



## We gaan de zorg anders afrekenen

Ile Programma Revalidatieonderzoek | Telerevalidatie: mis de boot niet  
Aandacht voor kind van de revalidant | Kort en intensief behandelen  
Inspectie kijkt mee in de kliniek | Vragenlijst voor mensen met afasie





*'Eigenlijk heb ik na de  
amputatie maar één doel of  
droom gehad. Misschien  
eerst onbewust, maar later  
bewuster: ik wil een  
zo gewoon mogelijk  
leven leiden.'*

*Résy Broekhoven* onderging op 27-jarige leeftijd een bovenbeenamputatie vanwege kanker. Wij maakten voor haar een prothese die haar meer stabiliteit gaf en er tegelijkertijd voor zorgde dat haar rugklachten verminderden. Een prothese verstrekken is óók nadenken over de belasting van het gezonde deel van het lichaam: dat is onze kracht.

**De Hoogstraat**  
Orthopedietechniek

■ 030 258 1811 ■ [www.dehoogstraat.nl](http://www.dehoogstraat.nl) ■ [oth@dehoogstraat.nl](mailto: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](mailto:rm@revalidatie.nl).

## 6 Berichten

### 7 Inspectie kijkt mee in de kliniek

De inspectie start een bezoekeronde bij centra voor klinische revalidatie.

### 8 'Verdriet kan je jaren later inhalen'

Een van je ouders in een revalidatie-centrum, dat heeft impact.

### 10 Een stem voor mensen met afasie

Het NIVEL ontwikkelde de CQI Afasie.

### 11 'Aan terugkijken heb je niks'

Mary van Dijk.

### 15 De Professor

Luciano Fasotti.

### 18 Kort en intensief behandelen

Adelante biedt jongeren korte en intensieve behandeling.

### 19 Column

Standplaats Mandelay.

### 20 Het Standpunt

Innoveren: doe dat juist in deze moeilijke tijden!

### 21 De Specialisten

Multidisciplinaire ondersteuning voor mensen met een beperkte handfunctie.



## Behandelmodules maken revalidatiezorg transparanter

De revalidatiesector wil overstappen naar bekostiging via behandelmodules. In 2019 moet het declareren in behandeluren zonder herkenbare inhoud tot het verleden behoren.

• John Ekelboom

## De oogst van het Ile Programma Revalidatieonderzoek

Het Ile Programma Revalidatieonderzoek richtte zich op de effectiviteit van interventies. Het heeft veel praktische resultaten opgeleverd.

• Adri Bolt



## 'Mis de boot niet'

Telerevalidatie is niet meer te negeren.

'De meerwaarde is groot en de toepassingen zijn legio,' zeggen deskundigen.

• Alice Broeksma



# De oogst van het Ile Programma Revalidatieonderzoek

Het Ile Programma Revalidatieonderzoek, van 2006 tot 2010, richtte zich op de effectiviteit van interventies. Nu bijna alle studies afgerond zijn, is duidelijk dat het programma veel praktische resultaten heeft opgeleverd. Regelmatig is dat ook het inzicht dat een interventie níet effectief is. • Door Adri Bolt

## ALLRISC

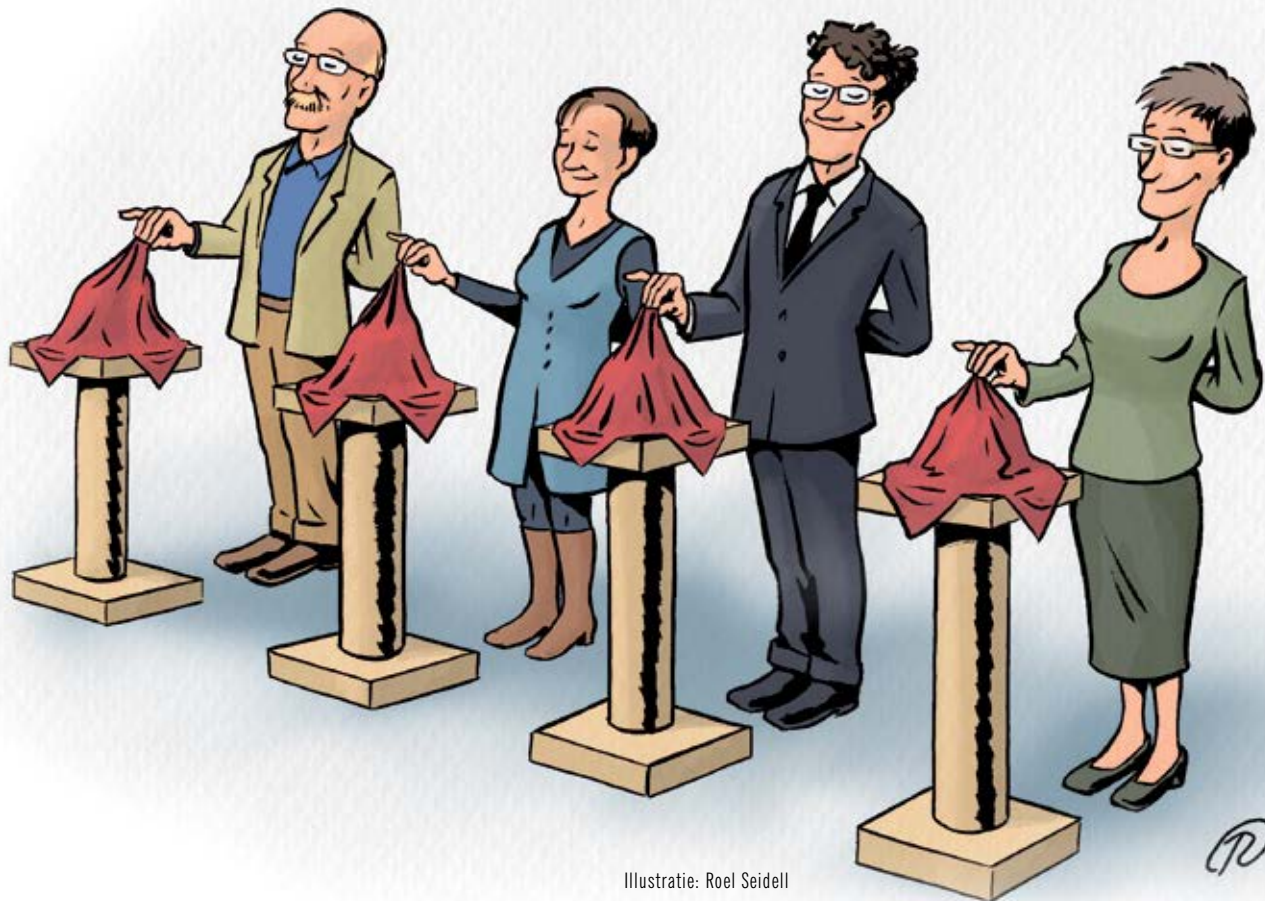
‘Met het ouder worden, worden mensen vaak minder fit. Wanneer je een dwarslaesie hebt gaat dat proces sneller, en dat gaat samen met andere gezondheidsproblemen zoals blaasproblemen of decubitus’, vertelt bewegingswetenschapper Luc van der Woude, projectleider van ALLRISC en hoogleraar Bewegen, Revalidatie en Functieherstel in Groningen. ‘En daarmee verminderen welzijn en deelname aan de samenleving, zo blijkt uit een deelstudie van ALLRISC onder 291 dwarslaesiepatiënten.’ Het is dus belangrijk om gericht aandacht te besteden aan die fitheid, ook om te voorkomen dat mensen langdurig moeten worden opgenomen. Daarom dienden de onderzoekers onlangs een implementatievoorstel in bij ZonMw. ‘Samen met de patiëntenorganisatie en de koepelorganisatie van revalidatieprofessionals willen we een boek, website en digitale vraagbaak voor dwarslaesiepatiënten ontwikkelen over fitheid en het voorkomen van secundaire problematiek.’ De website en vraagbaak gaan vervolgens weer een rol spelen in het te ontwikkelen fitheidsbeleid van de acht in dwarslaesiebehandeling gespecialiseerde revalidatiecentra, verwacht Van der Woude.

ALLRISC kende nog drie deelstudies. Een deelonderzoek naar een zelfmanagementprogramma is nog niet afgerond. Een laag-intensieve rolstoeltraining bleek geen effect te hebben op de fitheid. Maar trainen op de handbike, gecombineerd met fietsen met de benen en elektrische stimulatie van de beenspieren, leek wel positieve fitheidseffecten te hebben. Het aantal deelnemers was uiteindelijk te laag om dit wetenschappelijk te kunnen aantonen. ‘Er waren veel gezondheids- en motivatieproblemen in de onderzoeksgroep. Logisch, omdat we de meest kwetsbare groep gevraagd hadden deel te nemen. Dat demonstreert weer hoe belangrijk het is die fitheid van begin af aan op peil te houden.’

## Restore4Stroke

Meer individuele aandacht voor de CVA-revalidant en diens partner. Dat wordt waarschijnlijk het voornaamste resultaat van Restore4Stroke, vertelt Caroline van Heugten, hoogleraar klinische neuropsychologie in Maastricht en coördinator van het onderzoeksprogramma. ‘De invloed van persoonlijke factoren op participatie, welbevinden en kwaliteit van leven is heel groot, zo bleek uit ons onderzoek. De copingstijl is bijvoorbeeld belangrijk - hoe ga je om met stressvolle situaties? - en ook de zelf-effectiviteit - het vertrouwen dat je hebt in je eigen vermogen om je situatie te beïnvloeden. En persoonlijkheidskenmerken, zoals optimisme.’ Zo is het waarschijnlijk dat mensen met ernstig letsel en een actieve copingstijl meer gaan participeren dan mensen met minder ernstig letsel maar een passieve copingstijl, stelt Van Heugten. Het is goed als revalidatieteams dit weten, en als ze weten hoe je die persoonlijke factoren kunt meenemen in de revalidatie. De onderzoekers kregen van ZonMw een implementatiesubsidie om hiervoor een cursus te ontwikkelen.

In het onderzoeksprogramma werden ook twee interventies ontwikkeld en onderzocht, waarvan de onderzoekers dachten dat ze de participatie en kwaliteit van leven zouden verhogen. Een cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van depressie na een beroerte, en een zelfmanagementprogramma voor patiënt en partner. Beide interventies bleken geen verschil te maken met de controlebehandeling. ‘Toch leerden we hier ook veel uit. Bijvoorbeeld dat we toe moeten naar meer op het individu toegesneden zelfmanagementprogramma’s.’ Ten slotte kende het project een economische evaluatie. ‘We weten nu wat een beroerte in het eerste jaar kost. Jongere mensen hebben hogere kosten, vooral door meer arbeidsverzuim.’



Illustratie: Roel Seidell

## Explicit-Stroke

Bij een revalidant die na een beroerte een arm niet meer kan bewegen maar nog wel de vingers enigszins kan strekken, moet je zo snel mogelijk beginnen om de arm- en handfunctie te trainen. Deze bevinding uit het Explicit-Stroke-project is belangrijk voor de praktijk, stelt Gert Kwakkel, hoogleraar neurorevalidatie aan het VUmc en van begin af aan betrokken bij het project. 'Een groep revalidanten kreeg zo snel mogelijk, ongeveer de achtste dag na de beroerte, Constraint Induced Movement Therapy, CIMT. Drie weken lang werd de getroffen arm dagelijks een uur getraind. Daarbij werd de andere, gezonde arm geïmmobiliseerd. Deze groep herstelde sneller dan patiënten die de gebruikelijke behandeling kregen.' Al haalde de laatste groep de eerste wel langzaam weer in. 'We weten nog niet of het tot voorbij zes maanden na een beroerte winst oplevert. Om daar meer zicht op te krijgen, zouden we de therapie langer moeten toepassen.' Maar het snellere herstel alleen al is reden genoeg om de - goedkope - CIMT-therapie breed toe te passen, vindt Kwakkel. 'We hebben een vervolgsubsidie aangevraagd bij Zorgonderzoek Nederland, om de CIMT-therapie te kunnen implementeren.'

Daarnaast behandelden de onderzoekers revalidanten die hun vingers helemaal niet meer konden bewegen. Zij kregen drie weken lang 'EMG-gestuurde neuromusculaire stimulatie'. Die behandeling blijkt voor deze groep, met een ongunstige prognose voor herstel van arm-handvaardigheid, geen meerwaarde te hebben boven reguliere oefentherapie. 'Op een bepaalde manier is ook dat winst. We weten nu dat dit niet werkt en dat we mechanismen van spontaan neurologisch herstel niet door revalidatie kunnen beïnvloeden.'

## LEARN2MOVE

Een coachende houding van de fysiotherapeut motiveert ouders om hun kind tot bewegen te stimuleren. Dat is een belangrijke uitkomst van LEARN2MOVE, vertelt Heleen Reinders, coördinator van het project en beleidsmedewerker wetenschappelijk onderzoek bij Revalidatie Friesland. Het doel van LEARN2MOVE is om kinderen met hersenbeschadiging, of cerebrale parese, meer te laten bewegen. Het project bestaat uit vier deelprojecten, gericht op verschillende leeftijdsgroepen: 0-2, 2-3, 7-12 en 16-14 jaar.

Binnen het 'jongste' deelproject begeleiden fysiotherapeuten de ouders in het stimuleren van hun kind om te bewegen. 'We vonden daar geen verschil tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep. Maar na een analyse van videobeelden ontdekten we dat de houding van de individuele therapeut wel verschil maakt. Ouders gaan het kind méér stimuleren wanneer de therapeut zelf minder handelt, en ouders coacht in het ontdekken van wat ze eigenlijk al weten. Bijvoorbeeld door te vragen hoe ze het eerder in een vergelijkbare situatie hebben aangepakt.' Deze aanwijzingen zijn zo sterk dat een kinderrevalidatiebrede - dus ook voor kinderen met andere diagnoses - implementatiesubsidie is aangevraagd bij ZonMw. Het aanleren van een coachende houding door therapeuten staat daarbij centraal.

Bij de twee oudste onderzoeksgroepen leek het erop dat met name counseling over gezonde leefstijl een positief effect heeft op de activiteiten van het kind. 'De fysiotherapeut gaat in gesprek, en denkt mee met ouders en kind. Dat lijkt goed te werken, waarschijnlijk omdat je zo echt maatwerk kunt leveren.' Die resultaten zijn zo hoopgevend dat ze nu bij verschillende revalidatie-instellingen en eerstelijns therapeuten geïmplementeerd worden.

## Meer berichten

Revalidatie Magazine heeft een digitale aanvulling op [www.revalidatiemagazine.nl](http://www.revalidatiemagazine.nl). Daar zijn onder meer extra berichten te vinden, bijvoorbeeld over de Nijmegen Decision Tool, die op dit moment wordt ontwikkeld bij de Sint Maartenskliniek. Dit hulpmiddel maakt het straks mogelijk om mensen met chronische lage rugpijn sneller naar de juiste behandeling te begeleiden.



Een uitgebreider bericht is er over de werk-simulator Ergos 2. Adelante is het eerste Nederlandse revalidatiecentrum dat dit geavanceerde diagnostische instrument in huis heeft. Het brengt de fysieke belastbaarheid in kaart ten behoeve van arbeidsrevalidatie.



## Beter herstel door positieve verwachtingen

Op [www.revalidatiemagazine.nl](http://www.revalidatiemagazine.nl) staat ook informatie over de proefschriften die de afgelopen periode verschenen. Een van die proefschriften is van revalidatiearts Ingrid Brands en gaat over haar onderzoek naar de onbewuste invloed van de revalidant op het eigen functioneren. Brands' onderzoek laat zien dat mensen die revalideren na een herseninfarct of ander niet-aangeboren hersenletsel meer kwaliteit van leven bereiken als ze veel vertrouwen hebben in de manier waarop ze zelf kunnen omgaan met de nieuwe situatie. Dit wordt zelf-effectiviteit genoemd. Het veel uiten van negatieve emoties - de zogeheten emotie-gerichte coping - leidt juist tot een lagere kwaliteit van leven. Omdat zelf-effectiviteit door behandeling vergroot kan worden, is het volgens de promovenda belangrijk om mensen te screenen op deze factoren direct na het ontstaan van het hersenletsel. Geprobeerd wordt nu om subsidie te verwerven voor vervolgonderzoek.



## Medisch specialisten vormen federatie

Sinds januari bestaat de Federatie Medisch Specialisten. Voorheen was ruim de helft van de specialisten individueel lid van de Orde van Medisch Specialisten. Daarnaast waren de meesten lid van een van de 32 wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, ziekenhuisapothekers, klinisch chemici en klinisch fysici. Deze verenigingen werken nu allemaal samen in de nieuwe federatie. Door de krachten te bundelen, willen ze beter opkomen voor de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg. De orde als individuele ledenvereniging bestaat niet meer; medisch specialisten zijn via hun wetenschappelijke vereniging lid van de federatie. In totaal gaat het om ongeveer 20.000 specialisten, waaronder ook de revalidatieartsen.

## Meldpunt zorg lichamelijke handicap

Clëntenorganisatie BOSK heeft [www.meldpuntzorgomlijchamelijkehandicap.nl](http://www.meldpuntzorgomlijchamelijkehandicap.nl) in het leven geroepen. Reden hiervoor zijn de grote veranderingen dit jaar in de regelgeving rond zaken als zorg, onderwijs en werk voor mensen met een lichamelijke handicap. Het is onzeker hoe deze veranderingen voor hen uitpakken.

Bij het meldpunt kunnen betrokkenen in een paar minuten hun slechte én goede ervaringen melden. Zo ontstaat een beeld van de impact van de hervormingen. Met de informatie wil BOSK ambtenaren, politici, zorgprofessionals en scholen helpen bij hun ambitie om ondanks de bezuinigingen mensen met een handicap de ondersteuning te bieden die zij nodig hebben.

## Vilans integreert kennis niet-aangeboren hersenletsel

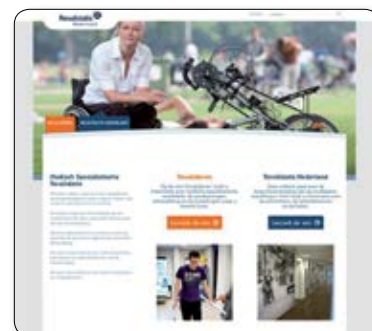


Vilans richt zich op kennis die de langdurende zorg verbetert. Een van de activiteiten is het delen van kennis via kennispleinen. Onlangs integreerde Vilans het kennisplein over niet-aangeboren hersenletsel in twee andere kennispleinen, die zich richten op de gehandicaptensector ([www.kennispleingehandicaptensector.nl](http://www.kennispleingehandicaptensector.nl)) en op de ouderenzorg ([www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl)). Door de integratie wordt kennis over niet-aangeboren hersenletsel dichterbij zorgprofessionals op die grote werkterreinen gebracht. Dat is belangrijk, want in beide sectoren zijn er cliënten bij wie hersenletsel een

rol speelt. Meer kennis is een voorwaarde om de zorg te verbeteren. Op de twee kennispleinen is nu veel informatie te vinden over niet-aangeboren hersenletsel, met onder meer praktische tips en hulpmiddelen voor de begeleiding.

## Eén site voor de revalidatiesector

De revalidatiesector had altijd twee websites: één met algemene informatie over medisch-specialistische revalidatie - [www.revalidatie.nl](http://www.revalidatie.nl) - en één met informatie van de brancheorganisatie - [www.revalidatienederland.nl](http://www.revalidatienederland.nl). Omdat niet altijd duidelijk was welke informatie waar te vinden was, is alle informatie nu samengebracht op [www.revalidatie.nl](http://www.revalidatie.nl). Nieuw is onder meer informatie over de verschillende revalidatie-instellingen. Steeds krijgt één instelling speciale aandacht, en daarnaast hebben alle instellingen een eigen pagina. Daar kunnen ze bijvoorbeeld hun nieuws en activiteitenagenda plaatsen.





# Inspectie kijkt mee in de kliniek

De Inspectie voor de Gezondheidszorg start een landelijke bezoekeronde bij centra voor klinische revalidatie. Zij kunnen dus een inspecteur verwachten. • Door Adri Bolt

Foto: Inge Hondebrink



Els van der Wilden:  
**‘We kijken op  
systeemniveau’**

‘We willen als inspectie graag weten wat de stand van zaken is in de klinische revalidatie-sector’, vertelt Els van der Wilden, programmadirecteur Specialistisch-Somatische Zorg. Niet dat de inspectie problemen verwacht, benadrukt zij. ‘Integendeel, ik hoop aangenaam verrast te worden.’

De Inspectie voor de Gezondheidszorg reageert op meldingen over veiligheidsproblemen in de zorg, en onderzoekt dan wat er aan de hand is. Naast dit reactieve toezicht gaat de inspectie structureel bij instellingen langs voor controle. Tot voor kort beperkte het toezicht op de klinische revalidatie zich tot de eerste categorie, maar daar komt nu dus verandering in.

## Risico's

Revalidatieklinieken moeten aan de landelijk geldende kwaliteits- en veiligheidsnormen voldoen. Om te beginnen de beleidskaders van het ministerie van VWS: de instelling moet binnen zijn ‘verantwoordingsdomein’ blijven.

‘Wanneer we bijvoorbeeld in een revalidatie-instelling een operatiekamer zouden aantreffen, zouden we onze wenkbrauwen optrekken.’ Daarnaast stelt het werkveld zelf normen op, en vertaalt deze naar richtlijnen. ‘Die normen en richtlijnen gaan over allerlei zaken die met patiëntveiligheid te maken hebben, zoals behandeling en medicatie. Wij toetsen in principe niet inhoudelijk, maar kijken wel naar de vraag of er voor zo’n richtlijn een protocol is, en hoe dat op de werkvloer wordt gebruikt. Wáár we precies op toetsen, blijft nog even geheim. Maar we hebben dit bepaald in goed overleg met Revalidatie Nederland en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Zij hebben meegedacht over de vraag waar de grootste mogelijke risico's zitten.’ Van der Wilden kan wel fets over de inhoud van de toetsing zeggen. ‘We gaan zeker kijken naar de dossiervoering en het kwaliteitssysteem. En, meer specifiek, naar het veiligheidsmanagementssysteem. Ook onderwerpen als infectie-

preventie en incidentenregistratie horen daarbij, of het veilig omgaan met apparaten.’

## Aan de slag

De toetsing vindt plaats tijdens vooraf aangekondigde inspectiebezoeken, die een kleine dag kunnen duren. Bij die bezoeken spreken inspecteurs met bestuurders, met zorgverleners en met de cliëntenraad. De bezoeken bevatten een onaangekondigd element, zoals een onderzoek naar de vraag hoe de klachtenprocedure is geregeld of een bezoek aan een bepaalde afdeling. ‘Ook daar kijken we op systeemniveau. Zo kunnen we vragen welk zorgpad een patiënt met een bepaalde aandoening volgt, en hoe dat terug te vinden is in een dossier. Een instelling biedt op papier een bepaalde behandeling aan: hoe toon je aan dat je dat ook daadwerkelijk doet?’

In maart wordt begonnen met een pilot-bezoek aan een revalidatiekliniek, vertelt Van der Wilden, en mogelijk volgt een tweede pilot-bezoek. ‘Daarin bekijken we of ons toetsingsinstrument de informatie levert die we nodig hebben. Daarna bezoeken we de andere instellingen; in principe moeten we daarmee in juni klaar zijn.’ Met de bezoeken wil de inspectie bijdragen aan een verbeteringsproces. ‘Wij willen net als de instellingen zelf een bijdrage leveren aan veilige en verantwoorde zorg, waarbij continu gewerkt wordt aan kwaliteitsverbetering.’

Na het inspectiebezoek krijgt elke instelling een rapport. Mochten er tekortkomingen zijn gesignaleerd, dan krijgt de instelling de opdracht die binnen een bepaalde periode op te lossen. Daarnaast komt er aan het eind van de inspectieronde een overkoepelend rapport dat aan de minister wordt aangeboden. Dat zal waarschijnlijk in 2016 zijn. Samen met dat overkoepelende rapport publiceert de inspectie ook het uiteindelijke toetsingsinstrument.

# ‘Verdriet kan je jaren later inhalen’

Een van je ouders plotseling gehandicapt en in een revalidatiecentrum, dat heeft impact thuis. Is er voldoende oog voor de kinderen? • Door Alice Broeksma

Mats is twaalf jaar oud. Toen hij vijf was kreeg zijn vader, op dat moment 39, een herseninfarct tijdens een voetbaltoernooi: ‘Er was iets geknapt in zijn hersenen.’ Omdat Mats nog zo jong was, kan hij zich niet veel herinneren over die periode. ‘Maar ik vond het best raar om in het revalidatiecentrum te komen. Vooral al die mensen in een rolstoel, en dat mijn vader daar dan opeens tussen zat.’ Zijn vader heeft een half jaar klinisch gerevalideerd en heeft weer opnieuw moeten leren lopen en praten. Nu nog heeft hij daar moeite mee; hij loopt moeilijk, fietst op een driewiel fiets en heeft afasie. Daarnaast is hij vaak moe en slaapt veel. Maar Mats is daaraan gewend en weet eigenlijk niet beter. ‘Wat soms wel lastig is, is dat als je hem iets vraagt je zelf eigenlijk al het antwoord weet, maar mijn vader dan eerst tien dingen noemt om daarna weer bij het eerste uit te komen. Als hij bijvoorbeeld ergens koffie heeft gedronken, geeft mijn vader met zijn Ipad aanwijzingen bij wie hij is geweest. Ik noem dan vaak meteen de juiste persoon, maar hij zegt dan dat diegene het niet is. Na een aantal andere namen genoemd te hebben, blijkt het meestal toch die eerste persoon te zijn. Ook moet ik soms helpen met zijn veters strikken of zijn rits dichtdoen, maar dat vind ik niet erg. Mijn vader kan veel dingen niet meer, maar veel dingen ook wel. Zo maakt hij nu mooie schilderijen; hij is daarmee begonnen toen hij revalideerde. Mijn vader is gewoon mijn vader en ik kan veel lol met hem hebben.’

Karin van Norel, ViaReva

Jikke de Gruijter was zeven jaar toen haar vader plotseling in een rolstoel zat door een partiële dwarslaesie. Hij was bijna acht maanden van huis om te revalideren. Toen hij weer thuis kwam was alles anders en aanpassen viel het meisje zwaar. Jarenlang bleef ze vage klachten houden: niet goed kunnen slapen, niet lekker in haar vel. Eenmaal op kamers, en tijdens haar studie aan de kunstacademie in Den Haag, begreep ze dat haar onbehagen te maken had met wat er indertijd met haar vader was gebeurd. Afgelopen zomer presenteerde ze haar afstudeerproject *De Loop der Tijd*: een film en een boek over hoe het voor háár was geweest. Jikke, nu 24, zegt dat aan de eindversie van *De Loop der Tijd* heel wat fasen vooraf zijn gegaan. ‘De academie had me ontraden om zo’n persoonlijk project op te pakken, omdat het veel te dichtbij staat en het dan veel tijd kan kosten voor je echt tot de kern komt. Nou, dat klopte. Ik maakte bijvoorbeeld eerst een grappige en positieve versie over hoe goed mijn vader zich redde in die rolstoel. Ik heb er lang omheen moeten draaien om te kunnen onderzoeken wat er met mij was gebeurd als kind.’

Met haar project wil Jikke de Gruijter ook aan revalidatiecentra laten zien hoe nodig goede zorg voor het gezin is. ‘Want het kan een groot obstakel zijn om zelf op zoek te moeten. Toen het allemaal gebeurde was er voor ons geen enkele steun, ook niet voor mijn moeder die alles draaiende hield. Met haar heb ik wel kunnen praten over dat slechte slapen, maar zij wist ook niet waardoor dat dan kwam.’ Pas later hoorde Jikke van een psycholoog dat het niet had geholpen dat haar ouders haar hadden beschermd tegen hun eigen, te grote emoties. ‘Die emoties houd je als kind dan zelf ook meer op afstand. Die tip hadden mijn ouders graag





gekregen.' Als puber kon Jikke boos zijn op haar vader. Dan had ze geen zin voor hem op te ruimen als hij weer iets had laten vallen. Kon ze denken: zoek het maar lekker zelf uit. Een normale reactie, maar dat wist ze niet.

### Herkenbaar

'Een heel herkenbaar verhaal', zegt Margaretha van Eeden, als gedragsdeskundige gespecialiseerd in rouwverwerking. 'Verdriet kan je inderdaad inhalen, ook jaren later nog.' Tegenwoordig, zegt de expert, is het redelijk standaard in de revalidatie om het gezin meer bij het proces te betrekken. Maar in het eerste stadium stuiten hulpverleners soms op een probleem. 'Het is niet altijd eenvoudig het getroffen gezin in onze spreekkamer te krijgen. Het kan zijn dat het zich juist in die eerste fase emotioneel afschermt en besluit het binnenshuis met elkaar te gaan klaren. Een gezin in die toestand van ontkenning en rouw kan onbereikbaar zijn.'

Van Eeden, tot voor kort verbonden aan revalidatiecentrum Reade, geeft in trainingen aan professionals inzicht in de gedragspatronen van mensen die een grote verandering in hun leven hebben moeten ondergaan. Rouwverwerking, legt ze uit, speelt zich af in verschillende stadia. 'Je bent er niet met één enkele periode en daarna is het klaar. Rouw uit zich op allerlei momenten, bijvoorbeeld als een revalidant zelf weer iets tegenkomt wat hij niet meer kan of als een naaste merkt dat hij weer iets moet missen van zijn oude leven. Dat zijn deelverliezen, en naschokken, en soms komen die tegelijkertijd. Het is voor ons professionals dus heel belangrijk na te gaan wáár iemand precies zit in de verwerking. Ook te

beseffen dat ieder gezin zijn eigen 'loop' heeft, zijn eigen manieren van verwerking. Maar zonder hulp kan dat flink ontsporen.'

### Standaard gesprek

Wat de kinderen betreft, zegt de gedragsdeskundige, kijk naar hun leeftijd. Een jong kind kan niet zomaar verwoorden hoeveel verdriet hij heeft. Een ouder kind kan bezig zijn met andere ontwikkelingstaken. Een puber verwerkt dingen toch al vaak in zijn eentje op zijn kamertje. Een hulpverlener kan dan denken 'dat kind wil niet'. 'Maar het kind kán vaak niet. Ik heb wel meegemaakt dat een zoontje van een revalidant gewoon achter de bank wegkroop. Letterlijk buiten zicht.'

Reade heeft bijvoorbeeld als protocol dat het gezin standaard een gesprek krijgt met de maatschappelijk werker. Van Eedens advies ligt er nu op tafel om ook standaard een gesprek met de psycholoog aan te bieden. 'Dan help je een gezin makkelijker die drempel over. De optie is dan in beeld en kan, ook later, makkelijker worden teruggevonden. Je zou als instelling ook standaard kunnen zeggen: we kijken na een jaar weer hoe het gezin ervoor staat, als het uit dat eerste stadium van aanpassing is.' Bied die handreiking, zegt Van Eeden. 'Want een gezin kan zich door het op slot zitten van emoties helemaal niet bewust zijn van zijn eigen hulpvraag. Wie geen 'help' voelt gaat geen 'help' zeggen. Terwijl die hulp juist hard nodig kan zijn, en er ook is.'

*Informatie over het afstudeerproject van Jikke de Gruijter en over de trainingen van Margaretha van Eeden staat op [www.revalidatiemagazine.nl](http://www.revalidatiemagazine.nl), bij 'Links'.*



# Een stem voor mensen met afasie

De ervaringen van cliënten benutten om de zorg te verbeteren: het is inmiddels een goed gebruik. Maar bij mensen die door afasie moeite hebben met communiceren ligt dat lastiger. Daarom is nu een vragenlijst op maat ontwikkeld, zodat ook deze groep gehoord wordt.

Op initiatief van de Afasie Vereniging Nederland - onlangs opgegaan in Hersenletsel.nl - heeft het NIVEL een CQ-index ontwikkeld voor mensen met afasie. Een CQ-index is een vragenlijst die op gestructureerde wijze de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief in kaart brengt. Enkele van de kenmerken van de CQI Afasie: eenvoudige taal, korte zinnen, vetgedrukte woorden, een groot lettertype en extra witruimte.

Cliënten en mantelzorgers zijn vanaf het begin betrokken bij de ontwikkeling van de vragenlijst. In groepsgesprekken en interviews is gevraagd naar belangrijke aspecten van de zorgverlening. Met deze inbreng is de vragenlijst opgesteld. Voor de visuele ondersteuning zijn pictogrammen gezocht of speciaal ontworpen. De begrijpelijkheid en duidelijkheid van de vragenlijst is eerst getest met 32 interviews en na bijstelling zijn 340 cliënten van afasiecentra, logopediepraktijken, revalidatieafdelingen van ziekenhuizen en woonzorgcentra met de vragenlijst geïnterviewd.

De resultaten geven een beeld van de ervaringen met de afasiezorg.

## Uitkomsten

De CQI Afasie bevat zeven kwaliteitsthema's, waarvan er vijf gaan over het zorgproces: communicatie en bejegening, informatie, betrokkenheid bij behandeldoelen, behandeling door de logopedist en samenwerking. Uit het onderzoek blijkt dat de ervaringen het positiefst zijn voor 'communicatie en bejegening' en het minst positief voor 'informatie'. Voor wat betreft het zorgproces zijn cliënten vooral positief over de bejegening - aandachtig luisteren, serieus nemen en deskundigheid - en over het feit dat de behandeling gericht is op wat zij zelf belangrijk vinden. Er worden ook verbeterpunten genoemd: het bespreken van de gevolgen van afasie voor het dagelijks leven, het bespreken van de mogelijkheden voor herstel en het bespreken van de voortgang van de behandeling. Verder zouden cliënten liever meer uren logopedie per week krijgen.

De twee overige thema's van de CQI Afasie gaan over het behandelresultaat: op de communicatie van cliënten en op participatie en welbevinden. Cliënten zijn overwegend positief hierover, en net iets meer over het eerste. Sinds de start van de behandeling gaat het gemiddeld 'beter' (50%) of 'veel beter' (32%). Cliënten vinden dat ze door de behandeling beter kunnen communiceren en praten, dat ze minder moeite hebben om te begrijpen wat anderen zeggen en dat de relaties met naasten zijn verbeterd. Juist dit soort behandelresultaten vinden cliënten ook het belangrijkste.

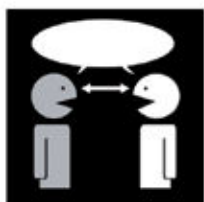
## Toepassingen

Door de betrokkenheid van mensen met afasie bij de ontwikkeling van de CQI Afasie is een relevante en bruikbare vragenlijst ontstaan, die zowel tijdens de revalidatie als in de chronische fase kan worden ingezet. De vragenlijst kan gebruikt worden om de zorgverlening en behandelresultaten bij cliënten te evalueren en biedt aanknopingspunten voor kwaliteitsverbetering. De vragenlijst is geschikt voor afname door getrainde interviewers, maar kan ook zelfstandig door cliënten worden ingevuld als er een applicatie met spraakondersteuning komt. Dit zou de bruikbaarheid voor de dagelijkse praktijk vereenvoudigen. Hersenletsel.nl ziet eveneens mogelijkheden voor bredere toepassing van de vragenlijst bij andere doelgroepen met communicatiebeperkingen, zoals mensen met niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking. Zo kan de zorg ook bij deze doelgroepen beter worden geëvalueerd vanuit het cliëntenperspectief.

Nanne Bos en Mattanja Triemstra, onderzoekers NIVEL

De vragenlijst en het onderzoeksrapport zijn beschikbaar op [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl) en worden op korte termijn geplaatst in de bibliotheek van het Kwaliteitsinstituut van het Zorginstituut Nederland.

10. Nemen de zorgverleners u  
serius?



☐ Nooit



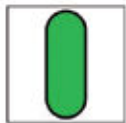
☐ Soms



☐ Meestal



☐ Altijd



☐ Weet ik niet





26-5-1958 | GEBOREN

■ MEI 2006 TOT AUGUSTUS 2006 |

POLIKLINISCHE REVALIDATIE

# ‘Aan terugkijken heb je niks’

Mary van Dijk (56 jaar) wordt op haar negentiende geschept door een auto. Een van de gevolgen is een verbrijzeld onderbeen. 25 operaties en 29 jaar later wordt haar linker onderbeen geamputeerd en krijgt ze een prothese. Hoe blij ze ook met die beslissing is, spijt dat ze er zo lang mee heeft gewacht, heeft ze niet. ‘Ik heb wel alles, echt alles geprobeerd en aan terugkijken heb je niks.’ • Door Anne Merkies

‘Het enige waar ik wel voor moet uitkijken als ik anderen zie tobben met hun been, is dat ik niet te makkelijk zeg: “Joh, haal dat been er toch vanaf.” Iedereen doorloopt nou eenmaal zijn eigen proces. Voor mij zat er in ieder geval niks anders meer op. Mijn been was direct na het ongeluk gefixeerd met stalen pennen, maar na acht maanden begon een ontsteking die niet meer ophield. Daarop volgden vele bottransplantaties. Uiteindelijk was mijn bot gewoon kapot en zei een professor dat ik moest stoppen met opereren, omdat ik het daarmee alleen maar erger maakte. Op een gegeven moment kon ik niks meer en zat ik alleen nog maar thuis te vergaan van de pijn.

Toch bleef ik naar oplossingen zoeken die mij van de pijn af konden helpen. Maar elke keer stak de pijn na een tijdje de kop weer op. En toen ik eenmaal zover was om mijn been te laten amputeren, was er geen arts te vinden die dat wilde doen. De arts die ik dacht gevonden te hebben, zei tegen mij: “Ik ben een opbouwer, geen afbreker.” Uiteindelijk kwam ik in 2006 bij een revalidatiearts terecht die mij hielp een chirurg te vinden die de amputatie wilde uitvoeren. Direct na de operatie was ik zo opgelucht; eindelijk verlost van al die ellende! De blijdschap duurde kort, want ik kreeg fantoompijn. Acupunctuur bleek hiervoor de oplossing. Twee maanden na de operatie kreeg ik mijn prothese. Ik dacht: “Dat leer ik nooit”, maar na een week liep ik al. Het revalideren verliep voorspoedig, ik was al zo gewend met een handicap te leven.

Op internet sloot ik me aan bij het forum van KorterMaarKrachtig, een stichting die lotgenoten helpt met informatie en het organiseren van evenementen. Het was heel fijn om ervaringen te delen. Ik dacht bijvoorbeeld dat ik ingewikkeld deed door mijn prothese steeds helemaal uit te doen bij het aan- en uittrekken van schoenen, in plaats van gewoon te bukken, maar op het forum hoorde ik dat anderen hetzelfde deden. Ik werd zelf ook actief op het forum en niet lang daarna werd ik gevraagd voorzitter te worden van de stichting. Het geeft veel voldoening om iets voor anderen te kunnen betekenen. Laatst belde een radeloze vrouw. Haar mans been zou bijna worden geamputeerd en hun zoontje was zo vreselijk bang en wilde er niks van weten. Dan rijd ik daar naartoe en leg ik alles uit en laat mijn eigen prothese zien. Na een uur was het jongetje van zijn angst af en liep hij met mijn prothese rond te sjouwen.

Momenteel zijn we met een film bezig voor mensen die voor een amputatie staan. We laten zien wat ze te wachten staat. Heel nuttig. Mijn wens is dat alle verenigingen en stichtingen die te maken hebben met amputaties en prothesiologie samengaan en dat we straks onder de naam KorterMaarKrachtig verdergaan. Eén plek waar alle ervaring en informatie te vinden is, prachtig toch!



De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt onder andere prestaties en tarieven vast voor medische handelingen. De afgelopen jaren heeft deze organisatie nauw samengewerkt met Revalidatie Nederland (RN) en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) om te komen tot een transparantere revalidatiezorg. Doel is dat registratie, declaratie en inkoop van deze zorg voortaan beter aansluit bij de medische behandeling en doelmatigheid stimuleert. **Britt Huijbregts**, beleidsmedewerker bij de NZa en projectleider op het dossier Revalidatie, was nauw bij dit proces betrokken. 'We hebben gezamenlijk geconcludeerd dat de modulaire systematiek, die nu alleen nog in de longrevalidatie wordt toegepast, de beste optie is omdat die goed aansluit bij de medische besluitvorming voor revalidatie. We zijn tevreden over de samenwerking en bereidheid van RN, VRA en hun leden om te komen tot een verbetering van het bekostigings-systeem. Hun deskundigheid was van groot belang omdat zij als geen ander weten wat de medisch-specialistische revalidatiezorg inhoudt en hoe de processen binnen instellingen voor revalidatiezorg verlopen. Ik verwacht dat wanneer de revalidatiesector de behandelmodules in 2019 definitief heeft ingevoerd, er een medisch herkenbare en kostenhomogene productstructuur is, met onderbouwde behandelmodules voor specifieke patiëntengroepen. Op basis van die behandelmodules kunnen de behandelingen goed geregistreerd en gedeclareerd worden en krijgt de patiënt een duidelijke zorgnota.'

**'Ik ben tevreden over  
de samenwerking'**

# Behandelmodules maken revalidatiezorg transparanter

De medisch-specialistische revalidatie wordt afgerekend in uren. De revalidatiesector wil de zorg transparanter maken en overstappen naar bekostiging via behandelmodules. Na enkele jaren experimenteren met en bijschaven van deze modules moet in 2019 het declareren in behandeluren zonder herkenbare inhoud definitief tot het verleden behoren. • Door John Ekkelboom

De revalidatiesector staat een groot avontuur te wachten. Het afgelopen jaar hebben zo'n veertig revalidatieartsen vanuit de verschillende diagnosewerkgroepen van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) behandelmodules ontwikkeld en beschreven. Deze moeten inzicht geven in de relatie tussen de geleverde revalidatiezorg en de prijs daarvan. Sinds 1 januari zijn alle revalidatie-instellingen bezig met de invoering van deze modules, om ze vanaf 1 juli te kunnen toepassen. Het gaat dan om een soort schaduwboekhouding naast de bestaande DBC-facturering, een grofmazig systeem dat afrekenen op basis van de uren die een behandeling kost. Eerst moet het modulesysteem vanaf de tekentafel naar de praktijk worden gebracht voor verdere ontwikkeling en bijstelling, om hiermee in 2019 uiteindelijk te kunnen afrekenen.

## Unieke positie

Enkele jaren geleden kwam de Nederlandse Zorgautoriteit met het verzoek ook de revalidatiezorg transparanter te maken. De VRA en Revalidatie Nederland namen de uitdaging aan om een alternatief te ontwikkelen voor de op uren gebaseerde DBC's. Jeroen Schols, programma-coördinator Behandelmodules en Bekostiging bij Revalidatie Nederland, legt uit dat de sector ook zelf graag toe wilde naar meer transparantie bij het afrekenen van geleverde zorg. 'We moeten aantoonbaar maken wat we doen. Dat probeerden we ook al enigszins te doen, door te werken met voorspellingen. Het was de bedoeling dat revalidatieartsen op grond van patiëntenkenmerken - de zorgvraagindex genoemd - zouden voorspellen hoeveel uren zorg in een individueel geval nodig zouden zijn en in welke DBC een patiënt dus zou vallen. Maar dat systeem was te complex doordat allerlei regels een rol speelden. Daarom wilden we naar een ander afrekeningsysteem, dat ook iets zou zeggen over de inhoud van de behandeling. Dat werden de modules. We willen hiermee de meerwaarde van de medisch-specialistische revalidatie duidelijker op de kaart zetten en onze unieke positie laten zien ten opzichte van bijvoorbeeld de geriatrische revalidatie en de revalidatie in de eerste lijn. Ook moet voor patiënten duidelijk worden wat er aan behandeling geboden is voor de gemaakte kosten. Dit is van toenemend belang, omdat revalidatiezorg onder het eigen risico van de patiënt valt, waarvan de hoogte jaarlijks toeneemt.'

## Raamwerk

In een ijltempo maar zeer grondig hebben VRA-leden het afgelopen

jaar de basis gelegd voor de nieuwe financieringssystematiek. Een van hen was Michael Bergen, revalidatiearts en bestuurder van Rijndam Revalidatie. Hij is lid van de projectgroep en hield zich onder meer bezig met de ontwikkeling van het raamwerk voor de modules. Hij vertelt dat dit raamwerk aangeeft hoe een totale revalidatiebehandeling is opgebouwd. 'We onderscheiden daarin verschillende fasen, waarbij we telkens passende modules kunnen inzetten. In de eerste fase gaat het om het assessment, waarbij we de problematiek van de patiënt onderzoeken. Dit diagnosticeren kan beperkt blijven tot de revalidatiearts, maar bij complexere problematiek worden ook andere professionals uit het behandelteam ingeschakeld voor aanvullende diagnostiek, zoals neuropsychologisch onderzoek of een gangbeeldanalyse. Als er vervolgens een indicatie is voor behandeling, bepaalt de revalidatiearts de inhoud van de behandeling en zet behandelmodules in. Dat kunnen meerdere modules zijn, afhankelijk van wat je samen met de patiënt wilt bereiken. Na het afsluiten van de behandel fase volgt tenslotte de monitoringsfase. Hierbij kijk je na enige tijd of de patiënt nieuwe problemen heeft en of de resultaten van de behandeling beklijven. Indien nodig volgt een nieuw assessment en een gerichte behandeling.'

## Generiek en diagnosespecifiek

Op basis van dit raamwerk hebben revalidatieartsen vanuit de verschillende VRA-diagnosewerkgroepen de behandelmodules beschreven. Daarbij maakten ze onderscheid in generieke en diagnosespecifieke modules. Bij de ontwikkeling van eerstgenoemde was Bergen nauw betrokken. Hij licht toe dat generieke modules niets te maken hebben met een bepaalde diagnose. Als voorbeelden noemt hij de generieke modules voor acceptatie en verwerking en voor wondbehandeling. In principe kan iedereen die te maken krijgt met medisch-specialistische revalidatie voor dergelijke therapieën in aanmerking komen. De diagnosespecifieke modules zijn daarentegen wél gericht op diagnosegroepen. Een voorbeeld daarvan is de module voor een gestoorde arm-handfunctie voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel.

Bergen benadrukt dat een module nu nog niet tot in detail aangeeft hoe de behandeling wordt vormgegeven. 'Het gaat vooralsnog vooral om de indicatiecriteria, en om de vraag voor wie die module van toepassing is en met welk doel. Het wordt aan de instellingen overgelaten om de behandeling, mede op basis van de VRA-behandelkaders en nationale en internationale richtlijnen, inhoudelijk te beschrijven. De combinatie van





## ‘Het gaat bij de modules om grote en duidelijke behandelonderdelen’

modules die voor een patiënt wordt ingezet, bepaalt het totaalproduct.’ Het gaat bij de modules om grote en duidelijke behandelonderdelen. ‘Zorgonderdelen die niet verklarend zijn voor een verschil in behandelkosten, worden niet in modules omschreven omdat we er dan veel te veel zouden krijgen. Je kunt hierbij denken aan onderdelen die bij vrijwel iedere patiënt worden ingezet, zoals voorlichting over de aandoening en over een gezonde leefstijl. Hiervan wordt de tijd geregistreerd en betrokken bij de uiteindelijke tariefstelling.’

### Uitdaging

Op de vraag of deze eerste stap naar behandelmodules op weerstand is gestuit binnen de sector, antwoordt Luikje van der Dussen volmondig nee. Zij is revalidatiearts bij Merem Behandelcentra, bestuurslid van de VRA en voorzitter van de stuurgroep Behandelmodules en Bekostiging. ‘We hebben het afgelopen jaar hierin veel tijd gestoken om iedereen uit te leggen waarom we dit doen. Ik merk dat revalidatieartsen erg positief zijn, omdat de modules als basis van een nieuwe financieringsstructuur vanuit de inhoud zijn beschreven. Dat juichen ze toe. Ze zien het als een uitdaging om aan te tonen waarom een behandeltraject in het ene geval heel uitgebreid is en in het andere niet.’ Of de komende jaren ook probleemloos zullen verlopen, kan Van der Dussen niet voorspellen. Wel weet ze dat iedereen binnen de instellingen de nieuwe benadering zal merken. Want het invullen van de modules zal vragen om een andere manier van plannen. ‘Iemand met een beroerte krijgt volgens het huidige systeem bijvoorbeeld wekelijks driemaal fysiotherapie en ergotherapie en vier keer logopedie. Per discipline plannen we een bepaalde frequentie in. Bij de modules moeten we als instellingen op een andere, meer geclusterde manier de behandelingen gaan plannen. Dit kan leiden tot een heel andere indeling van de zorg. Het omschrijven van de inhoud van de modules en het daarnaar inrichten van de zorg wordt nog een hele klus.’

### Proefgedraaid

Van september tot december vorig jaar hebben Reade, Merem Behandelcentra, Radboudumc en UMCG - Centrum voor Revalidatie Beatrixoord als pilotorganisaties proefgedraaid met enkele behandelmodules voor niet-aangeboren hersenletsel. Van der Dussen: ‘Deze behandelmodules waren op dat moment het verst ontwikkeld. We wilden weten waar je in de praktijk tegenaan loopt als je ze gaat gebruiken. We merkten bijvoorbeeld dat de terminologie die de vier instellingen toepasten, uiteenliep.’

Bijvoorbeeld de termen behandelmodules, assessment, generiek en specifiek werden nogal verschillend geïnterpreteerd. Er moet dus een duidelijk begrippenkader komen.’ Jeroen Schols van Revalidatie Nederland vult aan dat de pilot heeft geresulteerd in een implementatiehandreiking, die alle leden van Revalidatie Nederland inmiddels hebben ontvangen. ‘Met dit hulpmiddel kunnen alle instellingen nu aan de slag. Een van de adviezen in die handreiking is dat iedere revalidatie-instelling zo snel mogelijk een projectteam met een projectleider moet aanstellen. Verder gaan we een landelijk platform inrichten waar die projectleiders ervaringen kunnen uitwisselen en van elkaar kunnen leren. Voor vragen is er het Meldpunt Modules van Revalidatie Nederland en de VRA, te vinden via [modules@revalidatie.nl](mailto:modules@revalidatie.nl). Je moet het zien als een groeimodel, instellingen kunnen eerst eens ervaring opdoen en feeling krijgen met het nieuwe systeem.’

### Gecalculeerd risico

Vanaf 1 juli, wanneer ook alle behandelmodules voor reumatische en gewrichtsaandoeningen, diabetesrevalidatie en kinderrevalidatie gereed zijn, moet iedere instelling volgens het nieuwe modulesysteem gaan registreren. Medio 2017 volgt de landelijke analyse van al die gegevens, om vervolgens te kijken of er aan combinaties van modules tarieven kunnen worden verbonden. Op termijn zal ook de invulling van de behandelmodules door verschillende instellingen worden vergeleken, en zal worden nagegaan of die invulling landelijk meer op één lijn gebracht kan worden. Revalidatiearts en bestuurder Michael Bergen is benieuwd of de hooggespannen verwachtingen uitkomen. ‘Deze ontwikkeling zal in ieder geval een bijdrage leveren aan de standaardisatie van onze zorg, waardoor die ook beter meetbaar wordt. We zullen zeker nog modules moeten aanpassen, samenvoegen, bijmaken of weglaten. Het is een avontuur met een gecalculeerd risico. Heel belangrijk is dat de ICT, waaraan hard wordt gewerkt, goed aansluit en niet overmatig veel extra werk bezorgt. Als het allemaal lukt, dan weten patiënten en zorgverzekeraars in de toekomst precies welke zorg wij hebben geleverd en wat de resultaten zijn van onze interventies. Het gaat om complexe medisch-specialistische zorg. Die moeten we transparant maken. Daarop willen we worden beoordeeld en afgerekend.’

*Kijk voor meer informatie over het project, waaronder een animatie, op [www.revalidatiemagazine.nl](http://www.revalidatiemagazine.nl).*





## Een hoogleraar in de revalidatie aan het woord

## ‘Compensatiestrategieën blijken effectief’

Door John Ekkelboom

Met een licht Vlaams accent vertelt Luciano Fasotti - ‘Ik ben opgegroeid in België en heb gestudeerd in Italië’ - dat internationaal zijn vakgebied de afgelopen jaren sterk is gegroeid. Hij is hoogleraar klinische neuropsychologie met bijzondere aandacht voor de cognitieve revalidatie aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Als onderzoeker ontwikkelt en evalueert hij therapieën voor patiënten met hersenletsel. ‘Deze mensen kampen vrijwel altijd met cognitieve en emotionele problemen. Zij kunnen bijvoorbeeld niet meer inschatten hoe anderen zich voelen, zijn snel moe en hebben een trage informatieverwerking en/of een planningsprobleem. Het vervelende is dat buitenstaanders daar op het eerste gezicht vaak weinig tot niets van merken.’

Om beter te kunnen omgaan met de trage informatieverwerking, die vooral opspeelt onder tijdsdruk, ontwikkelde Fasotti het programma Time Pressure Management. ‘Er zijn allerlei computergames om de werkingssnelheid op te krikken. De patiënten worden handiger met die spelletjes, maar dat levert niets op voor het dagelijkse leven.’ Fasotti en collega’s leerden trauma- en CVA-patiënten via enkele kunstgrepen tijdsdruk te voorkomen en te hanteren. Bijvoorbeeld door een vergadering goed voor te bereiden of bij een druk kruispunt even langs de kant van de weg te gaan staan om de verkeerssituatie te observeren alvorens door te rijden. Fasotti: ‘Het kost natuurlijk meer voorbereidingstijd, maar we zagen wel positieve effecten. De deelnemers gingen de nieuwe compensatiestrategieën ook structureel toepassen.’

Een ander onderzoek van Fasotti richtte zich op een bestaande methode om planningsproblemen aan te pakken, de Goal Management Training (GMT). Deze studie was onderdeel van het recent afgesloten Nationaal Initiatief Hersenen & Cognitie (NIHC). Dit consortium, gefinancierd door NWO, heeft meerdere interventies getoetst bij CVA- en Parkinsonpatiënten, waaronder GMT. Het NIHC werd gestart om hersen- en cognitiewetenschappen als een geïntegreerd vakgebied in Nederland te verankeren, door wetenschappelijke disciplines samen te brengen. Dankzij deze samenwerking zijn er goede resultaten geboekt. De proefpersonen die Fasotti volgde, mochten ieder twee persoonlijke planningsproblemen aangeven, waarmee ze in de dagelijkse praktijk worstelden. Deze liepen uiteen van mailen met vrienden en kennissen, koffie zetten, de garage opruimen tot geld uit een betaalautomaat halen. Fasotti zegt dat de handelingen per doel in stappen werden opgesplitst, waarna de deelnemer ze in logische volgorde moest uitvoeren. ‘Het grootste probleem is dat mensen vaak worden afgeleid en stappen overslaan. In dat geval moesten ze opnieuw beginnen. Wij hebben bij patiënten gekeken of het beter is om dit via trial and error of onder begeleiding van een therapeut meteen foutloos aan te leren. Deze laatste aanpak liet zeer positieve resultaten zien. Kennelijk registreren mensen door het hersenletsel fouten niet meer als fouten.’



**Luciano Fasotti** (Genk, België, 1952) studeerde psychologie aan de Università degli Studi di Padova. Sinds 2004 is hij hoogleraar klinische neuropsychologie met bijzondere aandacht voor de cognitieve revalidatie aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Hij was voorzitter van de Wetenschappelijke Adviesraad van de Hersenstichting Nederland en is lid van de associate board of editors van het tijdschrift ‘Neuropsychological Rehabilitation’. Fasotti is getrouwd en heeft twee kinderen, van wie er een ook neuropsycholoog is. Hij rijdt Italiaanse motoren en verblijft regelmatig in zijn tweede huis in een klein Toscaans dorpje.

Vermoeidheid speelt bij vrijwel alle hersenletsel-patiënten, vertelt de hoogleraar. ‘Ze kampen daar erg mee en denken dat ze tot weinig meer in staat zijn. Via ingebouwde rustmomenten en cognitieve gedragstherapie kun je die blokkerende gedachte wegnemen.’ Fasotti wilde weten of aanvullende fysieke training betere resultaten geeft. Hij selecteerde een groep extreem vermoeide CVA-patiënten en deelde hen in twee groepen in. Allen kregen ze cognitieve gedragstherapie, maar bij één groep werd deze gecombineerd met fysieke training. Fasotti: ‘Zes maanden na de gedragstherapie waren beide groepen veel minder moe. Echter, de verbetering bij de groep met de fysieke training was evidenter. Lichamelijke inspanning, mits consequent volgehouden, helpt bij het terugdringen van vermoeidheid.’

# ‘Mis de boot niet’

Telerevalidatie is niet meer te negeren. ‘De meerwaarde is groot en de toepassingen zijn legio,’ zeggen deskundigen. ‘Mis de boot niet.’ • Door Alice Broeksma

Telerevalidatie is een vorm van ‘eHealth’, door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg omschreven als ‘het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren’.

Telerevalidatie kan op talloze manieren worden ingezet.

Revalidatiecentra hebben bijvoorbeeld Wii-games al ontdekt als voordelig en effectief trainingsmiddel. Bij teleconsultatie kunnen eerstelijns fysiotherapeuten video-opnamen maken van een patiënt met houdings- of bewegingsproblemen en die beelden voor overleg doorsturen aan een revalidatiedeskundige. Door apps kunnen patiënten thuis zien hoe een oefening ook alweer moest, en kunnen therapeuten de vorderingen volgen en op afstand coachen.

## Psychologische ondersteuning

In de afgelopen jaren hebben verschillende Nederlandse revalidatiecentra proeven gedaan met telerevalidatie. Heliomare wil nu een stap verder gaan en van telerevalidatie een vast en groeiend behandelonderdeel maken. Samen met Minddistrict ontwikkelde het revalidatiecentrum behandelmodules die sinds een half jaar worden aangeboden als aanvulling op de reguliere behandeling. Op dit moment worden de modules naar grote tevredenheid in een try-out gebruikt door zeventig patiënten; er kan worden doorgegroeid naar zeshonderd patiënten.

De modules dienen nu nog vooral als online psychologische ondersteuning van revalidanten met niet-aangeboren hersenletsel, om problemen aan te pakken als chronische pijn, slecht slapen, stemmingswisselingen en piekeren. De patiënten krijgen uitleg, opdrachten, dagboekjes die ze moeten invullen, coaching door een therapeut. Gewerkt wordt aan meer modules voor mantelzorgers van patiënten, preventie en wondverzorging van decubitus bij spina bifida en dwarslaesie. Ook komt er een module over arbeidsparticipatie voor alle diagnosegroepen.

## Duidelijke voordelen

Voor revalidatiearts Coen van Bennekom zijn de voordelen duidelijk. ‘Wij kunnen er zelf heel gestructureerd door werken, de patiënt wint veel tijd doordat hij niet elke keer naar ons centrum hoeft te komen en er is meer flexibiliteit. De patiënt kan thuis op een goed moment aan de module werken, de behandelaar kan via e-mail vragen van de patiënt makkelijker beantwoorden. Bij decubituszorg gaat een verpleegkundige nu nog altijd naar de mensen thuis voor controle op doorligwonden. Maar er kan goed aan preventie worden gewerkt als patiënten geregeld foto’s naar ons doorsturen.’ Er is een ‘maar’, zegt Van Bennekom. ‘Niet bij

elke klacht kan telerevalidatie worden ingezet. Een patiënt moet wel in staat zijn zelf aan een opdracht te werken. Bij hersenletsel kan dat niet altijd.’

Maar telerevalidatie heeft voor hem toch de toekomst. ‘De tijd is voorbij van hier en daar een half contactuurtje met een behandelaar. Het gaat om de toegankelijkheid van kennis en de overdracht daarvan.

Revalidatiecentra moeten het hebben van hun expertise. De revalidatiearts kan het overzicht houden en beslissen waar telerevalidatie nodig is, en waar persoonlijk contact en met welke behandelaar. Onze expertise is de meerwaarde én onze overlevingsstrategie. Het mag niet zo worden dat een cliënt er alleen voorstaat en bij de drogist een appje tegen depressie moet gaan kopen.’

## Volgend niveau

Meer centra proberen nu telerevalidatie naar een volgend niveau te brengen, en dat geldt zeker ook voor Revalidatie Friesland. Binnen vier jaar wil het centrum tien procent van de revalidatie overgezet hebben. Samen met zeven andere revalidatiecentra wordt nu gekeken welke toepassingen ontwikkeld en ingevoerd kunnen worden voor telerevalidatie na een CVA. Daarnaast probeert Revalidatie Friesland dit jaar diverse mogelijkheden uit, zoals videobeeldverbinding tussen professionals en tussen professionals en patiënten, en telerevalidatie voor mensen met chronische pijn en oncologiepatiënten. Die laatste toepassing is ontwikkeld door Roessingh Research & Development. ‘Telerevalidatie zal revalidatie in het centrum nooit volledig kunnen vervangen, maar deels kan dat wel en verder kan het belangrijk aanvullen’, zegt projectleider Jildau Siderius van Revalidatie Friesland. ‘In een provincie als de onze gaat door de afstand veel tijd aan reizen verloren. Het is puur winst als een behandelaar de voortgang van een patiënt kan volgen die thuis inlogt. Het versterkt ook de eigen regie van patiënten, die zelf kunnen bepalen waar en wanneer ze hun oefeningen uitvoeren.’ De projectleider verwacht ook voor het behandelcentrum tijdswinst te zien.

## Twintig procent tijdswinst

Stephanie Jansen-Kosterink gaat ervan uit dat deze verwachting zal uitkomen. De onderzoeker, verbonden aan de Universiteit van Twente en aan Roessingh Research & Development, promoveerde onlangs op de meerwaarde van telerevalidatie. Ze zag dat het inzetten van de huidige digitale mogelijkheden behandelcentra twintig procent tijdswinst oplevert. ‘Want de consulten kunnen korter zijn, maar zeker niet minder van kwaliteit omdat alle medische gegevens duidelijk in beeld zijn en de cliënt persoonlijk kan worden gevolgd.’



Evelien (om privacyredenen zonder achternaam) is hier bezig met de 'piekermodule' van Heliomare: 'Ik heb naast mijn beperkingen met lopen veel last van stress en piekeren. Hierdoor val ik vaak laat in slaap en ga ik doemdenken. Gelukkig ben ik over het algemeen positief ingesteld, maar soms, als alles samenkomt, is positief zijn best moeilijk. Middels deze module leer ik om te gaan met stressvolle situaties en piekeren. Ik vind het handig dat ik dit gewoon vanuit huis kan doen, op een moment dat het mij uitkomt. Wat wel lastig is, is dat ik me door mijn medicijnen niet lang kan concentreren op het beeldscherm. Gelukkig kun je ook luisteren naar de modules, waardoor ik alleen voor het maken van opdrachten naar het scherm hoeft te kijken. Een prettige en zinvolle aanvulling op de behandelingen in het revalidatiecentrum.'

Newscenter Philips bevestigt dit met een recente conclusie dat de zorg voor hartpatiënten sterk kan worden verbeterd en 26 procent op de zorgkosten kan worden bespaard 'als het zorgproces wordt geoptimaliseerd en wordt ondersteund door digitale thuismeetoplossingen'. Een niet geringe winst die bleek door onderzoek naar de gezondheidstoestand van 175 hartpatiënten, uitgevoerd door zes ziekenhuizen, CZ, VGZ en Philips. Door de patiënt dagelijks te volgen was de helft minder ziekenhuisopname nodig, omdat medische complicaties tijdiger werden onderhouden. Patiënten voelden zich ook veiliger door het constant monitoren. Hoewel het gaat om een andere hoek van zorg is het principe voor revalidatie ook van toepassing, bevestigt Jansen-Kosterink. 'Ook hier is tijds- en kwaliteitswinst te behalen.'

### 'Pas het toe'

Aan de technologie zal het niet liggen, benadrukt de onderzoeker. 'Het is voor revalidatiecentra belangrijk zich te realiseren dat ze op dat terrein het wiel niet opnieuw hoeven uit te vinden, dat is zonde van tijd en geld. Ik adviseer: er is al ontzettend veel aan technologie, dus pas dat toe. De taak

van de revalidatiecentra is te ontdekken hoe ze die technologie precies kunnen inzetten.' Jansen-Kosterink ziet nu nog geregeld argwaan. 'Er is angst dat je een patiënt thuis aan allerlei ingewikkelde elektroden moet koppelen. Dat is helemaal niet zo. Denk maar aan wat een smartphone al allemaal kan. Die let op je gewicht en je hartslag, en thuis bloeddruk opmeten is ook al heel gewoon.' Ook hoort ze nog telkens het argument dat internetverkeer onveilig kan zijn voor privacy. 'Maar dat werd een aantal jaar geleden ook gezegd over telebankieren en dat is nu ingeburgerd. Er is helemaal geen reden om bang te zijn voor privacy als er goede producten worden gebruikt.' Tegen hulpverleners zegt de onderzoeker: mis de boot niet, ga aan de slag, kijk hoe collega's die voorop lopen de nieuwe telemogelijkheden al naar hun hand zetten. En ook opleidingen moeten mee. 'Daar is nog geen standaardruimte voor telerevalidatie, en die moet er natuurlijk wel komen.'

**'De tijd is voorbij van hier en daar een half contactuurtje met een behandelaar'**





# Kort en intensief behandelen

Kort en intensief behandelen in plaats van langlopend en laagintensief. Die aanpak levert, zeggen de organisatoren van een pilot-behandelkamp van Adelante in Valkenburg, jongeren veel op. Zóveel dat het een weerkerend programma wordt. Eugène Rameckers, fysiotherapeut en onderzoeker bij Adelante, was een van de organisatoren van de pilot. Hij licht toe. • Door Alice Broeksma

## Waaruit bestond het pilotproject?

‘Uit drie weken interne behandeling met veel therapie, sport en spel, onder de titel FitCare4U. Waarbij ‘Fit’ staat voor functionele intensieve therapie. We hadden acht deelnemers tussen de elf en achttien jaar: zes met cerebrale parese, één met spina bifida en één met een verworven hersenletsel. Alle jongeren hadden duidelijke problemen op motorisch vlak, redzaamheid en een geringe mobiliteit. We hebben ze een intensief programma aangeboden. ‘s Ochtends gewoon onderwijs op de mytyschool van Adelante, twee uur per dag oefenen naar aanleiding van de in kaart gebrachte individuele hulpvragen, conditie- en vaardigheidstesten en daarnaast een breed activiteitenprogramma. Survivalactiviteiten, sporten, knutselen, rij- en wandeltochten, handbiken, maar ook transfers naar zitten en staan. Waar mogelijk zonder hulpmiddelen. In drie dagen bouwden we het rolstoelgebruik zoveel mogelijk af en leerden de jongeren actief zitten in een stoel zonder rugleuning of op een grote bal. We kookten

samen, dat was óók therapie natuurlijk, het programma liep door tot negen uur ‘s avonds en dan naar bed. De jongeren sliepen bij ons op het terrein in aangepaste vakantiewoningen. In die drie weken ontvingen de deelnemers zo’n negentig uur training.’

## Wat leverde dit op?

‘Een enorme boost voor de zelfredzaamheid en spectaculaire resultaten. Een behandeling die in drie weken tijd bij meerdere jongeren een verdubbeling opleverde van de prestaties op mobiliteitstesten en conditiegerichte activiteiten. En een heel goede sfeer! Het op deze manier samenzijn was productief maar ook zó leuk. We hebben de ouders actief betrokken omdat zij een sleutelrol vervullen. Veel ouders konden eerst niet geloven hoeveel hun kind zélf blijkt te kunnen. Wij lieten dat zien en spoorden ze aan om daar thuis mee door te gaan. Bijvoorbeeld door erop te letten dat hun kind actief in een stoel blijft zitten, en niet onderuit gaat hangen in de rolstoel.’

**‘De deelnemers hebben zelf gezien wat ze binnen korte tijd kunnen bereiken’**

## Welke hulpverleners waren bij de begeleiding betrokken?

‘Zoals vaker voorkomt bij jongeren met een beperking, hadden de deelnemers bijna geen ervaring met ergens anders slapen en hadden ze een zekere

medische zorg nodig. Voor de nacht hebben we daartoe wijkzorg ingekocht. Ook waren er een paar vrijwilligers, studenten fysio- en ergotherapie en bewegingswetenschappen, voor de continubegeleiding en als contactpersoon voor de jongeren. Mijn collega Marcel Coenen, voor de organisatie van de randvoorwaarden, ikzelf voor de inhoud van het programma, en verder een uitgebreid team. We hielpen allemaal mee met de pedagogisch medewerkers bij het opstaan 's ochtends. De behandeling werd gedaan door een fysio- en ergotherapeut, docent bewegingsonderwijs en trainers. Een revalidatiearts was stand-by. Die is niet nodig geweest, maar we moesten de medische zorg natuurlijk garanderen. We hadden verder de beschikking over een psycholoog, die ook de ouders en jongeren kon begeleiden. Dat is drie keer nodig geweest, en dan vooral bij de vreugdetranen.'

### Hoe zijn jullie tot dit project gekomen?

'Al acht jaar geleden is Adelante begonnen met survivalkampen voor kinderen met een verlamming aan een arm. Samen met de Universiteit van Colombia en de Franstalige Universiteit van Leuven is dat programma telkens vernieuwd. Drie jaar terug zagen we een case study uit New York van een meisje met ernstige motorische problemen, dat dankzij een kortlopend intensief programma grote winst had geboekt en een jaar later nog steeds zonder looprek kon lopen. Daar is, ook in New York, een randomized controlled onderzoek uit voortgekomen bij een groep van twee maal vier kinderen, die na drie maanden is geëvalueerd en nu wordt omgezet in een publicatie. Het enige nadeel is dat het nog gaat om een kleine onderzoeksgroep. Onze conclusie is dat het intensieve programma beslist meer effect heeft, maar dit moet wetenschappelijk nog verder worden onderbouwd. Wij passen het bij Adelante nu al toe, omdat we zien hoe goed het werkt in de Nederlandse revalidatie.'

### U ziet dat het werkt, maar in hoeverre zal de vooruitgang beklijven?

'Het ligt voor de hand dat er terugloop is als een intensieve training stopt. Maar we zijn ervan overtuigd dat het motorisch niveau en de conditie van de deelnemers boven het beginniveau zal blijven. Dat gaan we nu meten. Meerwaarde zit natuurlijk ook in het feit dat de deelnemers zelf hebben gezien wat ze binnen korte tijd kunnen bereiken. Mijn visie is dat je beter twee keer per jaar een dergelijke korte intensieve training kunt aanbieden, en dat gaan we nu ook doen, dan door te gaan met een training van een of twee keer per week. De langdurige aanpak is als een kabbelend riviertje. Bij kort en intensief worden de sluizen opengezet. De korte intensieve aanpak is overigens wereldwijd op allerlei terreinen gaande. Dat gebeurt bijvoorbeeld ook met rijlessen: je kunt leren autorijden door gedurende een afgebakende periode elke dag te lessen. Maar je moet het daarna wél blijven toepassen. Dat geldt bij onze training ook en daarom is het zo belangrijk dat ouders betrokken worden. Zij kunnen er thuis op letten dat hun kind actief toepast wat hij tijdens ons kamp heeft geleerd.'

### Wie betaalt deelname aan de kampen en wat zijn de toekomstplannen?

'FitCare4U is een revalidatieproduct, dus de verzekering betaalt na doorverwijzing door een revalidatiearts. We willen het programma nu aanbieden aan het hele land, in eerste instantie nog voor jongeren, maar het kan breder worden ingezet en overal worden toegepast. Bij ons in Valkenburg is de mooie natuur wel een plus voor de survival-activiteiten.'

*Ouders en jongeren kunnen zich, na overleg met hun therapeut en revalidatiearts, aanmelden via de website van Adelante.*

## STANDPLAATS MANDALAY

Myanmar of Birma ligt in Zuidoost-Azië. Het Boeddhistische land was tot voor kort gesloten, maar begint nu steeds meer open te gaan. Een makkelijk land is het niet: het militaire regime schendt de mensenrechten en er zijn nog veel gebieden waar hulporganisaties niet mogen komen. Het gezondheidsniveau is slecht en het bedrag dat aan gezondheidszorg besteed wordt, is het laagste van de wereld. Revalidatie bestaat niet en gehandicapte mensen zie je nauwelijks op straat. Alleen in Yangon, de grootste stad met zeven miljoen inwoners, is een kleine revalidatieafdeling in een ziekenhuis.

Nu ik met pensioen ben wil ik nagaan wat de mogelijkheden zijn voor het opzetten van revalidatie in Myanmar. We reizen rond en proberen een beeld te krijgen van het land en van de gezondheidszorg. Wij zijn op reis, maar ik heb de indruk dat het volk zelf ook op reis is en dat niemand weet welke kant het op gaat. Toch hebben de mensen die we spreken hoop dat het beter wordt na de verkiezingen in het najaar. Het is duidelijk voor me: Myanmar, dat immens grote en fascinerende land met zijn vriendelijke mensen, honderdduizenden monniken en pagodes, vrouwen met wit beschilderde gezichten, betelnoot kauwende mannen en wonderlijk zeepbellenschrift, is een land om in je hart te sluiten. Dus ik ga het proberen met die revalidatie, al wordt het een lange weg.

De stad waar ik me op ga richten is Mandalay. Op dit moment is daar alleen één school voor speciaal onderwijs. Het is een dovenschool waar dertig kinderen gebarentaal leren, maar waar ook vier spastische kinderen met spraakproblemen op zitten. Gebarentaal leren is nog best moeilijk als je spastisch bent. Dat moet beter kunnen.

Hans Slootman



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



# Innoveren: doe dat juist in deze moeilijker tijden!

Professionals in de revalidatie zijn voortdurend op zoek naar manieren om de zorg te verbeteren. Dat doen ze intrinsiek vanuit professionele nieuwsgierigheid en betrokkenheid bij de revalidant. Vaak gaat het om relatief eenvoudig te realiseren verbeteringen. De uitdaging voor instelling en medewerkers wordt complexer bij grotere innovaties die forse investeringen vragen.

De zorg in Nederland is mede door marktwerking, toename van de zorgvraag en bezuinigingen fors in beweging. Ook de medisch-specialistische revalidatie staat hierbij onder druk. Onze sector staat goed aangeschreven, patiënttevredenheid en kwaliteitsniveau zijn hoog en er wordt geïnvesteerd in wetenschappelijke onderbouwing. Er liggen echter ook forse uitdagingen op het gebied van het aantonen van effectiviteit en doelmatigheid van onze behandelingen, ook ten opzichte van andere aanbieders.

In de medisch-specialistische revalidatie zoals we die nu bieden is er veel direct contact tussen behandelaar en revalidant. Dit maakt de revalidatie arbeidsintensief. In het afgelopen decennium zijn er grote innovatieve ontwikkelingen geweest - zoals telerevalidatie, robotica en virtual reality - die de mogelijkheid bieden om zorg anders in te richten. Moderne behandeltechnieken kunnen de revalidatie beter en goedkoper maken. Deze innovaties worden echter nog maar zeer beperkt toegepast in de Nederlandse instellingen. De oorzaak hiervan

is deels financieel. Innovatie vraagt vaak om investering in implementatie en aanschaf van middelen. Maar anders dan bij de ziekenhuizen is in ons DBC-systeem geen financiering opgenomen van bijvoorbeeld kostbare apparatuur ter ondersteuning van diagnostiek en behandeling, zoals nu in onze instelling de GRAIL. De DBC-financiering is gebaseerd op behandeluren en vergoedt niet nieuwe technologie die mogelijk ook behandeluren kan gaan besparen. Vergoeding van een innovatieve behandeling door de zorgverzekeraar in een DBC is bovendien pas mogelijk bij bewezen effectiviteit. Dit vergt jarenlange onderbouwing, die voor rekening komt van de instellingen.

Het is goed om als sector zelf te investeren in innovatie en om de toegevoegde waarde van innovatie binnen de sector, maar ook vooral daarbuiten, beter uit te dragen. Innovatie is nodig om een antwoord te kunnen geven op de maatschappelijke uitdagingen die er liggen, en om de kwaliteit en doelmatigheid van de behandeling te vergroten. Het zorgt bovendien voor een leer- en ontwikkelklimaat in de instelling. Medewerkers kijken kritisch naar het zorgaanbod en vertalen nieuwe ontwikkelingen naar de zorg. Ze experimenteren en leren, en dit geeft een boost aan het enthousiasme en de energie in de organisatie. Om dit te ondersteunen moeten we ervoor zorgen dat er meer aandacht komt voor innovatieve technologieën in de opleidingen van revalidatieprofessionals, inclusief revalidatieartsen.

Ik verwacht dat de modulaire bekostiging waar nu aan wordt gewerkt meer ruimte gaat scheppen voor het gebruik van ondersteunende innovatieve technieken. Probleem blijft nog wel de financiering van ontwikkeling en implementatie van innovaties. In deze economisch zware tijden kunnen revalidatie-instellingen dit niet alleen opbrengen. Door marktwerking zijn de instellingen bovendien geneigd om weinig te delen met elkaar, en ook dat remt innovatie. Daarom daag ik Revalidatie Nederland en de Vereniging van Revalidatieartsen uit om een innovatieagenda 2020 op te stellen met een organisatiestructuur waarmee een aantal grote innovaties breed geïmplementeerd wordt. Een programma met aandacht voor variatie en regionale spreiding, vergelijkbaar met de programma's voor wetenschappelijk onderzoek van ZonMw. We committeren ons daarbij als sector aan afspraken over het onderbouwen van de doelmatigheid en het opnemen van de innovaties in onze reguliere zorg en de modulaire bekostiging. Voorwaarde is een investeringsimpuls van zorgverzekeraars, het ministerie van VWS, bedrijfsleven, fondsen en andere financiers. Met zo'n impuls kunnen we als sector onszelf naar een volgend niveau brengen, en voor revalidanten meer kwaliteit en efficiëntie realiseren.

*Jan-Willem Meijer,  
medisch directeur Revant*

**Door marktwerking delen revalidatie-instellingen te weinig, en daarmee remmen ze ook zelf innovatie.**

Eens? Oneens? Laat het weten op [www.revalidatiemagazine.nl](http://www.revalidatiemagazine.nl).





Bij revalidatie-instellingen is veel expertise aanwezig. Soms zetten ze deze expertise óók in voor mensen die niet in een regulier revalidatietraject zitten.

# ‘Het gaat om de zelfstandigheid’

**IN GESPREK MET:** QUIDO DE VALK, REVALIDATIETECHNICUS BIJ DE HOOGSTRAAT REVALIDATIE IN UTRECHT

**WAT:** MULTIDISCIPLINAIRE ONDERSTEUNING VOOR MENSEN MET EEN BEPERKTE HANDFUNCTIE

**WIE:** REVALIDATIEARTS, ERGOTHERAPEUT, FYSIOTHERAPEUT, PSYCHOLOOG, SPORTTHERAPEUT, ACTIVITEITENBEGELEIDER, MAATSCHAPPELIJK WERKENDE, REVALIDATIETECHNICUS

**WAAROM:** MENSEN HELPEN DIE DOOR EEN BEPERKTE HANDFUNCTIE TEGEN PROBLEMEN AANLOPEN IN HET DAGELIJKS LEVEN

Door Kitty Rotteveel

## Welke mensen zien jullie?

‘Wij zien mensen met een hoge dwarslaesie, maar daarnaast ook mensen met arm- of handamputaties en spierziekten. Ze hebben met elkaar gemeen dat ze hun handen en armen niet of beperkt kunnen inzetten in het dagelijks leven. Hier ligt ons specialisme. Vaak gaat het om oud-revalidanten die al een tijd thuis zijn, en in hun eigen leefomgeving tegen problemen oplopen met werk, hobby's of wonen.’

## Hoe is jullie werkwijze?

‘Iemand bezoekt de poli, waar eerst wordt nagegaan wat de vraag is en of hieraan een revalidatiedoel is te koppelen. De revalidatiearts schakelt vervolgens de teamleden in die deze vraag het beste kunnen beantwoorden. Vervolgens stellen we een plan op. Gaat het bijvoorbeeld om aanpassingen van de rolstoel? Dan worden de ergotherapeut en ik ingeschakeld. Komt iemand binnen met duidelijke verwerkingsvragen, dan schakelen we de psycholoog in. Het zijn vaak brede vragen die we krijgen, dus dan zijn er verschillende disciplines nodig. Stel bijvoorbeeld dat iemand moeite heeft met plassen. De arts kan dan medicatie voorschrijven, maar we gaan ook na hoe iemand zonder handfunctie die medicatie zelf kan innemen, of hoe die persoon zichzelf kan katheteriseren. Van alles is mogelijk. We maken binnen het team continu gebruik van elkaars kennis en ervaring. De ergotherapie doet bijvoorbeeld de aanvragen voor algemene aanpassingen. Maar samen bekijken we ook of ik individuele aanpassingen voor deze specifieke vraag kan maken, of wat de fysiotherapeut met de patiënt kan trainen zodat er misschien geen aanpassing meer nodig is.’



Foto: Steven Snoep

## Wat vind je het mooie van je werk?

‘Met individuele aanpassingen probeer ik een oplossing te bedenken voor de problemen van mensen. Dat vraagt creativiteit en het is heel dankbaar om te doen, want als je een beperkte handfunctie hebt is ieder beetje zelfstandigheid van het grootste belang. Om mijn werk goed te kunnen doen, kom ik geregeld bij mensen thuis of op het werk. Zo bezocht ik een jonge boer die door het dak was gevallen, met een hoge dwarslaesie als gevolg. Hij wilde per se zijn bedrijf voortzetten. Ik deed allerlei individuele aanpassingen aan bijvoorbeeld de hooimachine. Daarnaast trainde de boer veel samen met de fysiotherapeut. Zo heeft deze man bereikt dat hij zoveel als mogelijk zelf zijn boerenbedrijf kan runnen. Veel vragen hangen samen met het bedienen van de computer of

dingen die daarmee te maken hebben, zoals omgevingsbesturing. Dan gaan de fysiotherapeut, de revalidant en ik op zoek naar een functie die nog wel intact is. Knippen met je ogen of het kunnen bewegen van je grote teen bijvoorbeeld. Een hele uitdaging om te kijken hoe je met deze functie én de inzet van techniek alarm kan slaan, een deur kan openen, met je rolstoel rijden of de gordijnen openen. Het is echt leuk werk, we maken de vragen functioneel en moeten zorgen voor resultaat in korte tijd. Dat maakt mensen blij. Maar soms moeten we ook laten weten dat iets níet meer haalbaar is, autorijden bijvoorbeeld. Dat is niet makkelijk en soms kan de psycholoog of maatschappelijk werker dan helpen. Wij krijgen geen standaardvragen, en dat maakt ons werk zo bijzonder en afwisselend.’



## Iedereen moet kunnen meedoen! Geef nu! Giro 953

Het Revalidatiefonds zet zich in om de positie van mensen met een lichamelijke handicap of chronische ziekte te verbeteren. Om dit te realiseren is uw steun hard nodig!

Kijk op [www.revalidatiefonds.nl](http://www.revalidatiefonds.nl)  
of bel 030 657 20 22



**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](http://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](mailto: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](http://www.fokuswonen.nl)



# Wie wint de KFA Revalidatie Prijs 2015?

## Heeft u een volwassen revalidatie-idee?

Als het gaat om hun revalidatie kunnen er voor kinderen geen baanbrekende ideeën genoeg zijn. Daarom heeft Rotterdams Kinderrevalidatie Fonds Adriaanstichting de KFA Revalidatie Prijs in het leven geroepen voor het meest vernieuwende idee, project of onderzoek in de revalidatie van kinderen in de leeftijd 0 tot 18 jaar. Aan de prijs is een bedrag van 20.000 euro verbonden. Heeft u zo'n baanbrekend initiatief? U kunt het tot 1 juli 2015 aanmelden. Voor meer informatie kijkt u op [kinderfondsadriaan.nl](http://kinderfondsadriaan.nl)



Kinderrevalidatie Fonds Adriaanstichting





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](mailto:sales@kindermeubilair.nl)  
[www.kindermeubilair.nl](http://www.kindermeubilair.nl)