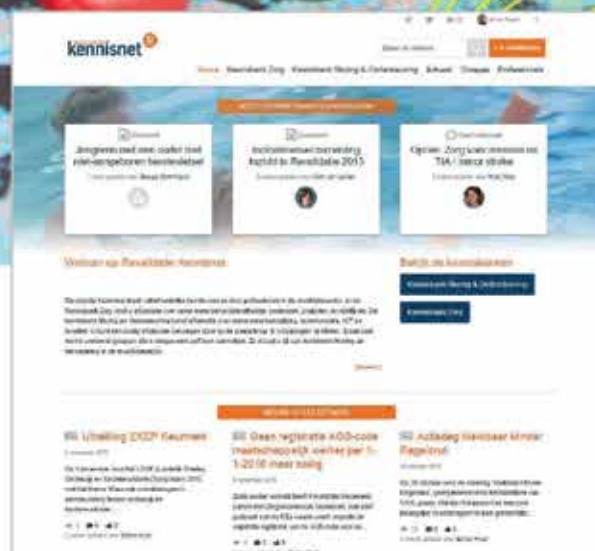
Het perspectief van de revalidant

De volgende fase voor Revalidatie Magazine | Eerste ervaringen behandelmodules
Zelfstandige behandelcentra lid van Revalidatie Nederland
Vroege elektrostimulatie | Via zingen naar zeggen | Afdeling Optimum Care

VERNIEUWD

Revalidatie Kennisnet

HÉT ONLINE PLATFORM VOOR
REVALIDATIEPROFESSIONALS



Revalidatie Kennisnet, het platform voor kennisuitwisseling voor en door revalidatieprofessionals, is vernieuwd. Het is gebruiksvriendelijker, overzichtelijker en toegankelijker geworden. Hierdoor wordt het nog makkelijker om op Revalidatie Kennisnet informatie te vinden én te plaatsen.

In de Kennisbank Zorg vindt u informatie over onder meer behandelmethoden, onderzoek, projecten, en richtlijnen. De kennisbank Sturing en Ondersteuning bevat informatie over onder meer bekostiging, communicatie, ICT en kwaliteit. Revalidatie Kennisnet biedt ruimte om links, documenten, foto's en video's te plaatsen. Daarnaast is het mogelijk om groepen aan te maken en zo kennis te delen en te ontwikkelen. Nieuw is dat professionals nieuws en prikbordberichten kunnen plaatsen.

Revalidatie Kennisnet is bovendien een sociaal netwerk met een forum, mogelijkheden om met elkaar te linken en het gebruikersprofiel te koppelen aan een Twitter- en LinkedIn-account. Met al deze mogelijkheden faciliteert Revalidatie Kennisnet kennisdeling en -ontwikkeling en levert daarmee een bijdrage aan kwaliteitsverbetering, deskundigheidsbevordering en de onderlinge samenwerking op vakinhoudelijke onderwerpen.

**WWW.REVALIDATIEKENNISNET.NL EEN ONMISBARE BRON
VAN KENNIS VOOR WERKEN IN DE REVALIDATIE**

REVALIDATIE **kennisnet**

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

6 Berichten

7 Zo snel mogelijk werken aan herstel

Heliomare opende een afdeling waar patiënten die nog afhankelijk zijn van medische bewaking en ondersteuning beginnen met revalideren.

8 Behandelmodules: meer zicht op de inhoud

Drie betrokkenen vertellen over de eerste ervaringen.

10 Via zingen naar zeggen

Er is een nieuwe handleiding over Melodic Intonation Therapy voor mensen met afasie.

11 'Het is toch moeilijker in een rolstoel'

Frank van Es.

15 De Professor

Joost Verhaagen.

18 'Zo vroeg mogelijk beginnen met elektrostimulatie'

Reade zet elektrostimulatie in als mensen nog maar net een dwarslaesie hebben en het bed moeten houden.

19 Column

Bijzonder gezin.

20 Het Standpunt

Overheid, verminder die controledwang!

21 De Specialisten

Klinisch linguïst voor kinderen.



De volgende fase voor Revalidatie Magazine

Dit is het laatste papieren Revalidatie Magazine. Het blad verdwijnt in de huidige vorm, maar herrijst digitaal. Het doel: belangrijke beslissers en andere externe partijen beter bereiken.

• Adri Bolt

De patiënt als spil tijdens revalidatie

Een speerpunt in het beleid van Revalidatie Nederland is meer aandacht voor het perspectief van de patiënt. Hoewel de revalidatie al goed scoort op dit gebied, kan het volgens de branchevereniging nog beter.

• John Ekkelboom



'Er is plaats voor zelfstandige centra'

Twee zelfstandige behandelcentra zijn lid geworden van Revalidatie Nederland: Ciran en Winnock Zorg. Wat doen ze, wat doen ze anders, en hoe verhouden ze zich tot de traditionele centra?

• Alice Broeksma

De volgende fase voor Revalidatie Magazine

U houdt het laatste papieren Revalidatie Magazine in uw handen. Het blad verdwijnt in de huidige vorm, maar herrijst digitaal. Het doel: belangrijke beslissers en andere externe partijen beter bereiken. Wel is het plan om jaarlijks één papieren nummer uit te brengen, met onder meer ervaringen van revalidanten. En wordt het voor behandelaars makkelijker om op Revalidatie Kennisnet informatie uit te wisselen. • Door Adri Bolt

‘Speerpunt in het beleid van Revalidatie Nederland is meer zichtbaarheid bij externe doelgroepen, oftewel de stakeholders’, vertelt Karin van Londen, senior communicatieadviseur bij Revalidatie Nederland. ‘Dat staat in het strategisch beleidsplan dat Revalidatie Nederland afgelopen juni aannam.’ Stakeholders zijn partijen als Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Eerste en Tweede Kamer, het ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, patiëntenverenigingen, collega-branchorganisaties, ZonMw en fondsen. Van Londen: ‘Die stakeholders worden belangrijker omdat de zorgmarkt snel verandert, en de sector onder druk staat. Zo wordt kritisch gekeken welke zorg er via het basispakket verzekerd moet worden. Over dergelijke onderwerpen moeten we ons geluid duidelijker laten horen bij de mensen en organisaties die de besluiten nemen. We moeten hen proactief en gericht van informatie voorzien.’

Veel gericht

Dat nieuwe speerpunt maakt dat RM in de huidige vorm niet meer houdbaar is, vertelt Van Londen. ‘Het blad gaat nu ook naar de stakeholders, maar richt zich primair op de mensen die in de sector werken. De belangrijkste doelen zijn het stimuleren van onderlinge verbondenheid en kwaliteitsverbetering door kennisoverdracht.’ RM wordt nu omgevormd om de profilering naar buiten toe beter mogelijk te maken. Het magazine blijft vier keer per jaar verschijnen, maar wordt vanaf maart volledig digitaal. Inhoudelijk gaat het zich veel meer richten op het beïnvloeden van de besluitvorming bij stakeholders. ‘Per artikel bedenken we wat ons doel en onze doelgroep zijn, en bekijken we of we onze boodschap beter met een artikel, een filmpje of nog andere middelen kunnen overbrengen.’

Om de verschillende doelgroepen te bereiken komt er een digitale nieuwsbrief, waarvan de inhoud per doelgroep verschilt. ‘Kamerleden kunnen bijvoorbeeld doorklikken naar een voor hen relevant artikel over de bekostiging. Dan komen ze bij het magazine terecht, en misschien gaan ze ook andere artikelen lezen.’ Verder kunnen de items uit RM ook los gebruikt worden. ‘Zo’n item over bekostiging kunnen onze leden bijvoorbeeld gebruiken bij een werkbezoek door een kamerlid. Of ze kunnen een filmpje uit het digitale RM gebruiken om hun eigen, lokale doelgroepen te benaderen. Je kunt de informatie veel gericht verspreiden.’

Profileren

Deze vernieuwing komt precies tien jaar na de vorige grote verandering: een grondige restyling in 2006. Vanaf 1984 had de revalidatiesector een eigen blad, VRINformatie, naar de toenmalige naam van de branchevereniging: Vereniging van Revalidatie-Instellingen in Nederland. De start was niet eenvoudig, er moest flink worden gepraat voordat de leden het nut zagen van zo’n gezamenlijke uitgave. Het voornaamste doel was om de onderlinge samenwerking, die groeiend was, verder te vergroten. Samen sterker staan: dat was de drijfveer. In 1995 werd VRINformatie omgedoopt in Revalidatie Magazine en kwam er meer aandacht voor de presentatie. Na tien jaar was de revalidatiesector toe aan de volgende stap: een professioneel gemaakt blad met ruimte voor een veel meer journalistieke benadering. ‘De sector wilde destijds de medisch-specialis-

‘Er moest flink worden gepraat voordat de leden het nut zagen van zo’n gezamenlijke uitgave’



Dit decembernummer van RM verschijnt al in de nieuwe vorm. Vanaf maart is het nieuwe digitale RM een feit: www.revalidatiemagazine.nl.

tische revalidatie beter op de kaart zetten', vertelt Sjoerd Vegter, voormalig bestuurder van Merem Behandelcentra en van 2005 tot 2011 samen met Frans van den Broek hoofdredacteur van RM. 'Het wetenschappelijk onderzoek groeide, er kwamen hoogleraren in het vakgebied. In die context paste een blad dat niet alleen bestemd was voor interne communicatie en versterking van betrokkenheid binnen de sector, maar ook voor profilering. Revalidatie-instellingen wilden RM kunnen gebruiken om het vakgebied te profileren in hun omgeving, met name bij andere zorgverleners. Er was behoefte om de goede resultaten te laten zien.'

Kritischer

Deze insteek had als consequentie dat het blad niet erg kritisch was op de eigen branche. Vegter: 'We wilden een blad dat evenwichtig de aandacht verdeelde over de verschillende beleidsterreinen, de verschillende organisaties en de verschillende functies binnen de medisch-specialistische revalidatie.' Er werden wel richtingen aangegeven die beter zouden kunnen en het blad zette ook onderwerpen op de agenda. Neem een thema als aandacht voor seksualiteit binnen de revalidatie, waar RM een serie artikelen aan wijdde. Maar de insteek was altijd opbouwend en positief, en het blad was eerder informierend dan opiniërend. 'Ik had het er met Frans van den Broek wel eens over om wat gevoeliger politieke en beleidsmatige onderwerpen aan te snijden. Bijvoorbeeld of er geen overaanbod aan revalidatie-instellingen was in Nederland en of de onderlinge samenwerking niet beter kon. Maar dergelijke onderwerpen leefden destijds niet echt. Het was een bloeifase. De sector groeide, er waren voldoende middelen, we werden steeds serieuzer genomen. Iets waar RM zeker een bijdrage aan heeft geleverd.'

Overigens lijkt, wanneer je het blad door de jaren heen bekijkt, een aantal thema's haast onlosmakelijk met de revalidatie verbonden. 'Externe toetsing, zorglogistiek, de financiering. Het zijn voorbeelden van thema's die blijvend op de agenda staan.'

Goede keuze

RM zal er in het vervolg niet alleen meer zijn voor thema's waar de sector zelf mee bezig is, maar vooral ook voor de thema's die de sector kunnen versterken. Karin van Londen: 'Voor onderlinge informatie-uitwisseling hebben we Revalidatie Kennisnet ontwikkeld, dat is gericht op kennisontwikkeling en kennisdeling binnen de sector. Binnenkort komt er een verbeterde versie, die het werken met kennisnet veel makkelijker maakt. Ook gaan we werken met thema-redacteuren, die inhoud aanleveren en mensen bij discussies betrekken.' Daarnaast blijft het nieuwe RM ook informatie over het vak geven. 'Het blijft dus interessant voor mensen die in de sector werken.' Verder willen we jaarlijks ook een gedrukt blad laten verschijnen. 'Onze leden willen graag een papieren blad, onder andere voor in de wachtkamer. Deze uitgave wordt dikker dan het oude RM, en bevat minder actualiteit en beleid en meer ervaringen van revalidanten. Het wordt een visitekaartje van de sector.' Al met al zijn het grote vernieuwingen, die de betrokkenen met enige weemoed doen terugblikken. Sjoerd Vegter: 'We hebben hard aan RM gewerkt, met een goed resultaat. Het was altijd een bijzonder moment wanneer het nieuwe blad er weer lag.' Van Londen: 'We hebben al die jaren een heel mooi blad gemaakt, dat door de sector zeer gewaardeerd is. De tijden veranderen en ik denk dat we de goede keuze maken met deze omschakeling.'

Eerste keurmerken EKEP uitgereikt

In het vorige RM kon u lezen over het nieuwe keurmerk Eén Kind Eén Plan (EKEP), dat toen net was geïntroduceerd. Dit keurmerk kan worden toegekend aan scholen waar onderwijs- en revalidatieprofessionals een gezamenlijk ontwikkelingsplan maken voor kinderen met een handicap. Tijdens een congres van initiatiefnemer LOOK, het Landelijk Overleg Onderwijs & Kinderrevalidatie, ontvingen in november de eerste negen mytyl- en tytyl-scholen een keurmerk. Het gaat om de scholen in Apeldoorn, Arnhem, Enschede, Huizen, Roosendaal, Utrecht, Valkenburg, Wijk aan Zee en Zwolle. Van de 35 mytyl- en tytylscholen scholen in ons land dienden elf een aanvraag in voor het keurmerk.

Kennisnet in ontwikkeling

Onlangs sloot de 3.500ste revalidatieprofessional zich aan bij Revalidatie Kennisnet. Binnenkort wordt een vernieuwde versie gelanceerd van dit netwerk met inmiddels 160 openbare, semi-besloten en besloten groepen. Revalidatie Kennisnet wordt gebruiksvriendelijker, overzichtelijker en toegankelijker.



Nog een prijs: E-revalidatie

10.000 euro winnen om een ICT-toepassing te realiseren die de zelfstandigheid van mensen die revalideren bevordert: dat kan met de E-rev@lidatieprijs van het Revalidatiefonds.

Tot 15 februari kunnen revalidatie-instellingen en patiëntenorganisaties voorstellen indienen. Informatie staat op www.revalidatiefonds.nl.

Inspectie tevreden over revalidatiesector

Eerder dit jaar berichtte RM over de eerste inspectieronde door de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij revalidatieklinieken. Voorheen deed de inspectie in de revalidatiesector alleen onderzoek bij - sporadische - meldingen over onveilige situaties. Om actief bij te dragen aan de kwaliteit van revalidatie, besloot de inspectie ook zelf de klinieken te gaan bezoeken. Daarbij is gekeken naar kwaliteits- en veiligheidsnormen, landelijk en vanuit het werkveld zelf. Voornaamste vraag was hoe normen zijn vertaald in protocollen en hoe die protocollen op de werkvloer worden gebruikt.

Eind september organiseerde de inspectie voor betrokkenen een bijeenkomst waarin de uitkomsten van de inspectieronde werden toegelicht. Op veel onderdelen doet de sector het goed, meldde de inspectie. Zo is de dossiervoering goed op orde. Er zijn ook onderdelen die beter kunnen. Als het bijvoorbeeld gaat om de aanschaf van medische technologie, zoals tilliften en rolstoelen, stellen revalidatie-instellingen nog niet altijd een zogeheten aanschafdossier op. Daarin staat onder meer welke scholing nodig is voor het omgaan met die technologie. Begin volgend jaar komt de inspectie met een rapport.

Paneldiscussie over kennisnetwerken

Op 5, 6 en 7 november vond in Rotterdam het Dutch Congress of Rehabilitation Medicine van de Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen plaats. Ook paramedici konden het congres bijwonen. Een van de onderdelen was een paneldiscussie over de toekomst van kennisnetwerken in de revalidatiesector. Het panel bestond onder meer uit vertegenwoordigers van de bestaande kennisnetwerken op het gebied van cerebrale parese, CVA en Parkinson. De panelleden discussieerden met elkaar en met het publiek over de meerwaarde van kennisnetwerken en over de vraag hoe wetenschappelijke kennis het beste naar de praktijk kan worden gebracht. Conclusie was dat netwerken inderdaad een belangrijke rol kunnen spelen bij het verzamelen, delen en toepassen van kennis. Daarbij is het zaak om terughoudend om te gaan met registraties, die alleen bijgehouden moeten worden als ze een duidelijk doel dienen. Als belangrijkste boodschap werd meegegeven dat samenwerking tussen netwerken onderling de efficiëntie van die netwerken zou kunnen vergroten.

Revalidatieprijzen uitgereikt

Op het Dutch Congress of Rehabilitation Medicine werden ook prijzen uitgereikt, waaronder de Ipsen Revalidatie Jaarprijs. Die prijs ging naar Coen van Bennekom van Heliomare met het project Fysiek Profiel. Het project richt zich op de fitheid van mensen met een chronische ziekte of beperking. Door middel van trainingsmodules worden zij in betere conditie gebracht, wat hun revalidatie ten goede komt, maar ook belangrijk is voor de periode erna. De jury heeft de prijs toegekend omdat leefstijl en preventie belangrijke thema's zijn, ook in de revalidatie. Door publicatie van een boek komt de methode breed beschikbaar. Op een eerder congres, van Dutch-ACD op 9 oktober, werd eveneens een prijs uitgereikt: de KFA Revalidatieprijs. Deze tweejaarlijkse prijs van de Stichting Rotterdams Kinderrevalidatie Fonds Adriaan Stichting is bedoeld voor een project dat heeft geleid tot een aantoonbare verbetering in de kinderrevalidatie. De prijs ging naar Joke Geytenbeek, logopedist/logopediewetenschapper bij het VUmc. Ze ontwikkelde met haar onderzoeksgroep een instrument om bij kinderen die door ernstige motorische beperkingen niet kunnen spreken, schrijven of gebaren het taalbegrip te meten. C-BiLLT, heet het instrument, dat geschikt is voor kinderen vanaf anderhalf jaar. De meetinformatie kan worden gebruikt als basis voor het behandelplan. Aan beide prijzen is een geldbedrag van 20.000 euro verbonden, bedoeld voor verder onderzoek.



Links Coen van Bennekom, rechts juryvoorzitter Herman Holtslag.

Foto: Lijja Swagatz

Zo snel mogelijk werken aan herstel

Optimum Care, heet een net geopende afdeling van Heliomare in Wijk aan Zee. Hier starten patiënten die nog afhankelijk zijn van medische bewaking en ondersteuning, zoals beademing, met revalideren. Het is de verwachting dat door deze voor Nederland nieuwe aanpak mensen eerder en beter herstellen.



Foto: Mike Bink Fotografie

Jan Duin revalideert bij Optimum Care in Heliomare. Hij heeft het Guillain Barré Syndroom en lag een half jaar op de intensive care van een ziekenhuis in de buurt. Daarna was IC-zorg medisch gezien niet meer nodig. Beademing nog wel. Jan is niet in staat tot praten, maar communiceert via zijn vrouw, met behulp van een letterkaart: 'In het ziekenhuis was ik een patiënt, op deze afdeling kan ik weer mens zijn. Ik draag mijn eigen kleding, er komt meer visite en in de woonkamer kan ik met mijn familie zitten. We doen weer mee aan het leven.'

Met een minisymposium opende Heliomare eind november officieel de afdeling Optimum Care. Initiatiefnemer is revalidatiearts Tijs van Bezeij: 'Een tijd geleden werkte ik een half jaar in een privékliniek voor mensen met een dwarslaesie in Zwitserland. Daar combineerden ze acute zorg, intensive care én revalidatie. Toen zag ik welke winst je kunt behalen als een patiënt zo vroeg mogelijk revalideert. Dat idee liet me niet los en met collega's hebben we het verder uitgewerkt. Sinds deze zomer revalideren mensen met complexe zorgproblematiek op onze afdeling. Zodra zij op een IC stabiel zijn voor hun vitale functies kunnen ze naar ons toekomen. Monitoring, beademing en een centraal infuus vormen geen belemmering. Die neemt onze afdeling over.'

Winst

Welke winst wordt er eigenlijk behaald door vroege revalidatie? Van Bezeij: 'Een patiënt ligt soms maanden op een IC. In die periode

van immobiliteit neemt spierweefsel snel af en kunnen decubitus en contracturen optreden. Liggen beïnvloedt bovendien het longweefsel en maakt darmen inactiever. Deze grote stappen achterwaarts moeten op enig moment weer voorwaarts worden gezet. Hoe sneller we starten met actief herstel, des te minder we moeten inhalen. Hoe korter de ligduur op een IC, des te korter zal de revalidatieperiode duren. Het mes snijdt dus aan twee kanten. Er is winst zowel voor de patiënt als voor de zorgverzekeraar. Voor de projectduur van drie jaar ontvangen we nu zorginnovatiesubsidie van Stichting Agis. In die periode onderzoeken we de effecten van deze behandelaanpak op de patiënt en ook op de zorgkosten.'

Leven oppakken

De afdeling heeft twaalf bedden en er werken in totaal vijftig mensen. Het team bestaat uit verpleegkundigen, revalidatieartsen, een fysio-

therapeut, ergotherapeut, bewegingsagoog, maatschappelijk werker, psycholoog, logopedist en activiteitenbegeleider. 'Door onze revalidatiebenadering doen we eerder een beroep op het herstellend vermogen. Een eenvoudig voorbeeld: op een IC is geen douche of toilet. Op onze afdeling zijn die er wel en zal zo snel mogelijk worden toegewerkt naar het gebruik ervan. Zo krijgen mensen de prikkels om weer zelfredzaam te worden. Op een IC overleef je, bij Optimum Care pak je je leven weer op. Een stabiele patiënt kan dat. Wat ik heel belangrijk vind, is dat IC's in een vroeg stadium een revalidatiearts consulteren. Bijvoorbeeld bij een jonge patiënt met een dwarslaesie: die komt hoe dan ook ooit toe aan revalidatie, dus betrek ons er vroeg bij! Samen kunnen we de voorwaarden bespreken voor het moment van overplaatsing.'

Marije Pronk en Nicole van Wetten, communicatie Heliomare

Behandelmodules: meer zicht op de inhoud

Behandelmodules houden de Nederlandse revalidatiesector bezig. Alle instellingen zijn druk met de invoering ervan, maar h oe ze dat doen verschilt sterk. In dit artikel vertellen drie betrokkenen over de eerste ervaringen. • Door Adri Bolt

Vanaf 1 juli 2015 registreren revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen in behandelmodules. Dit doen ze naast de registratie in DBC's, die in essentie neerkomt op een urenregistratie. De behandelmodules werden in 2014 opgesteld door zo'n veertig revalidatieartsen vanuit de verschillende diagnosewerkgroepen van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Zij bedachten een systeem van in totaal ruim vierhonderd modules, die zorg beschrijven die wordt aangeboden naast de algemene zorg die iedereen krijgt. Deze 'maatwerkzorg' is beschreven in generieke modules, die bij alle diagnoses in te zetten zijn, en in specifieke modules, die alleen ingezet kunnen worden bij een bepaalde diagnose. De modules geven in grote lijnen aan wat er in een bepaald onderdeel van een behandeling gebeurt. Een combinatie van modules zegt dus iets over de inhoud van de behandeling die is gekoppeld aan een bepaalde indicatie. Zo maakt de nieuwe systematiek inzichtelijker wat er precies gebeurt tijdens het revalidatieproces, en dus bijvoorbeeld waarom de ene patiënt met een CVA meer kost dan de andere.

Ook gaat de registratie in behandelmodules het beter mogelijk maken om de inhoud van de behandeling binnen indicatiegroepen te vergelijken, zowel tussen behandelaars binnen een instelling als tussen instellingen onderling. En de introductie van de behandelmodules kan voor instellingen aanleiding zijn om de behandeling te vernieuwen, bijvoorbeeld door de introductie van zorgpaden. Voorts vormen de behandelmodules de basis voor een nieuwe financieringssystematiek. De komende jaren wordt er overal geëxperimenteerd met het nieuwe systeem. Vanaf 2019 is het systeem definitief en zal de declaratie dus gebaseerd zijn op de inhoud van de behandeling.

Inpassen in ziekenhuissysteem

'De stip op de horizon is voor ons dat de behandelmodules eraan kunnen bijdragen dat we een goede prijs voor een goed product gaan krijgen. Want de tarieven die het ziekenhuis nu kan vragen voor consult door een revalidatiearts zijn niet kostendekkend', stelt Marlies Thijssen. Zij is teamleider van de revalidatieafdeling van het Medisch Centrum Alkmaar en projectleider behandelmodules.

'Het was een hele klus om de deadline te halen. Het grootste knelpunt was de ICT-ondersteuning. Het ziekenhuis heeft net een nieuw EPD, en daar bovenop kwamen wij met dit extra werk dat voor 1 juli gebeurd moest zijn. We hebben enorm ons best moeten doen om de behandelmodules in het systeem opgenomen te krijgen.'

Vanaf begin 2015 heeft een stuurgroep alle revalidatieartsen en therapeuten ge informeerd, onder andere met presentaties. 'Naast informeren hebben we geprobeerd de mensen te enthousiasmeren. Dat lukte, het is heel goed opgepakt.'

De nieuwe schaduwregistratie leidde niet tot wijzigingen in de behandelaaanpak. 'Wel bekeken we per diagnosegroep welke modules voor ons ziekenhuis relevant zijn, om de registratie makkelijker te maken.' Toch bleek de registratie tijdrovend. 'Het vraagt ongeveer drie minuten extra per consult. Waarschijnlijk gaat dat productie kosten, en dat gaat de patiënt mogelijk merken. Maar deels is het een tijdelijk probleem, omdat er nu dubbel geregistreerd wordt.' Die registratie is mede zo lastig omdat in de modules verschillende systematieken gehanteerd worden. 'Sommige zijn functiegericht omschreven, andere op participatieniveau. Daarom hebben we gevraagd om landelijke aanpassing van de modules; het is beter om voor   n systematiek te kiezen.'



Illustratie: Roel Seidell

Inrichten van zorgpaden

‘Wij gebruiken de introductie van de behandelmodules om te beginnen met de inrichting van zorgpaden. Binnenkort start een pilot bij de klinische dwarslaesiepatiënten’, vertelt Sacha van Langeveld, fysiotherapeut en projectmedewerker bij De Hoogstraat Revalidatie. ‘De behandelmodules maken inzichtelijk wat je doet. Het zijn de ingrediënten van de revalidatie. Met een zorgpad beschrijf je vanuit diagnose en beoogde doelen welke stappen de behandeling omvat; het recept voor de ingrediënten. Die twee liggen mooi in elkaars verlengde. De duidelijkheid die je zo krijgt is heel belangrijk voor de revalidant, die weet wat hij kan verwachten, en voor team en managers. Een zorgpad moet niet alleen goed zijn, maar ook haalbaar en betaalbaar.’ De Hoogstraat werkt in dit traject samen met de revalidatieafdelingen van het UMC Utrecht, Diaconessenziekenhuis en St. Antoniusziekenhuis.

Bij De Hoogstraat werd een werkgroep implementatie ingevoerd, waarin naast drie projectmedewerkers uit de instelling ook twee medewerkers van een organisatieadviesbureau zitten. ‘Dat bevalt heel goed. Om iedereen mee te krijgen, maakten we onder meer op de praktijk toegesneden korte handleidingen voor het indiceren en het registreren. Als projectteam zijn we eerst bij alle managers en revalidatieartsen langs geweest, en vervolgens hebben we alle teams geschoold. Voor elk team is er een *super user* aangesteld, die zorgt voor korte lijnen tussen de teams en de projectgroep. Zo lukte het om inderdaad op 1 juli met de registratie te beginnen.’

Binnenkort wordt duidelijk welke modules er bij welke indicaties gekozen worden. ‘Dat levert materiaal om inhoudelijk over de behandeling te gaan praten. Dan wordt het echt interessant!’

Al werkende leren

‘Bij ons is gekozen voor een LEAN benadering: al werkende leer je’, vertelt Japhet van Abswoude. Hij is projectleider voor de behandelmodules bij het Rijnlants Revalidatie Centrum. ‘We wilden met zo min mogelijk belasting van de medewerkers een zo goed mogelijk resultaat bereiken. Het is namelijk een heel drukke tijd voor de revalidatiesector.’

Begin 2015 ging een stuurgroep aan de slag, met onder andere de directeur, een revalidatiearts en de projectleider. ‘De arts pakte de rol van ambassadeur bij haar collega’s goed op, dat was een belangrijke succesfactor.’ Daarnaast begon een werkgroep, met onder andere een applicatiebeheerder en weer projectleider Van Abswoude. ‘Die werkgroep heeft ervoor gezorgd dat indiceren en registreren met behandelmodules concreet mogelijk werd. Met name het implementeren van de software en het organiseren van de middelen was een forse klus. We hebben ook twee scholingsbijeenkomsten georganiseerd voor de artsen, en overleggen tussen behandelteams en artsen.’

Uitgangspunt was dat de betrokkenen vanaf 1 juli met de modules aan de slag zouden gaan. ‘Alleen praten over de modules was te abstract. Toen de collega’s het indiceren en registreren in het dagelijks werk gingen koppelen aan patiënten, werd de bedoeling goed duidelijk en sprak het veel meer aan. We zien het als een voortdurend leerproces, waarin regelmatige onderlinge afstemming terug zal komen. Het is de bedoeling dat het per januari 2016 inhoudelijk goed gaat.’

Ondanks de tijdsinvestering die het kost, doen artsen en behandelaren redelijk enthousiast mee. ‘Het loopt eigenlijk heel goed, gegeven de drukte in de sector. Dat is echt een compliment voor iedereen binnen de organisatie.’



Via zingen naar zeggen

Mensen met afasie kunnen soms beter zingen dan spreken; Melodic Intonation Therapy maakt gebruik van dat gegeven. Een Nederlandstalige handleiding bij deze boeiende therapievorm was echter niet meer beschikbaar. Behandelaars van Rijndam Revalidatie deden er iets aan.

Het is al lang bekend dat sommige mensen met afasie - een stoornis in het spreken en/of begrijpen van taal na hersenletsel - beter kunnen zingen dan spreken. In de loop der tijd zijn daarom verschillende methoden ontwikkeld waarin muziek werd gebruikt om taal te verbeteren. Eén van de internationaal meest bekende methoden is Melodic Intonation Therapy (MIT), een methode die begin zeventiger jaren in Amerika werd ontwikkeld. Hierbij wordt het produceren van korte zinnen - zoals 'ik wil koffie' - getraind door de zinnen eerst te zingen. De logopedist gebruikt bij elke oefenzin een melodiepatroon dat overeenkomt met de natuurlijke toonhoogteverschillen in die zin. De logopedist en de afasiepatiënt zingen deze zin een aantal keer gezamenlijk, terwijl ze met de hand het ritme volgen. Stapsgewijs gaat de logopedist daarna met de revalidant van zingen over naar spreken.

MIT is alleen geschikt voor mensen met een ernstige niet-vloeiende afasie, die niet of nauwelijks kunnen spreken maar taal wel redelijk goed begrijpen.

Meer vooruitgang

Omdat onderzoek naar de effectiviteit van MIT in de revalidatiefase ontbrak, deed Rijndam Revalidatie in 2009 een onderzoek onder 27 revalidanten. De ene groep kreeg zes weken lang vijf uur in de week MIT; de andere groep kreeg de gebruikelijke therapie, zoals het trainen van andere communicatievormen en begripsoefeningen. Om de deelname aan het onderzoek te bevorderen, kregen deze deelnemers na de onderzoeksperiode ook MIT.

Uit het onderzoek bleek dat de revalidanten die MIT hadden gekregen significant meer vooruit waren gegaan in het nazeggen van getrainde en niet-getrainde zinnen. Ook waren er sterke aanwijzingen dat MIT het spreken in het dagelijks leven verbeterde.

Beschroomd

Als onderdeel van het onderzoek werden logopedisten van achttien revalidatiecentra getraind in het toepassen van MIT. Aanvankelijk waren ze vaak beschroomd omdat ze moesten zingen, maar als ze merkten hoeveel revalidanten eraan hadden raakten ze enthousiast. Die revalidanten zelf waren ook heel enthousiast.

De onderzoekers kregen regelmatig de vraag of ze een nieuwe Nederlandstalige handleiding en oefenmateriaal wilden maken en besloten dit te doen. Daarbij ontwikkelden ze ook een digitaal oefenprogramma, e-MIT. In filmpjes wordt het mondbeeld getoond dat hoort bij de verschillende oefenzinnen; een extra ondersteuning voor de revalidant tijdens therapie. Er is eveneens een versie waarmee mensen thuis zelf kunnen oefenen, e-MIT Thuis. Beide versies geven naast vaste voorbeeldzinnen ook de mogelijkheid om zelf oefenzinnen toe te voegen. Zo kan iedereen die zinnen oefenen die hij of zij graag wil oefenen.

Vaste plaats

De handleiding en het oefenprogramma zijn nu beschikbaar voor logopedisten en voor mensen met afasie. Desgewenst kunnen logopedisten ook een eendaagse training volgen. Gezien de positieve resultaten en de positieve reacties van revalidanten én logopedisten is te hopen dat MIT een vaste plaats zal krijgen in het therapiepakket dat beschikbaar is voor mensen met afasie.

Ineke van der Meulen, klinisch linguïst Rijndam Revalidatie

Melodic Intonation Therapy' is uitgegeven door Bohn Stafleu van Loghum, en is beschikbaar als boek en digitaal. Meer informatie staat op www.revalidatiemagazine.nl.



1970 | GEBOREN

JUNI 2003 | ONGELUK

ACHT WEKEN ZIEKENHUIS

■ JAAR KLINISCHE REVALIDATIE

■ ZES WEKEN POLIKLINISCHE REVALIDATIE

‘Het is toch moeilijker in een rolstoel’

Het was eigenlijk een onbenullig ongeluk: hij lette even niet op, zag te laat dat hij met de motor bijna op een stilstaande auto reed en probeerde die te vermijden. Hij vloog tegen een lantaarnpaal, met blijvende gevolgen. Frank van Es (45) heeft ermee leren omgaan: ‘Ik vind het jammer dat ik niet meer kan voetballen, maar rolstoelrugby kan wél.’ • Door Annelies van Lonkhuyzen

‘Ik lag daar op de grond en dacht: dit kon wel eens een dwarslaesie zijn. Vanaf de borst naar beneden heb ik geen enkel gevoel. In het begin kon ik helemaal niets, ik kon mezelf niet eens verstaanbaar maken door een tracheostoma. Ik was opgesloten in mijn eigen lichaam; dat was zwaar. Zo’n dwarslaesie heeft een enorme impact, alles moet je in het revalidatiecentrum weer gaan opbouwen. De eerste keer dat ik mijn jas moest uitdoen, ben ik een uur bezig geweest. Eerst was ik kwaad op de verpleging die niet hielp, maar ze zeiden: je moet het zelf doen. En ze zeiden: je krijgt maar één kans om te revalideren, dus kun je het maar beter goed doen. Dat was ook wat ik wilde.

In het revalidatiecentrum was ik een van de beteren. Dan zag ik zo’n jongen met een hoge dwarslaesie die niet eens zichzelf kon krabben als hij jeuk had en dacht ik: het valt nog wel mee met mij. Maar er waren veel vraagtekens: hoe gaat het mijn relatie - ik had net vier maanden een vriendin, kan ik terug naar mijn baan, kan mijn huis worden aangepast, hoe gaat het met autorijden? Alles is onzeker. Waar ik steun aan heb gehad, is dat ik veel met de verpleging heb kunnen praten. Ze hadden het druk, maar maakten toch tijd. Als revalidanten leer je ook van elkaar en we hadden lol samen, soms harde grappen. Gek genoeg voelde ik me wel thuis in het revalidatiecentrum, ik vond het ook interessant. Vooraf had ik geen idee van wat daar allemaal gebeurt en wat er mogelijk is.

Tegen het eind van mijn revalidatie nam iemand me mee naar rolstoelrugby in de sportzaal. Ik had altijd gevoetbald en ik vond het leuk om weer een teamsport te doen. Ik stond er wel versteld van hoe er gevloekt werd en hoe fanatiek ze waren. Op de Paralympics is rolstoelrugby ook een publiekstrekker omdat het best ruig is. Maar het is een leuke sport en ik heb er veel plezier in. Het is een uitlaatklep, je vergeet al je sores, en je blijft er fit door. Ik train twee keer in de week, op verschillende plaatsen, en doe mee aan clinics en demonstraties.

Wat jammer is, is dat ik twee jaar geleden mijn baan ben kwijtgeraakt. Ik ben bouwkundig tekenaar en kon dat werk weer gaan doen na mijn revalidatie. Maar omdat het slecht ging in de bouw, stopte dat. Ik had wel weer aan de slag gekund, maar dat bureau zat op de eerste verdieping en ze hadden geen lift. Het is toch moeilijker in een rolstoel. Ik heb nu via het UWV een cursus driedimensionaal tekenen gedaan, en ga op zoek naar een stage om daarmee ervaring op te doen. En sinds februari ben ik vrijwilliger in het revalidatiecentrum. Een keer in de week ga ik er tussen de middag naartoe: helpen bij het eten, een praatje maken. Omdat ik ook in een rolstoel zit, stellen mensen makkelijk vragen. Het is fijn om dat te kunnen doen, maar die baan hoop ik natuurlijk wel te vinden.’



‘Je moet elkaars expertise respecteren’

Martijn Klem heeft niet alleen als directeur van de BOSK - een vereniging van mensen met een lichamelijke handicap - veel contacten met revalidatiecentra. Ook komen hij en zijn vrouw vaak bij een revalidatiecentrum vanwege hun zoon **Ikar** (9), die daar onder behandeling is en op school zit vanwege een cerebrale parese. Martijn vindt het vreselijk belangrijk om de patiënt, en in dit geval ook de ouders, nauw te betrekken bij de revalidatie. ‘Revalidatie is gericht op de terugkeer in het dagelijkse leven. Het gaat om integratie en participatie. Dat lukt alleen in nauwe samenwerking met de patiënt. Die geeft immers aan wat hij of zij wil bereiken. De artsen en therapeuten, maar ook de ouders en de mensen met een handicap, hebben allemaal hun eigen expertise en ervaring en daar moet je gezamenlijk gebruik van maken. Zelf proberen we als ouders samen met de leerkrachten en therapeuten heel goed de doelen vast te stellen: van leren de rits dicht te maken, zwemmen, fietsen tot schrijven. Ikar wil graag goochelen. Dat is lastig als een hand het niet goed doet, maar we kijken nu of we daar toch een revalidatiedoel van kunnen maken. Toch zijn we nog niet altijd een gelijkwaardig onderdeel van het revalidatieteam rond onze zoon. Zo kregen we laatst een uitnodiging voor een planbespreking met leerkracht, zorgcoördinator, arts en andere behandelaars. Als we wilden, konden we aanschuiven op het vastgestelde tijdstip. Zo’n benadering is principieel onjuist als je uitgaat vanuit de gedachte dat je elkaars expertise respecteert. Een arts nodig je toch ook niet op zo’n manier uit.’

De patiënt als spil tijdens revalidatie

Een van de speerpunten van het nieuwe strategisch beleidsplan van Revalidatie Nederland is meer aandacht voor het perspectief van de patiënt. Hoewel de revalidatie in vergelijking met andere zorgsectoren al heel goed scoort op dit gebied, kan het volgens de branchevereniging nog beter. De patiënt is immers de spil. • Door John Ekkelboom

‘De revalidatiesector kan zich bij uitstek ten opzichte van andere sectoren onderscheiden als het gaat om patiëntgericht werken.’ Dat staat te lezen in het nieuwe strategisch beleidsplan voor de periode tot en met 2019 van Revalidatie Nederland. Jean-Paul Essers, voorzitter van de raad van bestuur van Adelante en bestuurslid van Revalidatie Nederland, licht toe dat het patiëntenperspectief steeds belangrijker wordt. ‘We roepen al jaren dat de patiënt centraal moet staan, maar onze indruk is dat we met het effectueren ervan achterlopen. Zo hebben we met z’n allen besloten vraaggericht te werken. Dat gebeurt gelukkig wel in toenemende mate, maar in de praktijk zie je dat het aanbod toch nog vaak te leidend is in onze behandelingen. Daarom zijn we het nadrukkelijk gaan benoemen in ons strategisch beleidsplan. De kern van onze dienstverlening is het gezamenlijk met de patiënt streven naar maximale zelfstandigheid, maximaal functioneren en een maximale kwaliteit van leven. Dat kan alleen als de patiënt mede het behandeldoel in het revalidatieproces bepaalt.’

Strategisch beleidsplan

Essers zegt dat de revalidatiesector het in zijn genen heeft om aandacht te besteden aan het perspectief van de patiënt. Zo is de International Classification of Functioning, disability and health (ICF) leidend in de revalidatie. In dat ICF-model staat de patiënt en zijn omgeving centraal. Ook is het heel gebruikelijk om met mensen te bespreken aan welke behandeldoelen ze willen werken en worden instrumenten ingezet om te achterhalen hoe patiënten de behandeling en bejegening ervaren. Maar het moet volgens Essers nog veel beter, zeker omdat de huidige en toekomstige patiënt dat verwacht van zorgverleners. ‘Die patiënt wordt mondiger, heeft de beschikking over internet en wil veel beter geïnformeerd worden over zijn aandoening, over de behandelmogelijkheden en over de kwaliteit die de verschillende zorgaanbieders leveren. Bovendien worden de belangenbehartiging door patiëntenverenigingen en het uitwisselen van ervaringen, bijvoorbeeld via sociale media, belangrijker.’ Uiteraard streeft Essers ook binnen zijn eigen organisatie naar extra aandacht voor het patiëntenperspectief. Zo speelt de cliëntenraad van Adelante nadrukkelijk een rol bij het medische beleid van dit revalidatiecentrum. Deze raad geeft gevraagd en ongevraagd advies en is ook betrokken bij de ontwikkeling van het strategisch beleidsplan van Adelante. Essers: ‘Het komende jaar gaan we naden-

ken over hoe we de zogenaamde *shared-decisionmaking* verder vormgeven. Hoe kunnen we patiënten, familie en omgeving nog meer betrekken bij het behandel- en besluitvormingsproces? Dat is de volgende stap in het centraal stellen van de patiënt.’

Mensgerichte zorg

Dat de revalidatiesector zich extra wil inzetten voor het patiëntenperspectief, stemt Jasper Boele tot tevredenheid. Hij is directeur-bestuurder van LSR, de koepel van cliëntenraden in de zorg. Alle cliëntenraden van de revalidatie-instellingen in ons land zijn hierbij aangesloten. De LSR-activiteiten zijn erop gericht te bevorderen dat zorginstellingen rekening houden met de stem van de patiënt. Boele brengt enige nuance aan. ‘In de patiëntenbeweging zie je soms de teneur van: naar de patiënt moet worden geluisterd en alles wat die roept, is de waarheid. Wij zijn juist voor een dialoog tussen de zorgverlener en de cliënt. Het is een recht om gehoord te worden, maar de behandeling dient wel gebaseerd te zijn op een zorgvuldige afweging. Zo heeft de zorgverlener een bepaald medisch of paramedisch perspectief bij de behandeling. Daarnaast heb je te maken met het perspectief van de cliënt zelf. Die zit bijvoorbeeld met vragen over pijn, nazorg, werk en aandacht voor de naasten. Wordt daarover voldoende gecommuniceerd en zijn de zorgverleners vriendelijk? Denk aan het begrip Planetree, afkomstig uit de Verenigde Staten, waarbij het gaat om een heilzame en mensgeoriënteerde zorg. Als je ergens komt waar de sfeer goed is en de zorgverleners vriendelijk zijn, dan bevordert dat het genezingsproces.’

Inzicht in Revalidatie

Boele vertelt dat enkele jaren geleden een mooie aanzet is gegeven om aan het patiëntenperspectief meer aandacht te besteden. Hij doelt op het traject Inzicht in Revalidatie, dat in 2013 werd afgerond en waarin het patiëntenperspectief zit verankerd. Bij dat traject werkten Revalidatie Nederland, LSR, de Vereniging van Revalidatieartsen VRA en Zorgverzekeraars Nederland nauw samen om de prestaties in de medisch-specialistische revalidatie zichtbaar te maken. Dit heeft onder meer geresulteerd in de komst van indicatoren voor uitkomsten van behandeling, waarbij ook rekening is gehouden met het patiëntenperspectief. Boele: ‘Patiëntenorganisaties hebben allemaal hun eigen criteria



Foto: Inge Hontelaars

‘We worden serieus genomen en vanaf het begin nauw betrokken bij alle beleidsbesluiten’

ontwikkeld voor patiëntenperspectief. Daaruit hebben we als LSR, in samenspraak met deze patiëntenorganisaties, een selectie gemaakt en de belangrijkste criteria opgenomen in het kwaliteitskader voor de revalidatiezorg. Daarin zijn vier hoofdthema's benoemd.'

Betere bejegening

Een van die hoofdthema's is de regie over de eigen zorg. Boele denkt daarbij aan onderwerpen als pijnbestrijding en angstbeleving, waarmee de zorgverlener rekening dient te houden. Bejegening is een ander hoofdthema. Het streven is dat de zorgverlener helder en respectvol spreekt met de patiënt en meedenkt vanuit diens perspectief. De LSR-directeur-bestuurder constateert dat de bejegening binnen de zorg nog steeds onvoldoende is en vindt dat zorgopleidingen dat onderwerp nadrukkelijker in hun curriculum moeten opnemen. Als derde hoofdthema noemt hij toegankelijkheid. 'Die is in de revalidatie al best goed. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over de zorg die je wel of niet kunt krijgen, of een verzekering die wel of niet vergoedt, maar ook over inzage in je patiëntendossier en behandelplan. Het laatste hoofdthema is de samenwerking met patiëntenorganisaties. Wanneer je als zorgverlener veel patiënten met een spierziekte, niet-aangeboren hersenletsel of dwarslaesie behandelt, raadpleeg dan ook de desbetreffende patiëntenvereniging. Die heeft veel kennis en ervaring in huis. De overheid moet patiëntenorganisaties wel beter faciliteren. Ook revalidatiecentra zouden de inbreng van die organisaties kunnen vergoeden, zodat die hun deskundigheid kunnen blijven aanbieden.'

Kwaliteitsvenster

Op basis van deze vier hoofdthema's heeft Revalidatie Nederland september dit jaar het Kwaliteitsvenster gelanceerd, dat is ontwikkeld in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Revalidatiecentra kunnen daarmee op hun eigen website laten zien hoe zij kwalitatief scoren op tien verschillende onderwerpen, zoals patiëntenervaringen, werk van artsen, wachttijden, doorligwonden, samenwerking met patiëntenverenigingen en tevredenheid van medewerkers. Essers weet dat alle revalidatiecentra er gebruik van maken en dat de Kwaliteitsvensters goed worden bezocht. 'Dat maakt duidelijk dat er behoefte is aan informatie over kwaliteit. Vanuit Revalidatie Nederland denken we dat daar zeker een kwaliteitsverhogend effect vanuit gaat. Je probeert van elkaar te leren. Scoor je als centrum bijvoorbeeld op het gebied van decubitus slechter dan je collega's, dan ga je

kijken hoe je dat kunt verbeteren. We ontwikkelen nu samen met de VRA en de grote zorgverzekeraars een landelijke database - een soort landelijk Kwaliteitsvenster - waarin we die gegevens van alle revalidatiecentra overzichtelijk vastleggen.'

Serieus genomen

Een van de centra die gemiddeld hoog scoort op het Kwaliteitsvenster is Blixembosch in Eindhoven. Lia Stoop, die zelf daar revalideerde, is hier trots op maar had dit eigenlijk ook wel verwacht. Zij was zeven jaar voorzitter van de cliëntenraad en is sinds kort gewoon lid. De raad komt maandelijks bijeen en om de maand zit daar ook de sectormanager bij. Stoop: 'We praten intensief met elkaar en we krijgen inzage in alle documenten. We worden serieus genomen en vanaf het begin nauw betrokken bij alle beleidsbesluiten. Omdat alles in samenspraak tot stand komt, hoeven we nooit echt te knokken. Als cliëntenraad zijn we ook goed op de hoogte van de kritiek en wensen van revalidanten, mede dankzij de thema-avonden die wij jaarlijks voor onze achterban organiseren. Het gaat om mensen die op dat moment in behandeling zijn of kort daarvoor zijn ontslagen.'

Document mantelzorg

Op zo'n avond komen 80 tot 125 bezoekers. Telkens wordt er een ander thema behandeld, zoals regie over je leven, hulpmiddelen, vervoersvoorzieningen en mantelzorg. Externe sprekers en sprekers van Blixembosch houden over dat thema een presentatie. In de pauze lopen de leden van de cliëntenraad rond. Ze luisteren dan naar wat er speelt bij de cliënten en kunnen actie ondernemen als dat nodig is. Iedere bijeenkomst was volgens Stoop interessant en leerzaam. Als voorbeeld noemt ze de mantelzorg-avond. 'Een heel team van maatschappelijk werkers, de sectormanager, artsen en andere zorgverleners, ging in gesprek met groepjes revalidanten om te luisteren naar wat er leeft. Een lid van onze raad - Wim van Limpt, die helaas vorig jaar is overleden - sprak die avond als ervaringsdeskundige en bood enkele maanden later een rapport aan over de manier waarop de mantelzorger bij de behandeling betrokken moet worden. Blixembosch heeft dat serieus opgepakt en werkt nu met die aanbevelingen. Een mooi staaltje van aandacht voor het perspectief van de patiënt.'

Kijk voor meer informatie op www.revalidatiemagazine.nl.



Een hoogleraar in de revalidatie aan het woord

‘We proberen de zenuwcellen wakker te schudden’

Door John Ekkelboom

Naast de ontwikkeling van technologische hulpmiddelen voor mensen met een dwarslaesie, zijn wetenschappers wereldwijd bezig met onderzoek naar een mogelijke genezing van deze aandoening. Een van hen is Joost Verhaagen, bijzonder hoogleraar in de moleculaire biologie van zenuwweefselregeneratie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Hij benadrukt dat zijn onderzoek fundamenteel is en dat de weg naar de kliniek nog jaren kan duren. Maar als het ooit lukt, zal zijn *gentherapeutische benadering* waarschijnlijk bestaan uit een combinatie van twee invalshoeken.

‘Het ruggenmerg regenereert heel slecht bij een dwarslaesie’, legt Verhaagen uit. ‘Dit komt doordat het littekenweefsel alle uitgroei van nieuwe zenuwvezels afremt. Bovendien zijn zenuwcellen in het centrale zenuwstelsel niet goed in staat het genprogramma dat zenuwuitgroei stimuleert, aan te zetten. Op beide fronten willen we het lichaam een handje helpen om die regeneratie alsnog op gang te krijgen. Daarbij krijgen we financiële steun van ZonMw en werken we nauw samen met Endparalysis - een enthousiaste internationale patiëntenorganisatie onder leiding van Corinne Jeanmaire - die wetenschappelijk onderzoek naar genezing van dwarslaesies wil versnellen.’

Een van de wapens die de hoogleraar inzet, is het enzym chondroitinase. Dit breekt het littekenweefsel af. Hij doet dit onderzoek samen met het King's College in Londen. ‘Bij ratten met een dwarslaesie hebben we het DNA van dat enzym ingebouwd in een kreupel virus en op de plek van de dwarslaesie ingespoten, waar dat virus de cellen binnendringt. Daar blijkt het tot expressie te komen en breekt het ook littekenweefsel gedeeltelijk af. Maar die genexpressie moeten we ook weer kunnen stoppen als de klus is geklaard. Immers het geraamte van het littekenweefsel dat overblijft, is nodig voor de uitgroei van zenuwcellen. Bovendien is chondroitinase een lichaamsvreemd eiwit en je wilt dat mogelijke afweerreacties in de toekomst uitblijven. We kijken nu of het mogelijk is de expressie van het enzym te reguleren met het antibioticum doxycycline.’

Alleen het littekenweefsel opruimen is onvoldoende: dan is alleen de weg vrijgemaakt voor de gewenste uitgroei van zenuwcellen. De volgende stap is het wakker schudden van die zenuwcellen. Verhaagen heeft gekeken welke genen reageren wanneer het perifere zenuwstelsel wordt beschadigd. Immers sensorische en motorische zenuwcellen zijn wel in staat zich spontaan te herstellen. De hoogleraar spoorde 1500 genen op die daarbij mogelijk betrokken zijn en selecteerde negen sleutelgenen. ‘Die gaan we nu in verschillende combinaties via een virale vector tot expressie brengen in de beschadigde zenuwcellen in het ruggenmerg. We hopen dat ze uiteindelijk uitgroeien en nieuwe verbindingen maken met omliggende zenuwcellen.’



Foto: Inge Hordebrink

Joost Verhaagen (Delft, 1956) studeerde biologie aan de Universiteit Utrecht. Als postdoc werkte hij bij een Amerikaanse vestiging van het farmacieconcern Hoffmann-Laroche. Vervolgens deed hij als neurowetenschapper onderzoek bij het Rudolf Magnus Instituut in Utrecht. Nu werkt hij bij het Nederlands Herseninstituut en is hij bijzonder hoogleraar in de moleculaire biologie van zenuwweefselregeneratie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Naast zijn werk is een van zijn hobby's wandelen.

Het onderzoek naar het opruimen van littekenweefsel is het verst gevorderd. Verhaagen verwacht dat er over enkele jaren meer duidelijkheid zal zijn of deze aanpak eventueel toepasbaar zal zijn bij patiënten. De gentherapie voor de sluimerende zenuwcellen verkeert nog in een pril stadium. De neurowetenschapper wil zeker geen valse hoop wekken. Hij stoort zich aan de wetenschappelijke hypes waarmee dwarslaesiepatiënten van tijd tot tijd worden geconfronteerd. Mocht zijn gecombineerde therapie ooit werken, dan zal revalidatie volgens hem wederom een belangrijke rol spelen bij het herstelproces. ‘Nu bereik je met revalidatie van een dwarslaesiepatiënt onder andere dat onbeschadigde zenuwcellen beter gaan functioneren. Als ons plan uiteindelijk slaagt, zal aanvulling met revalidatie ook een gunstig effect hebben op de regenererende zenuwcellen. De biologische ingreep krijgt dan een extra impuls om tot succes te komen.’

‘Er is plaats voor zelfstandige centra’

Twee zelfstandige behandelcentra zijn lid geworden van Revalidatie Nederland: Ciran en Winnock Zorg. Wat doen ze, wat doen ze anders, en hoe verhouden ze zich tot de traditionele centra? • Door Alice Broeksma

Winnock Zorg biedt poliklinische revalidatie die is gericht op re-integratie bij met name chronische pijn en vermoeidheid en klachten van het bewegingsapparaat. Bedrijven kunnen de organisatie inzetten voor uitgevallen medewerkers, en betalen dan de rekening of een deel daarvan. Ook particulieren kunnen er terecht onder de zorgverzekering. Er zijn tien vestigingen. Bij Winnock Zorg haalt 85 tot 90 procent van de cliënten het beoogde resultaat: volledige werkhervatting. Bedrijven krijgen als ze hun uitgevallen werknemers sturen zelfs garantie op de behandeling: niet goed, geld terug. Het centrum zegt al 35.000 cliënten terug te hebben geholpen in het normale werkleven.

‘Winnock Zorg is in 1987 ontstaan en komt voort uit het RAC, het Rug Advies Centrum’, vertelt revalidatiearts Martin Danen. Hij is aan Winnock Zorg verbonden als vakgroepvoorzitter en hij is betrokken bij de behandeling. Danen wijst op de ontwikkeling sinds de jaren tachtig. ‘Nu is het in ons land heel gewoon om te de-medicaliseren. Maar in die begintijd was het RAC het eerste centrum dat het anders aanpakte, aanvankelijk alleen bij chronische rugklachten. In plaats van - vaak vergeefs - te blijven zoeken naar een lichamelijke verklaring lag de nadruk op terugkrijgen van vertrouwen in het lichaam en zien dat goed functioneren toch mogelijk is, via cognitieve gedragsmatige programma’s.’

Andere insteek

Tekenend voor Winnock Zorg, zegt Danen, is dat de organisatie werkt met korte en krachtige interventies met een vast omschreven aanbod en doelgroep. Geen lange wachttijden, een intensieve behandel fase van twee tot drie weken, groepsgerichte aanpak, en na de eerste behandel fase begeleiding gedurende een jaar. ‘Daarbij is ons doel: weer terug naar vroeger functioneren.’

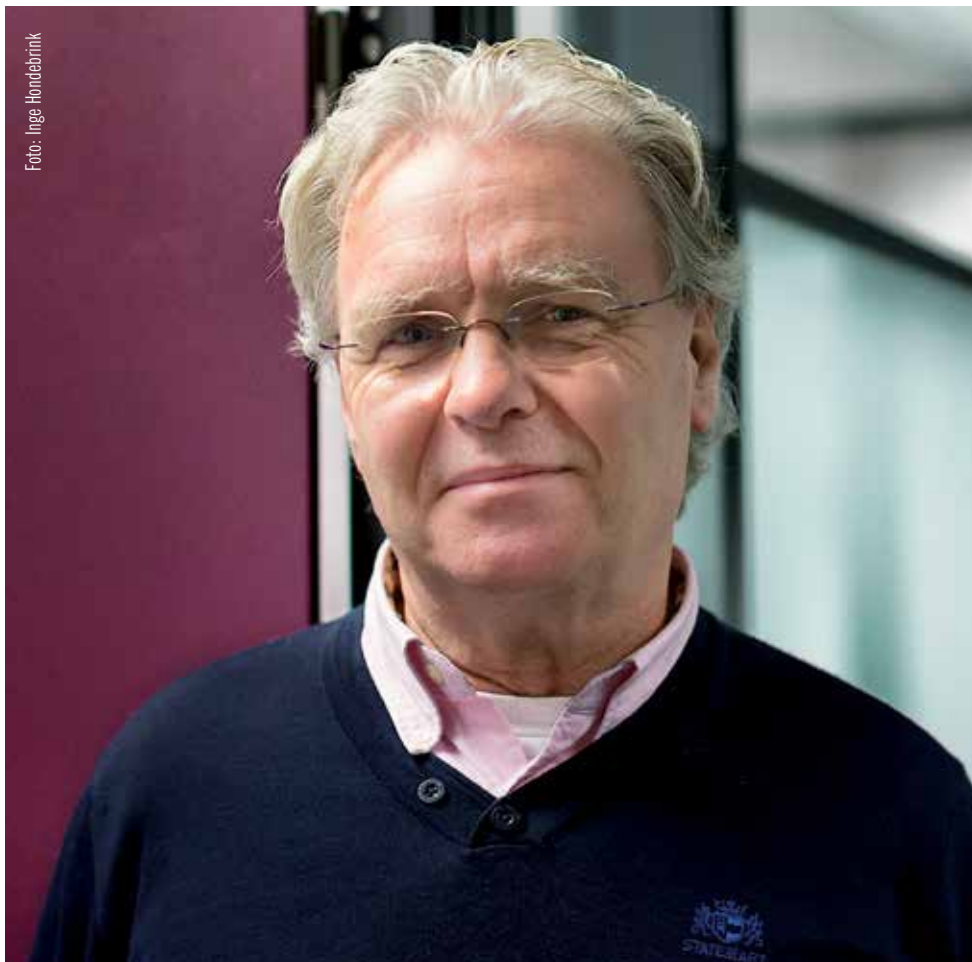
Het nieuwe lidmaatschap van Revalidatie Nederland ziet Winnock Zorg als nuttige stap. ‘Voor kruisbestuiving. We zijn blij met de erkende kwaliteitseisen, de toegang via Revalidatie Nederland tot alle aanwezige

kennis en de mogelijkheid aan onderzoek mee te doen. Wij zijn gespecialiseerd in omgaan met chronische pijn en denken dat onze aanpak andere centra kan inspireren. We werken allemaal aan een goed product en samen kunnen we het nog beter doen.’

Groeien

Ook Ciran is lid geworden van Revalidatie Nederland. Ciran staat voor Centra voor Integrale Revalidatie en Arbeidsactivering Nederland. De instelling biedt op negentien locaties revalidatie. Net als bij Winnock Zorg is de behandeling uitsluitend poliklinisch en is de doelgroep de patiënt met chronische klachten van pijn en vermoeidheid. De instelling werkt samen met het Radboudumc, waar ook wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit van de methode van Ciran. Jan Jochijms, directeur: ‘Onze zorg werd deels als zakelijke dienstverlening gefinancierd door het bedrijfsleven. Sinds 2009 levert Stichting Ciran echter uitsluitend nog medisch-specialistische revalidatiezorg, die vergoed wordt uit de basiszorgpolis. Wij richtten ons toen, en ook nu, op het functioneren en participeren, niet op de klachten. Naar die behandel aanpak kwam uit de maatschappij steeds meer vraag. We groeien flink, waarbij de patiënt centraal blijft staan. Per jaar krijgen we nu 5000 patiënten en we hebben 400 behandelaars, dat waren er vorig jaar nog 350. De groei is mogelijk doordat we heel efficiënt zijn ingericht, met alle overhead op één locatie, met een duidelijk afgebakende doelgroep en een eveneens duidelijk afgebakende behandelwijze.’

Een zelfstandig behandelcentrum is een door de overheid erkende Instelling voor Medisch Specialistische Zorg (IMSZ), waarin minstens twee medisch specialisten samenwerken. Doorgaans specialiseren deze centra zich in een bepaald type poliklinische behandeling.



Revalidatiearts Martin Danen:
 ‘Wij zijn gespecialiseerd in omgaan met chronische pijn en denken dat onze aanpak andere centra kan inspireren. We werken allemaal aan een goed product en samen kunnen we het nog beter doen.’

Houvast

Wim Wertheim was voorheen als revalidatiearts verbonden aan Militair Revalidatie Centrum Aardenburg; vanaf 2009 werkt hij voor Ciran. ‘Onze drie hoofdthema’s zijn het verband tussen lichaam en geest, hoe de cliënt als mens in zijn leefomgeving staat en hoe hij weer concreet kan participeren. De patiënt ondertekent een behandelcontract, het traject is dus voorspelbaar en de patiënt heeft zo houvast, maar ziet ook wat de behandeling per onderdeel kost, en wat de maatschappij dus voor hem doet.’ Wertheim vindt dat de overkoepelende visie ‘bij onze instelling echt in de genen zit’. ‘Ook focussen we op screenen, meten, datasets, voor precieze informatie over zorgvraag, behandeling en resultaat. In die meetbaarheid zijn wij sterk.’

Een belangrijk aspect van het lidmaatschap van Revalidatie Nederland is ook voor Ciran de kennisuitwisseling. ‘We krijgen toegang tot alle informatie in de revalidatiewereld en we bieden ook zelf graag onze expertise aan. Wij denken dat onze capaciteit snel te schakelen een voorbeeld kan zijn. Het is toch waar dat sommige revalidatiecentra het nu zwaar hebben, en financiële verliezen leiden. De wereld is veranderd, de revalidatiewereld moet dynamischer worden.’ De revalidatiearts onderkent dat nieuwkomers in de traditionele markt als bedreigend kunnen worden gezien. ‘Maar wij distantiëren ons daarvan. We hebben ingespeeld op een marktvraag en richten ons net zoals collega-centra op goede patiëntenzorg.’ Dat mag wat hem betreft ook blijken uit het feit dat hij en andere Ciran-revalidatieartsen ‘diep in de VRA zitten’. Wertheim zelf als voorzitter van de beroepsbelangencommissie van de Vereniging van Revalidatieartsen.

Toetsing

Heino van Essen, voorzitter van Revalidatie Nederland, zegt dat de twee instellingen lid konden worden omdat ze medisch-specialistische revalidatiezorg verlenen, en omdat ze ook verder voldoen aan de criteria van de brancheorganisatie. ‘Daar hebben ze hard aan gewerkt’. Onder de criteria valt onder meer het laten toetsen van de in de praktijk werkzame revalidatieartsen. Aan zo’n visitatie stelt de VRA bepaalde eisen. ‘Omdat Winnock Zorg en Ciran op een andere manier werken is er voor toelating discussie geweest of die aanpak past binnen de scope van onze vereniging. Daartoe moest de vraag worden beantwoord wat medisch-specialistische revalidatie exact is, en dat was niet eenvoudig. Wat is bijvoorbeeld de rol van de revalidatiearts? Ook de verzekeraars en het Zorginstituut Nederland zochten heldere duiding en inmiddels is daarover bij dat instituut een rapport verschenen dat aan de minister is aangeboden. Over de rol van de revalidatiearts zegt het rapport dat die intensief bij de behandeling betrokken dient te zijn en leiding geeft aan een interdisciplinair behandelteam. Uit het rapport zullen nieuwe statuten uit voortkomen waaraan alle leden, huidig en nieuw, worden getoetst.’

Concurrenten

Nieuwe leden zijn natuurlijk door de toenemende marktwerking toch gewoon ook nieuwe concurrenten, zegt Van Essen. ‘Dat geldt al voor de traditionele centra onderling en dus ook voor de zelfstandige behandelcentra. Maar uitgangspunt is dat de juiste patiënt op de juiste plek wordt behandeld en daarom is er plaats voor de zelfstandige centra. Deze bieden ook de mogelijkheid van elkaar te leren, zoals de traditionele centra nu ook al van elkaar doen. Het gaat lukken goed samen te werken.’



Foto: Inge Hondelink

‘Zo vroeg mogelijk beginnen met elektrostimulatie’

Reade zet, naar eigen zeggen als eerste in Nederland, elektrostimulatie in als mensen nog maar net een dwarslaesie hebben en het bed moeten houden. Revalidatiearts Christof Smit past de techniek toe en promoveert binnenkort op dit onderwerp. • Door Alice Broeksma

Waarom heeft uw centrum besloten tot deze behandelwijze?

‘Het begon met een observatie toen ik dertien jaar geleden bij Reade kwam, en doorlig- en doorzitwonden zag, dus decubitus. Dat greep mij enorm aan. Ook doordat dwarslaesiepatiënten dankzij revalidatie het leven weer wat in hun greep hadden, maar dan toch later terugkwamen met grote decubituswonden die thuis waren ontstaan. En het vervelende is dat decubitus erg moeilijk geneest, zodat mensen lange tijd de zorg in moesten. Terwijl er preventieve maatregelen bestonden, maar die waren duidelijk niet afdoende. Ik ben acht jaar geleden met Thomas Janssen, hoogleraar bewegingswetenschappen aan de Vrije Universiteit, gaan nadenken hoe dat beter kon, en of elektrostimulatie een grotere rol zou kunnen spelen.’

Welke vormen van elektrostimulatie kunnen worden ingezet?

‘Bij dwarslaesie kan de BerkelBike worden gebruikt, een kruising tussen

een zit- en ligfiets die gebruikmaakt van elektrostimulatie. Maar daar zit een belangrijk stadium vóór. Bij Reade gebruiken we sinds kort de fietsergometer RT300 van het Amerikaanse bedrijf Restorative Therapies, die al aan het bed kan worden ingezet. Hierdoor kunnen mensen die nog maar kort een dwarslaesie hebben en nog niet erg belastbaar zijn, in conditie worden gehouden met behulp van elektrostimulatie. Om ervaring op te doen, zetten we de RT300 nu eerst in voor revalidanten in de kliniek. Een ander positief spoor is het broekje dat in Amerika is ontwikkeld met de neuro-pro-stimulator: ingebouwde elektroden die dag en nacht de bilspieren stimuleren. Ik richt hier mijn promotieonderzoek op. Wij vinden het broekje voor privé-inzet thuis nog niet zo gebruikersvriendelijk, maar voor onderzoeksdoelstellingen is het prima. Want er is al zeker gebleken dat door de elektrostimulatie de doorbloeding beter is, de spieren in volume toenemen en de druk wordt verplaatst. Heel belangrijk, omdat iemand die met een verlamming

de hele dag in een rolstoel zit zelf niet voelt dat hij moet gaan verzitten als hij zagezegd een houten kont krijgt. Waardoor snel doorzitplekken kunnen ontstaan. Ook 's nachts kan de elektrostimulatie doorgaan. Nachtelijke spieractivatie verstoort de slaap niet, hebben we onderzocht. Dankzij de elektrostimulatie nemen alle risicofactoren af. En worden complicaties zoals decubitus voorkomen of aanzienlijk verminderd.'

Waarom is het zo belangrijk snel met elektrostimulatie te beginnen?

'In de eerste fase is weinig anders mogelijk dan liggen. Bij inactiviteit nemen de spiermassa en spierkracht in een onvoorstelbaar hoog tempo af. In enkele weken tijd kan dat oplopen tot tientallen procenten. De spieren verschrompelen als het ware. Met de RT300 kunnen we twaalf spiergroepen tegelijkertijd activeren, bijvoorbeeld vijf been- en bilspieren per been samen met de buikspieren en rugspieren. Ook is het mogelijk om met de armen te fietsen waarbij ook elektrostimulatie gegeven wordt. Een groot verschil met weken inactief in bed liggen. Belangrijk ook voor de spieren en zenuwen ónder de dwarslaesie, die anders ook niet meer zouden worden gebruikt ook al is daar niets mee aan de hand. Actief blijven móét, voor de fysieke en de psychische fitness. Uit onderzoek is gebleken dat mensen met een dwarslaesie vier keer zo snel te zwaar zijn. Wij hebben nu 34 cliënten met vroege elektrostimulatie behandeld, en die zeggen zonder uitzondering dat ze zich fitter voelen, maar ook blijer, beter in hun vel. Dit betekent dat ze beter aan hun conditie kunnen blijven werken, ook na de revalidatie. Dit vertaalt zich ook in minder heropnames en operaties.'

Waarom wordt elektrostimulatie nog niet breder toegepast?

'Dat komt door onbekendheid, en de financiering. We moeten naar een cultuurverandering, we moeten van passief naar actief, van liggen naar bewegen. Bij dwarslaesie zitten we in Nederland in een soort vicieuze cirkel. Elektrostimulatie wordt niet veel toegepast, omdat nog niet zo bekend is wat er allemaal kan. Daardoor is er minder vraag naar, en dus ook minder onderzoek en dus zijn er minder wetenschappelijke bewijzen. Daarom zal een specialist het minder snel inzetten, en de zorgverzekeraars twijfelen over financiering. Maar die insteek is niet juist. In plaats van extra kosten te zien - een elektrostimulatiekastje dat al commercieel verkrijgbaar is kost 1000 euro - moet worden gerealiseerd dat bij het gebruik ervan niet voortdurend een fysiotherapeut aanwezig hoeft te zijn. Zo kan de patiënt per week uren extra trainen, zónder dat het meer therapietijd kost. Het moet nog verder onderzocht worden, maar dat geldt in principe natuurlijk voor elke aandoening met verlamde spieren tot gevolg, zoals CVA, MS of *ic acquired weakness*. Ik heb de komende maanden gesprekken met zorgverzekeraars, het is heel belangrijk dat de aanschaf van het basismateriaal onder de behandeling komt te vallen, en dus wordt vergoed. We gaan er alles aan doen dat voor elkaar te krijgen. Wij willen ook graag onze kennis delen met collega's door het hele land en met patiëntenverenigingen, omdat we de grote voordelen zien en deze aanpak naar onze mening zou moeten worden uitgerold. In Engeland zijn ze hier al veel verder mee. Om elektrostimulatie verder wetenschappelijk te onderbouwen, en voort te borduren op mijn promotieonderzoek, hebben wij zelfs vijf ton uit Engeland toegezegd gekregen, voor een randomized controlled trial. Ik ben hier heel trots op, want ik wil dwarslaesiepatiënten echt helpen en dit zijn allemaal prachtige ontwikkelingen.'

BIJZONDER GEZIN

Wij hebben een gezin uitgenodigd om samen een weekend door te brengen in ons huis in de Ardennen. Het gezin is al acht jaar niet meer met vakantie geweest. De moeder is door een hersenvliesontsteking in haar eerste levensjaar spastisch. De oudste zoon, die ik Joost zal noemen, heeft spierdystrofie. Hij is zestien jaar, kan alleen twee vingers van zijn rechterhand bewegen, wordt vanaf zijn tweede jaar beademd en rijdt in een elektrische rolstoel. Vader doet 's nachts de zorg en moeder zorgt overdag voor hem en voor de andere drie kinderen van tien, acht en één jaar. PGB'ers brengen Joost vier dagen in de week naar school en blijven daar om hem te helpen. Hij doet het VWO en leert daarnaast Chinees. Hij wil later econoom worden.

Het gezin is er al een paar uur als wij 's avonds laat aankomen. Joa, hun PGB'er die al vaker in het huis is geweest, heeft de houtkachel aangemaakt en Joost is geïnstalleerd in zijn slaapkamer die is volgebouwd met techniek die hem in leven houdt. Hij spreekt zijn hele leven al met beademing. In het ritme dat de machine hem oplegt maakt Joost vloeiende, bedachtzame zinnen die niet langer zijn dan vijftien lettergrepen. Het klinkt een beetje als een gedicht. Hij ligt lekker, zegt hij, en hij vindt het mooi in de Ardennen.

We maken ook kennis met de rest van het gezin, en dan gaat moeder met de drie andere kinderen naar boven. Ze slapen met zijn vieren in het grote bed, dat zijn ze zo gewend. Drie naast elkaar en één aan het voeteneind. Buiten blijven we met vader en Joa nog de halve nacht bij een vuurtje zitten praten. Vader houdt van de nacht, vertelt hij, en van de verzorging van Joost. Hij loopt regelmatig naar binnen om zijn zoon te verleggen en de voedingspomp, vernevelaar of hoestmachine te bedienen. Hij voelt het wanneer Joost hem 's nachts nodig heeft.

De volgende ochtend gaat vader slapen en doen we kleine dingetjes met moeder en de kinderen op het land. Takjes halen, vuurtje stoken, kabouters en eekhoorns zoeken, rondrijden. Aan het einde van de dag zegt Joost: 'Ik ben nog nooit zo lang buiten geweest.' Het is een bijzondere ontmoeting.



Hans Slootman

Hans Slootman was tot eind vorig jaar revalidatiearts bij Heliomare in Wijk aan Zee. Dit was zijn laatste column voor Revalidatie Magazine.

Overheid, verminder die controle-dwang!

In 2006 mocht ik samen met Sjoerd Vegter hoofdredacteur worden van een grondig opgeknappt Revalidatie Magazine. Nu, tien jaar later, verschijnt het laatste fysieke nummer; in het vervolg is het blad volledig digitaal. In die tien jaar is er veel veranderd in en om de revalidatiesector, bijvoorbeeld als het gaat om de financiering. De vertrouwde budgetfinanciering is vervangen door een vorm van prestatiebekostiging. Deze omslag heeft plaatsgevonden in het kader van een door de overheid gewenste marktwerking in de zorg.

Bijna tien jaar later de balans opmakend, zien we dat het zorglandschap volledig is veranderd. Revalidatieartsen worden door hun directies min of meer gedwongen om kostendekkend hun programma's aan te bieden. De tarieven van de zorgmodules zijn zo uitgeknepen dat artsen in een ethische spagaat terechtkomen: laat ik de financiën bepalen welke zorg ik aanbied, of kies ik voor de inhoud en veroorzaak daarmee het risico dat mijn revalidatie-instelling verlies lijdt? Want daadwerkelijk zijn er zorginstellingen die financiële zorgen hebben. Recent werd bekend dat dit zelfs geldt voor één op de vijf ziekenhuizen. In relatief korte tijd is de stabiliteit van de zorgsector in gevaar gekomen.

Het is duidelijk dat de zorg op termijn niet betaalbaar is als de groei van de afgelopen jaren

doorzet. Die boodschap is inmiddels wel geland. Dat is een positief effect van de verandering: zorgprofessionals zijn zich ervan bewust dat niet alles kan en dat er doelmatig gewerkt moet worden. Maar de gedachte dat marktwerking vanzelf zou leiden tot een goede balans tussen kwaliteit en doelmatigheid is niet juist gebleken.

Deels komt dit doordat er in het systeem perverse prikkels zitten. Zo kan een revalidatiearts besluiten de behandeling van een patiënt 42 dagen stop te zetten, om daarna weer een nieuwe DBC te kunnen openen. Ook kan door het voorschrijven van extra inzet de DBC in een hoger mandje uitkomen. Soms scheelt een paar uur extra inzet meer dan 10.000 euro.

Het streven naar marktwerking leidde nog tot een ander probleem: een toename van bureaucratie. De informatie- en controleafdelingen van revalidatiecentra zijn de afgelopen jaren circa 60 procent gegroeid. Er wordt zo uitgebreid getoetst omdat de financiering van de zorg zo complex is geworden dat zelfs accountants er geen garantie op kunnen afgeven. Bovendien hecht elke zorgverzekeraar ook sterk aan eigen controle. Ze vragen bijvoorbeeld gegevens op over indicatoren en inzet van personeel, en vullen daarmee eigen databestanden. Daarnaast vraagt de samenleving - terecht - ook om kwalitatieve toetsing, zoals HKZ-certificering of de kwaliteitsvisite van de

Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Soms lijkt het erop dat de ene helft van Nederland de andere helft controleert. De kosten van al deze controle worden niet gecompenseerd in de tarieven.

Er is geen marktwerking in de zorg en er komt geen marktwerking in de zorg, is mijn stellige overtuiging. Marktwerking en dokters gaan niet samen. Maar als het streven toch blijft bestaan, maak dan als overheid ook gebruik van marketingachtige principes. Luister naar de klant, te weten de patiënt, en heb vertrouwen in de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals om met de beschikbare middelen de beste zorgkwaliteit te willen realiseren voor zoveel mogelijk patiënten. Verminder de controledwang en de verantwoordingsdruk; bij de huisartsen is het ook gelukt om de bureaucratie met 85 procent te verminderen. Hiermee wordt héél veel geld bespaard, dat besteed kan worden aan de patiëntenzorg en aan innovatie van die zorg. De revalidatiesector wil zich graag blijven ontwikkelen, zoals ook Revalidatie Magazine dat doet. Maar daar moet de sector dan wél de ruimte voor krijgen.

*Frans van den Broek d'Obrenan,
bestuurder Rijnlands Revalidatie Centrum*

'Externe controles kunnen met minimaal 50 procent worden teruggebracht'

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



Met de stelling van de vorige keer - 'Medisch-specialistische revalidatie-instellingen zijn het meest aangewezen om de regiefunctie in de revalidatieketen vorm te geven' - was 83 procent het eens en 17 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.

‘Je moet weten wat het onderliggende probleem is’

WIE: ANNE MARIE VAN DE ZANDE, KLINISCH LINGUIËST

WAT: TEAM VOOR TAALONTWIKKELINGSSTOORNISSEN, BESTAAND UIT KLINISCH LINGUIËSTEN

WAAROM: DIAGNOSTIEK VAN KINDEREN MET COMPLEXE TAAL- EN/OF SPRAAKPROBLEMATIEK

WAAR: RIJNDAM REVALIDATIE, ROTTERDAM

Door Kitty Rotteveel

Vanuit welke behoefte is jullie team ontstaan?

‘Een klinisch linguïst onderzoekt vanuit de taalwetenschap taal- en spraakstoornissen. Binnen de volwassenrevalidatie is de klinisch linguïst een vast onderdeel van het behandelteam en wordt er veel gebruik van gemaakt. Binnen de kinderrevalidatie is dit niet zo, maar bestaat de behoefte aan onze diagnostiek wel degelijk. Vanuit de logopedie krijgen we bijvoorbeeld signalen dat een therapie om onduidelijke redenen stagneert. Wij hebben meer tijd om te onderzoeken wat er precies aan de hand is en we kennen de complexe problematiek bij kinderen. Typerend is dat we niet uitgaan van tests maar van de spontane taal en communicatieve vaardigheden van een kind; dat kunnen naast spraak bijvoorbeeld ook gebaren zijn. Op basis hiervan brengen we gedetailleerd in kaart wat het onderliggende probleem is. Vervolgens adviseren we hoe je een behandeling op kunt bouwen en waar het accent moet liggen. Onze expertise ligt in de diagnostiek, wij behandelen niet. We nemen dus niet de plaats in van de logopedist, maar bieden een toegevoegde waarde.’

Welke kinderen zien jullie?

Bij Rijndam Revalidatie hebben we het Taal-expertiseteam dat is opgesplitst in twee subteams: een team voor verworven kinderafasie en ons team voor taalontwikkelingsstoornissen. Wij zien kinderen tussen de twee en achttien jaar met aangeboren neurologische beschadigingen zoals cerebrale parese of een syndroom. De meeste onderzoeksvragen komen van de behandelend logopedist. De revalidatiearts keurt zo’n vraag goed, waarna wij aan de slag kunnen. Ook de orthopedagoog of revalidatiearts kunnen diagnostiek aanvragen. Daarnaast hebben we een aantal samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld met het Sophia Kinderziekenhuis.’



Links Anne Marie van de Zande, rechts haar collega Carina Paul

Foto: Sabrina Vermeulen

Kun je een voorbeeld geven van een interventie?

‘We kregen laatst een vraag van een logopedist over een zevenjarig meisje met een milde vorm van cerebrale parese. Na twee jaar logopedie, gericht op het verbeteren van de uitspraak, was er weinig vooruitgang geboekt. We maakten een video-opname van de verbale communicatie tijdens spel. Uit onze analyse bleek dat ze redelijk verstaanbaar sprak, ondanks een laag spreektempo en dysartrie, waarbij de coördinatie van de spieren rond de mond verstoord is. De begrijpelijkheid van haar uitingen werd vooral beïnvloed doordat ze zinnen maakte op het niveau van een tweejarige. Dit bleek niet uit de logopedietest, waarbij ze langere zinnen goed na kon zeggen. Ons advies was: richt je op een meer grammaticale benadering van de therapie. Bijvoorbeeld: hoe gebruik je hulpwerkwoorden, hoe vervoeg je werkwoorden? We hebben een nulmeting gedaan en meten na een half jaar opnieuw, zodat duidelijk wordt

wat de nieuwe aanpak heeft opgeleverd.’

Hoe zouden jullie je specialisme verder willen ontwikkelen?

‘Wij willen in de toekomst graag landelijke samenwerkingsverbanden aangaan. Dan kunnen we bijvoorbeeld ook meer data verzamelen en de effectiviteit van onze diagnostiek beter in kaart brengen. Daarvoor moet ons specialisme eerst meer voet aan de grond krijgen. Wij hopen dat de klinische linguïstiek binnen de kinderrevalidatie in Nederland net zo’n vanzelfsprekende plaats krijgt als binnen de volwassenenrevalidatie. Want kinderen hebben zo hun eigen problemen, die deskundige aandacht verdienen. Ik vind het heel mooi als je door samenwerking tot een betere behandeling kunt komen, en daarmee de communicatie tussen kinderen en hun omgeving sterk kunt verbeteren. Want juist die communicatie is essentieel voor de ontwikkeling en voor de kwaliteit van leven.’

Het zal je maar gebeuren. Van het ene op het andere moment verlamd zijn vanaf je middel door een dwarslaesie. Het Revalidatiefonds zet zich in om mensen met een dwarslaesie weer mee te laten doen. Een gift aan het fonds is voor hen een steuntje in de rug.



 **revalidatiefonds**

rdg *Kompagne*
vanzelfsprekend



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



*'Hier was de
aandoening van
Jeomie geen
bijzonderheid en
wisten ze waarover
ze spraken.'*

Second opinion

Jeomie Langebeeke heeft een aanlegstoornis aan het been. Haar arts verwees haar na problemen met de prothese door naar De Hoogstraat. Hier werkt een expertiseteam voor kinderen met aanlegstoornissen. Er werd direct een nieuwe prothese gemaakt. De revalidatiearts, instrumentmaker en de kinderfysiotherapeut werken samen met een orthopeed uit het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Zo worden kind en gezin intensief begeleid.

De Hoogstraat
Orthopedietechniek

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

De kracht van de aanpassing

PASSEND-ONDERWIJS MEUBILAIR?

Maatwerk weet de weg!



 Maatwerk

www.kindermeeubilair.nl