

Gezondheid: wat is het?

De revalidatiesector weet het al langer



Resultaten Innovatieprogramma Revalidatie | Zorg naar de Wmo
Scholingsgeld van het ministerie | 'Meer diabetesrevalidatie nodig'
PraktijkLeerUnit | Eenduidige aanpak arm- en handproblemen

A portrait of Karin Hoogtanders, a woman with short blonde hair, smiling. She is wearing a teal top. The background is a sandy beach with some greenery.

'Ik zou iedereen die niet tevreden is over zijn prothese, willen aansporen om een second opinion aan te vragen.'

Second opinion

Karin Hoogtanders onderging een bovenbeenamputatie na een bacteriële infectie. Karin is naar De Hoogstraat Orthopedietechniek gekomen omdat zij problemen bleef ondervinden met haar prothese. Bij De Hoogstraat vond zij wat ze al die tijd gemist had: het gevoel dat zij centraal stond en niet de prothese.

De Hoogstraat
Orthopedietechniek

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

De kracht van de aanpassing

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

4 'Het is nog een hele zoektocht'

Een deel van de zorg die mensen na de revalidatie nodig hebben, ging naar de Wmo en dus naar de gemeenten.

6 Berichten

7 'Ik voelde me meer en meer collega'

Sophia Revalidatie zette een Praktijk-LeerUnit op voor verpleegkundigen in opleiding.

10 Eenduidige aanpak arm- en handproblemen

Een nieuw behandelconcept van Adelante geeft houvast in de revalidatie van mensen met arm- en handproblemen na een CVA.

11 'Ik vind altijd wel een oplossing'

Daniël Gutierrez.

15 De Professor

Vincent de Groot.

18 'Noodzaak meer diabetesrevalidatie onomstreden'

Het Centrum voor Revalidatie van het UMCG biedt nog als enige diabetes-revalidatie aan.

19 Column

Vliegen.

20 Het Standpunt

Begeleiding in de eerste lijn schiet tekort.

21 De Specialisten

Therapie met paarden voor kinderen.



Revalidatie school- voorbeeld nieuwe definitie gezondheid

Arts/onderzoeker Machteld Huber vindt de gangbare WHO-definitie van gezondheid achterhaald. Ze formuleerde een nieuwe definitie, waarin veerkracht en eigen regie centraal staan. De revalidatiesector handelt er al naar.

• John Ekkelboom



Innovatie in de praktijk

Wetenschappelijk onderzoek levert kennis op die de revalidatiepraktijk ten goede kan komen. De grote uitdaging is vervolgens om te zorgen dat die kennis ook echt de praktijk bereikt. Daarvoor werd het Innovatieprogramma Revalidatie opgezet.

• Adri Bolt



Geld voor de toekomst

Om zorginstellingen beter voor te bereiden op de toekomst, geeft het ministerie van VWS vier jaar lang subsidie voor scholing. Ook revalidatie-instellingen maken er gebruik van.

• Alice Broeksma

‘Het is nog een hele zoektocht’

Vanaf januari 2015 valt een belangrijk deel van de zorg voor revalidanten die uit het revalidatiecentrum vertrekken onder de gemeenten. Om een beeld te krijgen van de consequenties, vroeg RM enkele maatschappelijk werkers naar de eerste ervaringen. De nieuwe situatie brengt risico's met zich mee, zeggen zij, maar het is nog te vroeg voor een echt oordeel. • Door Adri Bolt

Wat is er veranderd?

Per januari 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz). De uitvoering hiervan is een taak gebleven van de zorgverzekeraars. Een deel van de AWBZ-zorg verhuisde echter naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), en daarmee naar de gemeenten. Om te beginnen is dat ambulante woonbegeleiding: hulp bij zaken als het structureren van het huishouden en de administratie. Deze hulp kan bijvoorbeeld van belang zijn voor mensen met hersenletsel. Ook dagbesteding verhuisde naar de Wmo. Daar valt nu ook de logeeropvang onder, die gebruikt kan worden wanneer de mantelzorger even rust nodig heeft. Tot 2015 gebeurde de indicatie voor deze zorg door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Die indicatiestelling ging in januari dus over naar de gemeenten. Vrijwel alle gemeenten hebben hiervoor een Wmo-loket. De indicatie loopt doorgaans via een wijkteam, dat tijdens een zogeheten keukentafelgesprek de behoeften en mogelijkheden van de betrokkene in kaart moet brengen.

Voor de zorg die al onder de Wmo viel, geldt dus ook deze procedure. Het gaat dan vooral om aanpassingen en voorzieningen in huis, zoals een traplift, om rolstoelen en andere hulpmiddelen en om huishoudelijke hulp. Verder verhuisde persoonlijke verzorging voor vrijwel alle cliënten met een somatische beperking van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Daarbij kan worden gedacht aan hulp bij het douchen of wondzorg. Dit blijft dus een taak van de zorgverzekeraars, met indicatie via het CIZ.

Langdurige en intensieve zorg is overgegaan van de AWBZ naar de Wlz en blijft dus eveneens een taak van de zorgverzekeraars. Het gaat dan bijvoorbeeld om mensen die wonen in een instelling of thuis intensieve zorg nodig hebben.

Voorbeeld 1: Rijndam Revalidatie

‘Tot januari 2015 vroegen we een indicatie aan bij het CIZ terwijl de patiënt nog in het revalidatiecentrum was’, vertelt Lisanne van der Wel. Als maatschappelijk werker begeleidt zij in het Rotterdamse revalidatiecentrum Rijndam vooral revalidanten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). ‘We kregen dan binnen twee dagen antwoord. Zo kon de zorg heel snel starten wanneer de patiënt naar huis ging.’ Op dit moment meldt het centrum bij de betreffende gemeente dat een patiënt bijvoorbeeld begeleiding thuis nodig zal hebben. ‘De gemeente beoordeelt dat na het keukentafelgesprek, en sommige gemeenten houden zo’n gesprek pas wanneer iemand echt thuis is. Het kan na thuiskomst tot acht weken duren voordat er een indicatie is, dus dan zitten mensen zonder hulp. Ook wanneer een gemeente het gesprek wel in het revalidatiecentrum houdt, kan de beslissing een tijd op zich laten wachten waardoor we patiënten soms langer dan nodig hier moeten houden. Bij woningaanpassingen, bijvoorbeeld, speelt dat probleem heel sterk.’

Als het keukentafelgesprek thuis plaatsvindt, kan het revalidatiecentrum niet meepraten. ‘Bij mensen met NAH kan het ziekte-inzicht een groot probleem zijn, waardoor iemand denkt geen hulp nodig te hebben. De indicatiestellers van de gemeente, die met allerlei soorten problemen te maken hebben, weten niet altijd hoe ze daarmee om moeten gaan. Het zou goed zijn als ze daarin gesteund worden door gespecialiseerde professionals.’ Maar het grootste probleem is op dit moment om te ontdekken hoe het werkt bij de verschillende gemeenten in het grote en gevarieerde verzorgingsgebied van Rijndam. ‘Aanmelden moet bij elke gemeente anders. Vaak weet eigenlijk niemand hoe het werkt. Dat kost ons heel veel extra tijd. En we weten ook niet wat er aan het eind van het jaar gaat gebeuren, als de beperkte budgetten van de gemeenten op zijn.’



Illustratie: Roel Seidell

Voorbeeld 2: Adelante

Femke van Dijk is maatschappelijk werker in de volwassenenrevalidatie bij Adelante in Hoensbroek. Ze zegt: 'De procedures binnen de tientallen gemeentes uit ons verzorgingsgebied verschillen sterk, en dat maakt het heel moeilijk om onze patiënten goed te informeren over wat er gaat gebeuren. Zo kan het van een paar dagen tot langer dan zes weken duren voordat er een keukentafelgesprek plaatsvindt.' Verder blijkt dat de ene Wmo-consulent het revalidatiecentrum bezoekt voor een gesprek, en de ander de cliënt pas bezoekt als die weer thuis is. 'En de één vraagt op voorhand informatie op bij ons, de ander niet. Soms kan er een professional uit het centrum aanwezig zijn bij het gesprek, en soms ook niet.'

Positief vindt ze dat alle gemeenten hard werken om de nieuwe Wmo op een goede manier vorm te geven. 'En wij om op de nieuwe situatie in te spelen. We informeren de mensen nu nog vooral in algemene termen over de veranderde regelgeving. We maken ze er bijvoorbeeld van bewust dat er meer gekeken wordt naar hun eigen mogelijkheden en netwerk. En we bereiden het gesprek samen voor. Maar het is veel moeilijker geworden om te voorspellen wat eruit gaat komen. Veel is onduidelijk, of ook voor gemeenten zelf nog onbekend. En er is natuurlijk een beperkter budget.'

Een voordeel van de nieuwe regeling kan zijn dat de lijnen uiteindelijk korter worden. 'Binnen de wijkteams treffen mensen uit verschillende disciplines elkaar. Een voordeel kan ook zijn dat we via het wijkteam meer zicht kunnen krijgen op de voorzieningen in de buurt van de patiënt. Verder worden cliënten en mantelzorgers wellicht creatiever in het vinden van mogelijkheden binnen het eigen netwerk. Daar moeten we positief gebruik van proberen te maken.'

Voorbeeld 3: Revalidatie Friesland

'Het is nog een hele zoektocht. Voor de gemeenten, en dus ook voor revalidanten en voor ons. Dat eerste kan samengaan met onervarenheid en ondeskundigheid.' Aan het woord is Sipke de Jong. Als maatschappelijk werker bij Revalidatie Friesland werkt hij met mensen met hersenletsel, amputatie of mobiliteitsproblemen na een trauma. Hij noemt als voorbeeld de aanvraag van iemand die volgens het revalidatiecentrum dagopvang nodig zou hebben. 'Omdat het een complexe situatie was, was ik bij het keukentafelgesprek om een en ander toe te lichten. Daar bleek duidelijk dat het wijkteam geen inzicht had in het ziektebeeld en de gevolgen daarvan. Toch werd aanvankelijk een indicatie afgegeven en dus hebben we de aanmelding voor het vervolgtraject opgestart. Op de dag dat de cliënt ontslagen zou worden, hoorden we dat de indicatie was ingetrokken en dat het dus niet doorging.'

Wat ook lastig kan zijn, zeker in kleine gemeenschappen, is als mensen elkaar kennen. 'Zo had één van mijn cliënten in het verleden een conflict gehad met iemand uit het wijkteam dat zijn aanvraag moest beoordelen. Dan is het natuurlijk de vraag hoe objectief zo'n persoon dat nu weer kan doen. De cliënt zit in een afhankelijke positie en moet vaak meer aanvragen doen; dan kan een kleinere afstand ook een nadeel zijn.' Verder signaleert De Jong verschillen tussen de wijkteams. 'Dat varieert van heel erg gericht op de regels tot sterk betrokken bij de cliënt, en dus flexibeler met het verstrekken van voorzieningen.'

Toch ziet de maatschappelijk werker ook een mogelijk voordeel. 'De nieuwe situatie stimuleert mensen wellicht meer om creatief te gaan denken, om zelf te zoeken naar oplossingen. Dat kan positief zijn, als tenminste de echt benodigde zorg maar beschikbaar blijft.'

Meer berichten

Revalidatie Magazine heeft een digitale aanvulling op www.revalidatiemagazine.nl. Daar zijn onder meer extra berichten te vinden, bijvoorbeeld over een nieuwe vorm van hartrevalidatie bij het UMCG. Patiënten beginnen al vóór de operatie met een revalidatieprogramma.



Een uitgebreider bericht is er over het VN-verdrag voor mensen met een beperking. Dit verdrag moet de positie van mensen met een handicap in de samenleving versterken. Nederland ratificeert het verdrag naar verwachting dit najaar.



Nieuwe ziekenhuis-cao

In maart kwamen vakbonden en werkgevers na uitgebreid onderhandelen een nieuwe ziekenhuis-cao overeen. Ook revalidatie-instellingen vallen onder deze cao. De nieuwe cao gaat met terugwerkende kracht in per 1 maart 2014 en loopt tot 31 december 2016. De complete tekst is te vinden op de site van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl, zoekwoord 'cao'.

In de cao is onder meer bepaald dat werknemers een loonsverhoging krijgen van tweemaal 1,5% en tweemaal een eenmalige uitkering. Verder is afgesproken dat onregelmatigheidstoeslag tijdens vakanties wordt doorbetaald en is het recht op scholing gegarandeerd. Ook zijn afspraken gemaakt die het aantal flex- en nuluren-contracten moeten verlagen.



Film over revalidatie aangepast



Een aantal jaren geleden maakte Revalidatie Nederland een korte voorlichtingsfilm over medisch-specialistische revalidatie. Deze film gaf vooral inzicht in het revalidatieproces in revalidatiecentra; ziekenhuisrevalidatie kwam onvoldoende aan bod. Daarom is de film nu aangepast, zodat hij ook voor ziekenhuizen een goed beeld geeft. Kijk op YouTube, trefwoord 'medisch specialistische revalidatie'.

Revalidatiesector vergroot transparantie

Revalidatie Nederland verzamelt al vele jaren informatie over de kwaliteit van zorg van Nederlandse revalidatie-instellingen. Om deze informatie toegankelijk te maken voor een breed publiek, is hij dit voorjaar geplaatst op www.zorginzicht.nl. Met deze site wil het Zorginstituut Nederland de kwaliteit van zorg verbeteren. De revalidatiesector geeft per locatie kwaliteitsinformatie. Kijk voor het zoekpad op www.revalidatiemagazine.nl, bij 'Links'.

Als volgende stap introduceert Revalidatie Nederland deze maand samen met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen het Kwaliteitsvenster voor de revalidatiesector. Revalidatiecentra en -afdelingen van ziekenhuizen kunnen via dit venster zelf een beeld geven van de kwaliteit van hun revalidatiezorg. Dit gebeurt aan de hand van tien indicatoren: patiëntervaringen, werk van artsen, wachttijden, zelfstandig wonen, doorligwonden, resultaten meten, vallen, keurmerken, samenwerking met patiëntverenigingen en tevredenheid van medewerkers. Per indicator wordt een score toegekend, die wordt afgezet tegen een landelijk gemiddelde, een eerder jaar of een standaard. Instellingen kunnen desgewenst een toelichting geven bij de scores. Informatie staat binnenkort op www.nvz-kwaliteitsvenster.nl.

Clïëntondersteuning langdurige zorg

Langdurige en intensieve zorg die eerder onder de AWBZ viel, is dit jaar grotendeels overgeheveld naar de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz, zie ook pagina 4). Het gaat dan onder meer om begeleid wonen en om verpleging en hulp bij de persoonlijke verzorging thuis. Net als voorheen zijn de zorgkantoren van de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor het verstrekken van deze langdurige zorg. In de Wlz is vastgelegd dat ze er daarbij voor moeten zorgen dat cliënten toegang hebben tot onafhankelijke ondersteuning. Hiermee wil de Wlz de positie van cliënten versterken. Voor de cliëntondersteuning hebben de zorgkantoren contracten afgesloten met MEE en met Zorgbelang. Deze organisaties geven cliënten desgewenst informatie en advies bij het opstellen, evalueren en bijstellen van hun persoonlijk plan en zorgplan. Ook kunnen ze ondersteunen bij het kiezen van een zorgaanbieder en kunnen ze bemiddelen bij meningsverschillen.

Kosten en baten gezinsondersteuning

In opdracht van Vilans is een 'maatschappelijke business case' gemaakt over de ondersteuning van gezinnen met een kind met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Hersenletsel bij een kind kan veel impact hebben op het hele gezin. Daarom heeft Vilans de afgelopen jaren met zorgorganisaties een gezinsondersteuningsaanbod ontwikkeld. In de business case is dit aanbod beschreven en zijn de maatschappelijke kosten en baten in kaart gebracht. Gekeken is naar negen domeinen, waaronder schoolverzuim van het kind en fysieke en emotionele overbelasting van ouders. De conclusie is dat een investering van € 1 in gezinsondersteuning gemiddeld € 2,50 oplevert. De business case is gratis te downloaden van www.vilans.nl, zoekterm 'business case NAH'.



‘Ik voelde me meer en meer collega’

Verpleegkundigen in opleiding de zorg geven over vaste patiënten: ziekenhuizen doen het al langer, maar voor revalidatie-instellingen is het nieuw. Sophia Revalidatie in Den Haag zette een PraktijkLeerUnit op.

Vijf kamers op een verpleegafdeling voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel - en dus vijf patiënten - zijn sinds begin februari toegewezen aan stagiaires van de Haagse Hogeschool, opleiding verpleegkunde. Op de PraktijkLeerUnit (PLU) werken zij onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts en onder begeleiding van ervaren verpleegkundigen. Vijf stagiaires uit verschillende leerjaren voeren zelfstandig de dagelijkse activiteiten uit voor ‘hun’ patiënten. Daarmee doen ze veel praktijkervaring op en vergaren ze de kennis, vaardigheden en beroepshouding van een goede verpleegkundige. Uiteraard mogen stagiaires pas na toetsing handelingen zelfstandig doen, en hangt het ook van hun leerjaar af wat ze doen. Een ouderejaars stagiaire begeleidt de jongerejaars en leert ook daar weer van. Iedere stage duurt tien weken.

Verantwoordelijk

Anne-Claire van der Knoop deed haar vierdejaars stage op de nieuwe PLU: ‘Ik startte mijn stage op een reguliere plek en stapte in februari over naar de PLU. Vanaf dag 1 voelde ik me verantwoordelijk voor ‘mijn’ vijf patiënten en

voor de tweedejaars stagiaires die ik nu mocht begeleiden. Ik kreeg een actievere inbreng in de dagevaluatie en werd zelf aangesproken door collega’s uit het multidisciplinaire team en door de revalidatiearts. Daardoor voelde ik me meer en meer collega, in plaats van stagiaire. Doordat ik feedback moest geven op het handelen van de jongerejaars stagiaires werd de drempel lager om ook aan gediplomeerde collega’s feedback te geven. Ik heb echt veel geleerd, en ik denk veel meer dan bij de traditionele stage. Ik weet nu ook beter wat werken in een revalidatie-instelling precies inhoudt. Je bent als verpleegkundige deel van een team en je draagt bij aan het revalidatieproces, en dat maakt het werk bijzonder.’

Win-win

Het Kenniscentrum van Sophia Revalidatie heeft drie pijlers: ‘kwaliteit & veiligheid’, ‘onderzoek’ en ‘opleiden’. De PLU brengt deze pijlers bij elkaar. Zo moet iedere stagiaire vanuit de opleiding onderzoek verrichten en dit doen zij binnen de onderzoekslijn CVA/niet-aangeboren hersenletsel van Sophia Revalidatie. Geen onderzoekjes voor in de la dus. In de stages is veel aandacht voor evidenced-based werken, zodat de kwaliteit

‘Vanaf dag 1 voelde ik me verantwoordelijk voor ‘mijn’ patiënten’

van zorg toeneemt. Niet alleen op de PLU en niet alleen bij verpleegkundigen, maar uiteindelijk bij de hele organisatie. Lindy Kroonbergs, teamcoördinator verpleging, vertelt: ‘Het is een win-win-situatie, ook als organisatie heb je er voordeel van. Zo zie ik een ontwikkeling bij het team. Om met elkaar een PLU op te zetten, moet je kritisch durven kijken naar je werkwijze en naar de onderlinge samenwerking. Het is iedere dag weer leren, snel schakelen en blijven verbeteren. We kunnen pas over een jaar evalueren wat de PLU ons echt gebracht heeft. Dan hebben we vier blokken gehad en hebben we voldoende ervaring opgedaan met het begeleiden van zoveel verschillende stagiaires. Maar ook nu al is de winst duidelijk zichtbaar.’

*Mascha de Haan-Brand,
coördinator opleiden Kenniscentrum
Sophia Revalidatie*

Innovatie in de praktijk

Wetenschappelijk onderzoek levert kennis op die de revalidatiepraktijk ten goede kan komen. De grote uitdaging is vervolgens om te zorgen dat die kennis ook echt de praktijk bereikt. Daarvoor werd het Innovatieprogramma Revalidatie opgezet. Het programma startte in 2009 en in 2015 worden de laatste projecten afgerond. 'Met zo'n innovatieproject kun je mooie dingen van de grond krijgen', zegt Sandra Wielaert, een van de projectleiders. • Door Adri Bolt

De projecten

Het Innovatieprogramma Revalidatie bestond uit verschillende onderdelen, die werden uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van ZonMw en Revalidatie Nederland.

Veertien **implementatieprojecten** hadden het doel om bewezen effectieve innovaties breed in te voeren in de revalidatiepraktijk. Meer over deze projecten staat hiernaast.

Vijfendertig **ontwikkelpojecten** hadden het doel om veelbelovende nieuwe inzichten verder te ontwikkelen. De projecten kunnen grofweg in zeven groepen worden ingedeeld:

- Meten is weten: meten om beter te kunnen behandelen. Voorbeeld: het project Transitiemonitor, waarbij het ging om datamonitoring bij jongvolwassenen.
- Technologie: robots en games helpen revalideren. Voorbeeld: het project GAMeLab, dat naging hoe games kunnen worden ingezet in de revalidatie.
- E-health: thuis revalideren met begeleiding op afstand. Voorbeeld: een project rond taaltherapie op afstand voor afasiepatiënten.
- Arbeid: weer aan het werk. Voorbeeld: een project voor arbeidsgerelateerde revalidatie na niet-aangeboren hersenletsel.
- Zelfmanagement: op eigen kracht. Voorbeeld: een project waarin een probleemoplossende vaardigheidstraining voor patiënten met een beenamputatie is ontwikkeld.
- Behandelinnovatie: revalidatie verbeteren. Voorbeeld: een project over valpreventie voor CVA-patiënten.
- Kinderrevalidatie. Voorbeeld: een project waarin een digitale module is ontwikkeld voor het lichamelijk onderzoek van het bewegingsapparaat bij kinderen met cerebrale parese.

Het derde programmaonderdeel bestond uit de ontwikkeling van Revalidatie Kennisnet. Dit platform is opgericht om het uitwisselen van kennis binnen de revalidatiesector te stimuleren. Inmiddels hebben 3200 revalidatieprofessionals zich aangesloten.

Links naar een compleet overzicht van de ontwikkelprojecten en naar meer informatie staan op www.revalidatiemagazine.nl, 'Links'.



'Er is heel veel gerealiseerd'

'De revalidatiesector is een innovatieve sector. Om de zorg te verbeteren, wordt nieuw onderzoek gedaan en worden effectieve innovaties sectorbreed uitgerold', vertelt Anne Swart. Als beleidsmedewerker bij Revalidatie Nederland coördineerde ze onder meer de implementatieprojecten. Ze licht toe: 'Omdat er vanaf 2009 geen adequate innovatiebesteding meer bestond, was het belangrijk dat het Innovatieprogramma Revalidatie er kwam. Dat was mogelijk dankzij het ministerie van VWS, dat er zes miljoen euro voor vrijmaakte, maar ook dankzij intensieve inzet en krachtenbundeling van de revalidatie-instellingen zelf. Met het programma zijn veel verbeteringen gerealiseerd.'

De veertien implementatieprojecten vormden samen het grootste onderdeel van het programma. De projecten zijn inmiddels vrijwel allemaal afgerond. 'Op veel plaatsen is het ook al gelukt om de geïmplementeerde behandelingen of richtlijnen te borgen in de organisatie.' Dat lijkt voor zich te spreken, maar is wel vaak een moeilijk punt. 'Het kan immers om grote aanpassingen van de werkwijze gaan, waarvoor een gedrags- en cultuuromslag nodig is.'

Een korte impressie van de veertien implementatieprojecten:

- Implementatie mCINT-BIT in de Piratengroep, een therapievorm voor kinderen met cerebrale parese die één arm niet goed kunnen gebruiken. 'Kinderen worden spelenderwijs gestimuleerd om met de aangedane arm te oefenen, en dat werkt goed. Het Piraten-concept is in twaalf revalidatiecentra succesvol geïmplementeerd.'
- Richtlijn CP in Praktijk leidde tot een daadwerkelijke toepassing van de behandelrichtlijn voor de grote groep kinderen met cerebrale parese. 'Er zijn diverse producten ontwikkeld die de behandelpraktijk versterken en er is een netwerk opgebouwd waarin behandelaars kennis en ervaring uitwisselen.'
- Richtlijn CVA in Praktijk had een vergelijkbaar doel voor de revalidatie van CVA-patiënten. 'Ook hier is veel winst geboekt. Door het hele land worden patiënten meer gestimuleerd om na een beroerte actief te oefenen en om daar snel mee te beginnen.'
- Implementatie Richtlijn Oncologische Revalidatie leidde tot een sterker op de individuele patiënt gerichte behandeling. 'Meer zorg op maat dus, en betere ketenzorg.'
- Implementatie PPP-Arm Protocol zette in op betere begeleiding bij

Beeld uit een video die is gemaakt als onderdeel van PACT. Meneer Jonckheere heeft afasie, waardoor het voeren van een gesprek moeilijk is geworden. Meneer heeft tijd nodig om zijn boodschap over te brengen en hij heeft vaak moeite met het verwoorden van getallen en data. Door zelf thuis opnamen te maken, wordt duidelijker waar de knelpunten zitten en waar nog aan gewerkt kan worden. Logopedist Sandra Wielaert: 'Te zien is dat mevrouw aandachtig luistert en dat zij een kalender op schoot heeft waarmee ze data kan aanwijzen, ter verificatie.'



het verstrekken van armprothesen. 'Het protocol zorgt voor een duidelijker gestructureerde aanvraag en daarmee voor verbeterd handelen van behandelaren en een beter resultaat voor de patiënt.'

- Implementatie Acceptance & Commitment Therapy voor mensen met chronische pijn. 'ACT is gericht op het accepteren van de pijn, en verbetert daarmee de kwaliteit van leven. Acht revalidatiecentra en een ziekenhuis werken er nu mee.'
- Telerevalidatie.nl maakt het chronisch zieke mensen mogelijk om thuis revalidatieoefeningen te doen, en daar feedback op te krijgen. 'De patiënten zijn heel tevreden, en het wordt nu breder geïmplementeerd.'
- Robotondersteunende therapie (ROBAR) richt zich op verbetering van de armfunctie van CVA-patiënten. 'Zeven instellingen hebben inmiddels zo'n robotisch systeem met armondersteuning, waarmee mensen met een spelelement kunnen trainen. Dit motiveert en maakt het oefenen leuk.'
- De ComPoli is een digitale polikliniek voor neurologische patiënten met beperkingen in de communicatie. 'Zij kunnen met de ComPoli gemakkelijker informatie vinden, ondanks beperkingen in spraak, taal, motoriek, cognitie of visus. Patiënten kunnen daardoor beter voorbereid op een consult komen. Mogelijk zijn er in de toekomst zelfs minder consulten nodig.'
- Implementatie en uitbreiding van een Nederlandse Dataset Dwarslaesie-revalidatie. Door systematisch patiëntgegevens te verzamelen, ontstaat landelijk meer inzicht in deze patiëntengroep. 'Alle acht in dwarslaesie gespecialiseerde centra verzamelen nu bij opname en ontslag dezelfde gegevens.'
- Implementatie en uitbreiding Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie. Ook in de pijnrevalidatie is een dataset geïmplementeerd waarmee systematisch patiëntgegevens verzameld worden, om zo meer inzicht te krijgen. 'De dataset is bij 32 instellingen geïmplementeerd.'
- Functionele Capaciteit Evaluatie is een instrument om de belastbaarheid van een patiënt te meten. Die kan dan vergeleken worden met de belasting door arbeid. 'Dat is belangrijk als patiënten weer aan het werk willen. Zo weten ze beter wat ze aankunnen.' Inmiddels zetten veertien instellingen het instrument in.
- Kennisdeling Revalidatie, Sport en Bewegen is onderdeel van het grotere VWS-programma Revalidatie, Bewegen en Sport. 'Dit project helpt mensen om een actieve leefstijl aan te nemen, ook als ze weer thuis zijn. Er is een training ontwikkeld voor behandelaren in motiverende gespreksvoering en gedragsverandering en er zijn vijf indicatoren ontwikkeld om bij te dragen aan de borging van bewegen en sport.'

Over het veertiende project, ImPACT, hiernaast meer informatie.

'ImPACT is geland op de werkvloer'

Het Innovatieprogramma Revalidatie omvatte zo'n 50 deelprojecten: veel te veel om in een artikel te beschrijven. Om toch een beeld te geven van het praktisch effect, nemen we het project ImPACT als voorbeeld. Een toelichting komt van Sandra Wielaert, logopedist bij Rijndam Revalidatie en project-coördinator.

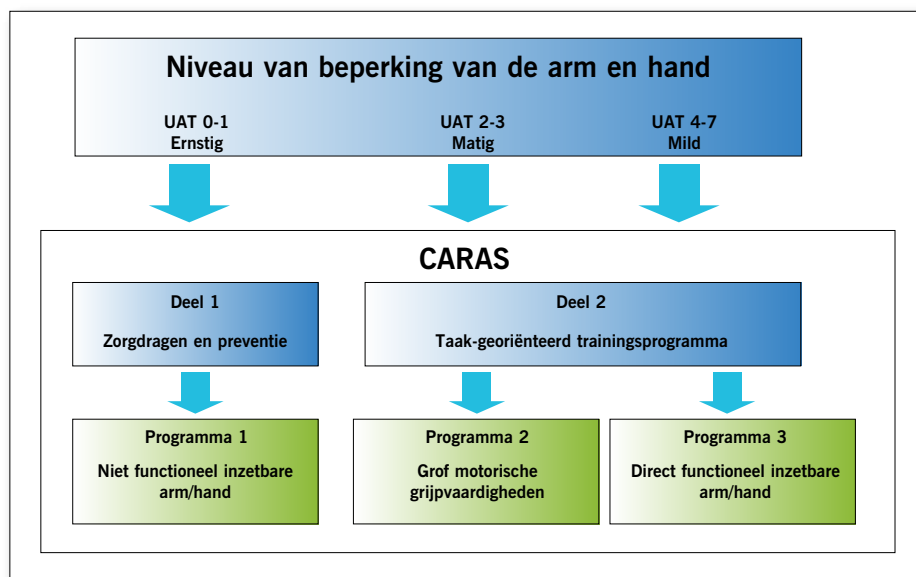
Het implementatieproject ImPACT was een vervolg op het ontwikkelproject PACT: Partners van Afasiepatiënten Conversatie Training. Wielaert: 'Met zo'n innovatieproject kun je mooie dingen van de grond krijgen. In ons geval een behandelconcept uitwerken en dat vervolgens invoeren in de praktijk. Partners van afasiepatiënten zijn nu in beeld binnen de revalidatie, en ik ben ervan overtuigd dat we de dagelijkse communicatie tussen afasiepatiënten en hun partners daarmee verbeteren.'

Jaarlijks lopen bijna 10.000 Nederlanders afasie op: zij kunnen niet goed meer duidelijk maken wat ze bedoelen, of niet goed meer begrijpen wat een ander zegt. 'Logopedisten werken vooral aan het taalherstel van de patiënt. In de traditionele behandeling ontbreekt de partner, maar het is heel belangrijk dat die weer leert communiceren met de patiënt.' In 2010 bewerkte Wielaert daarom een Engelstalig trainingsprogramma. De nieuwe, op Nederland toegesneden versie kreeg de naam PACT en maakt onder andere gebruik van videotraining. 'Het doel is om partners inzicht te geven in hun communicatie, en ze te leren hoe ze die kunnen verbeteren.'

Een implementatieproject volgde. 'Ik heb logopedisten getraind in de methodiek en de invoering in de behandelpraktijk begeleid. Want het heeft allerlei consequenties wanneer je de partner meebehandelt, bijvoorbeeld voor de logistiek.' Uiteindelijk hebben zes deelnemende centra de methodiek succesvol geïmplementeerd. 'Maar ook in de drie centra waar de implementatie nog niet goed lukte, bijvoorbeeld omdat er te weinig partners waren die mee wilden doen, vonden ze het een waardevolle methode en zijn ze ermee doorgegaan. Een belangrijke, concrete verbetering is dat er nu oog is voor de onmacht en frustratie bij de partners, en dat we daar wat aan kunnen doen. Partners kregen meer zelfvertrouwen in hun omgang met de patiënt, gingen meer probleemoplossend denken en hun stemming verbeterde.' Ook op andere plaatsen is de methode aangeschaft, weet Wielaert, en onderzocht wordt of de methode bruikbaar is bij partners van Parkinsonpatiënten. 'ImPACT is geland op de werkvloer.'

Eenduidige aanpak arm- en handproblemen

Wat is de beste behandeling bij arm- en handproblemen na een CVA? Die vraag is niet eenvoudig te beantwoorden en daarom verschilt de aanpak behoorlijk van plaats tot plaats. Om tot meer eenduidigheid te komen, verdiepten onderzoekers van Adelante zich in de materie. Het resultaat: een behandelconcept gebaseerd op wetenschappelijke inzichten. Het vindt al navolging.



Veel mensen hebben na een CVA, ofwel beroerte, aan één zijde een verlamming van de arm en hand. Dit kan natuurlijk allerlei problemen geven in het dagelijks leven. Fysiotherapeuten en ergotherapeuten bij revalidatie-instellingen proberen cliënten zo efficiënt mogelijk te begeleiden. Daarbij staan ze echter voor uitdagingen, die te maken hebben met verschillende factoren:

- De heterogeniteit van de problematiek.
- De snelle ontwikkeling van neurologische kennis, en daarmee van inzicht in de principes van herstel en behandeling.
- De snelle ontwikkeling van technieken die in de behandeling ingezet kunnen worden, zoals high-tech handortheses voor cliënten met een fors aangedane arm en hand.
- De toenemende behoefte om cliëntgericht maar tegelijk ook geproto-colleerd te werken.

Om fysiotherapeuten en ergotherapeuten in staat te stellen hun behandeling verder te optimaliseren, is - rekening houdend met deze factoren - het behandelconcept CARAS ontwikkeld. CARAS staat voor *Consise Arm and hand Rehabilitation Approach in Stroke*.

Drie behandelprogramma's

CARAS deelt om te beginnen op basis van de Utrechtse Arm-hand Test (UAT) revalidanten in naar de mate van hun arm- en handproblemen: ernstig, matig of mild. Vervolgens is er voor iedere groep een behandelprogramma,

steeds met een eigen behandelthema. Voor mensen met ernstige problemen is het programma gericht op het goed positioneren en verzorgen van de aangedane arm en hand, zodat die soepel en klachtenvrij blijven. In de programma's voor mensen met matige of milde problemen worden, uitgaand van persoonlijke doelen, veel verschillende dagelijkse taken intensief getraind. Dit gebeurt vaak in spelvorm of als circuittraining. De grote verscheidenheid in het aanbod van taken versterkt het vertrouwen in de eigen bekwaamheid om arm-handvaardigheidsproblemen op te lossen. Dit is een aspect van self-efficacy, ofwel het vertrouwen in het eigen kunnen. Wetenschappelijk is aangetoond dat meer self-efficacy leidt tot betere trainingsresultaten en tevens tot betere generalisatie naar andere, niet-getrainde taken. Om de self-efficacy te vergroten, wordt bijvoorbeeld gezorgd dat revalidanten succeservaringen opdoen en dat ze inzicht krijgen

in de manieren waarop ze hun aangedane arm en hand kunnen inzetten. Alle behandelprogramma's duren zes weken; de programma's voor mensen met matige en milde problemen kunnen met maximaal zes weken worden verlengd. Doordat wordt gewerkt met modules kan de behandeling eenvoudig worden aangepast aan persoonlijke revalidatiedoelen.

Nieuwe elementen

Binnen CARAS is ruimte om nieuwe ontwikkelingen uit te proberen zonder grote logistieke gevolgen voor het behandelproces. Dit komt doordat de behandeling is opgebouwd uit op elkaar volgende therapieblokken, die eenvoudig vervangen kunnen worden.

CARAS is ingevoerd bij Adelante revalidatiecentrum, met goed resultaat. Op dit moment wordt het beloop van de arm-handfunctie en de arm-handvaardigheid bij revalidanten die de behandeling volgen nader onderzocht. Ondertussen werken behalve Adelante ook Rijndam en de Sint Maartenskliniek al met CARAS; andere revalidatiecentra hebben interesse getoond.

Han Franck (ergotherapeut), Henk Seelen (bewegingswetenschapper), onderzoekers Adelante

Meer informatie over CARAS is verkrijgbaar bij h.franck@adelante-zorggroep.nl.

‘Ik vind altijd wel een oplossing’



Daniël Gutierrez (21 jaar) wordt geboren met een kort been en een korte arm. Al vroeg krijgt hij een beenprothese, maar deze zorgt voor aanhoudende irritaties. Op zijn zevende jaar wordt daarom besloten zijn been te amputeren. Zijn beperking legt hem geen strobreed in de weg: ‘Ik doe eigenlijk alles wat ik graag wil.’ • Door Anne Merkies

‘Ik weet nog dat iedereen op de basisschool zijn veterdiploma haalde: dat wilde ik ook. Ik oefende net zo lang totdat ik het kon. Hetzelfde was dat met mijn jas dicht doen zonder hulp, na lang proberen lukte het. Ik ben eigenwijs, dus als ze zeiden dat ik iets niet kon wilde ik laten zien dat het wel ging. Aan het eind van de basisschool wilde ik niet langer fietsen op mijn fiets met zijwielen. Ik moest en zou op een gewone fiets naar de middelbare school, maar het lukte me niet om mijn evenwicht te bewaren. De revalidatietechnicus en fysiotherapeut van het revalidatiecentrum, waar ik van jongs af aan al kwam, leerden mij fietsen op een kleine fiets zonder trappers, zodat ik mijn evenwicht kon bewaren. Eindeloos oefende ik, net zo lang totdat ik wegreed. Dat moment vergeet ik nooit meer.

Vorig jaar wilde ik thuis met gewichten gaan trainen, en ik wilde ook mijn korte arm laten meedoen. Ik knoopte een sporttas met gewichtschijven aan mijn stomp en dat werkte. Ik vind altijd wel een oplossing. Als kind tekende ik heel graag en het bleek dat ik er gevoel voor had. Op het Grafisch Lyceum deed ik de opleiding Game Artist. Ik zit nu in het eerste jaar van de hbo-opleiding International Game Architecture en Design. Mijn tablet heb ik zo geprogrammeerd dat ik met mijn korte arm maar op één knop hoeft te drukken om verschillende toetsen te gebruiken, terwijl ik tegelijkertijd met mijn goede hand kan tekenen. Dagelijks reis ik twee uur heen en twee uur terug voor mijn opleiding

en daarna moet ik mijn huiswerk nog maken. Het is zwaar, maar dit is wat ik wil.

Als ik vragen heb, kan ik altijd terecht bij het revalidatiecentrum. Vorig jaar nog heb ik een paar maanden ergotherapie gehad. We bekeken wat er nodig was om op kamers te gaan wonen. Ik leerde koken en merkte dat het met aanpassingen lukte. Bijvoorbeeld een tomaat snijden op een snijplank met spijkers waar je de tomaat in kan prikken, zodat die niet weg rolt. Ik leerde ook hoe ik meer symmetrisch moet zitten op mijn werkplek, omdat je met een korte arm automatisch meer naar voren gaat hangen, waardoor je op termijn klachten gaat ontwikkelen. Het was heel erg nuttig. En ook al blijf ik nog even thuis wonen, ik weet nu wel dat ik straks op kamers kan.

Sinds twee jaar heb ik een elektrische knieprothese waardoor ik minder vaak val dan met mijn vorige prothese. Ik kan beter lopen en traplopen en ik loop sneller. Deze prothese regelt de snelheid van mijn onderbeen. Helaas heb ik nog steeds wel regelmatig last van een ontstoken knie, die bij de amputatie is behouden en boven de protheseknie zit. Ik word dan gedwongen om te rusten en blijf meestal thuis totdat de ontsteking over is, want een rolstoel gebruik ik niet. Gelukkig is het thuis zitten makkelijker te accepteren omdat ik altijd kan tekenen. Wie weet heb ik daarom deze passie als klein jongetje ook wel onbewust ontwikkeld.’

Niek van den Adel (32) heeft sinds 2010 een hoge dwarslaesie als gevolg van een motorongeluk. Mede dankzij een intensieve revalidatieperiode heeft hij zijn leven weer op de rails. Hij kan zich helemaal vinden in de nieuwe definitie van gezondheid. 'Die definitie geldt niet alleen voor invalide, maar ook voor valide mensen. Iedereen maakt op zijn of haar manier tegenslagen mee. Daar overheen komen, het accepteren en de eigen regie voeren zijn de ingrediënten voor geluk en gezondheid. Door mijn revalidatie ben ik geen patiënt meer, maar weer mens. De revalidatie heeft mij trouwens nog meer opgeleverd. Mijn ergotherapeute en ik werden smoorverliefd op elkaar. We zijn getrouwd en hebben sinds kort een tweeling. Ik laat me niet beperken door mijn dwarslaesie. Niet dat het makkelijker is geworden, maar ik beschouw het wel als een verrijking van mijn leven. Ik sta meer dan voorheen stil bij de mooie dingen. Bij het revalidatiecentrum geef ik trainingen Eigen Regie voor lotgenoten met een verse dwarslaesie. Verder leer ik medewerkers in de gezondheidszorg gastvrijheid te tonen naar patiënten. Daar valt nog veel winst te behalen. Het is belangrijk om patiënten mooie ervaringen mee te geven. Zelf werkte ik voor mijn ongeluk in de horeca, waar gastvrijheid de sleutel is tot succes.'

‘Ik ben geen patiënt meer, maar weer mens’

Revalidatie schoolvoorbeeld van nieuwe definitie gezondheid

Volgens arts en onderzoeker Machteld Huber is de gangbare WHO-definitie van gezondheid achterhaald. Ze raadpleegde vele deskundigen uit de zorg en formuleerde een nieuwe definitie. Daarin staan de veerkracht en de eigen regie van de patiënt centraal. 'Wat dit betreft kan de zorg nog veel van de revalidatiesector leren', zegt Huber. • Door John Ekkelboom

De huidige definitie van gezondheid dateert uit 1948, het jaar waarin de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) werd opgericht. Deze organisatie omschrijft gezondheid als 'een toestand van compleet welbevinden op fysiek, mentaal en sociaal niveau, en niet alleen de afwezigheid van ziekte'. Machteld Huber begrijpt deze omschrijving in het licht van de naoorlogse periode, maar concludeert dat die niet meer aansluit op de moderne tijd. Zij was huisarts en is nu fulltime onderzoeker van het Louis Bolk Instituut in Driebergen, dat onderzoek doet op het gebied van duurzame landbouw, voeding en gezondheidszorg. 'Kort na de Tweede Wereldoorlog kwamen antibiotica ter beschikking in de strijd tegen infectieziekten. Het idee heerste dat daarmee een einde zou komen aan alle ernstige ziekten in de wereld. Tegenwoordig zijn infectieziekten niet zozeer meer het grote probleem, maar de chronische aandoeningen bij mensen die steeds ouder worden. Als je met de huidige definitie blijft werken, moet je alle mensen met chronische ziekten eindeloos behandelen om een toestand van compleet welbevinden te realiseren. Dat leidt onbedoeld tot medicalisering en bovendien streef je naar een utopische situatie. Als ik alleen al pijn aan mijn kleine teen heb, ben ik volgens die definitie niet meer gezond. Maar mensen kunnen best wel leven met ziekten en beperkingen. Daar wordt aan voorbij gegaan.'

Basis

Huber beseft dat veel zorgverleners de exacte WHO-definitie niet kennen, maar ze weet ook dat die omschrijving als basis dient voor overheidsbeleid en voor het evalueren van maatregelen in de zorg. Zij vond het daarom noodzakelijk de term gezondheid te herdefiniëren en aan te passen aan deze tijd. Ze kaartte haar plan aan bij de Gezondheidsraad en ZonMw, die meteen het probleem herkenden. Samen met deze partijen organiseerde ze in 2009 een conferentie. Daarvoor werden allerlei deskundigen uitgenodigd, zoals sociologen, filosofen, artsen, beleidsmakers en iemand van de WHO, om over dit onderwerp te discussiëren. Deze bijeenkomst resulteerde in een nieuw dynamisch concept van gezondheid, namelijk 'gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven'.

Zes hoofdthema's

ZonMw gaf Huber de opdracht om het draagvlak voor dit concept te onderzoeken, door met patiënten, beleidsmakers en zorgverleners van allerlei disciplines daarover te praten. Een centrale vraag was tevens waar je gezondheid aan kunt aflezen. Huber, die in december vorig jaar op haar onderzoek promoveerde, vertelt dat patiënten heel anders over gezondheid denken dan bijvoorbeeld artsen en beleidsmakers. 'Voor patiënten gaat gezondheid over het hele leven, terwijl artsen en beleidsmakers vaak uitgaan van een biomedische interpretatie, namelijk de afwezigheid van ziekten.' De vele geïnterviewden noemden een grote verscheidenheid aan elementen die volgens hen kenmerkend zijn voor gezondheid. Huber bracht die onder in zes hoofdthema's: lichamelijke functies, mentale functies en beleving, de spirituele/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. 'Door deze thema's te gebruiken, kunnen we spraakverwarring voorkomen over wat nou gezond is. Niet dat een dokter iemand op al deze fronten hoeft te kunnen behandelen. Het gaat erom dat mensen het prettig vinden wanneer de behandelaar beseft dat er meerdere levensterreinen zijn die invloed kunnen hebben op hun welbevinden en gezondheid. Het medische domein en het domein van welzijn komen hier bij elkaar. Ik noem deze brede benadering positieve gezondheid, ter onderscheid van gezondheid als afwezigheid van ziekte.'

Verschuiven

Een van de deskundigen die Huber sprak voor haar onderzoek was Casper van Koppenhagen, revalidatiearts in De Hoogstraat. In 2013 promoveerde hij op een onderzoek naar onder meer de kwaliteit van leven van mensen met een dwarslaesie. Zijn kennis kon Huber goed gebruiken voor de uitwerking van haar concept. Tijdens het gesprek met Van Koppenhagen, en eveneens gedurende haar vele lezingen waar ook revalidatieartsen aanwezig waren, viel haar op dat de revalidatiesector eigenlijk al volgens de nieuwe definitie werkt. 'Als ik hierover praat, herkennen revalidatieartsen deze aanpak meteen. "Dit is gewoon de inhoud van ons vak", krijg ik dan te horen. Als mensen een ernstige ziekte of trauma hebben, dan verandert hun kijk op het leven en



Machteld Huber: 'Ik noem deze brede benadering positieve gezondheid'

gezondheid. Hun waardenpatroon gaat verschuiven. In de psychologie noemen ze dat de response shift. In de revalidatiegeneeskunde zie je dat heel goed. Revalidanten met een ernstige aandoening komen in het begin in een crisis terecht, maar wanneer ze goed worden begeleid, kunnen ze zich aanpassen aan de nieuwe situatie en de eigen regie in handen nemen. Dat is precies wat de revalidatiegeneeskunde nastreeft en waar de nieuwe definitie van gezondheid over gaat.'

ICF-model

Die response shift ziet revalidatiearts Van Koppenhagen ook bij zijn dwarslaesiepatiënten. Hij verbaast zich er soms over hoe deze revalidanten ondanks hun zware handicap in staat zijn een gelukkig bestaan op te bouwen. 'Je zou toch denken dat een dwarslaesie de gezondheidsbeleving in grote mate beïnvloedt. Maar als de situatie stabiel is en er bijvoorbeeld geen secundaire complicaties een rol spelen, zoals een blaasontsteking of pijn, dan lijkt het nauwelijks uit te maken hoe zwaar een handicap is. Als het je lukt om je leven op een andere manier te herwaarderen, wat helaas niet voor iedereen is weggelegd, dan ben je in staat weer gelukkig te worden. Het in eigen handen nemen van de regie geeft een enorme boost aan het zelfvertrouwen en daarmee aan het waarderingscijfer voor de eigen gezondheid. Daarom leggen we binnen de revalidatie de nadruk op zelfredzaamheid en autonomie, om revalidanten zo zelfstandig mogelijk te maken. Wij gaan uit van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Dit ICF-model kijkt niet alleen naar het functioneren van iemand, maar naar de gehele mens. Dit sluit mooi aan op de nieuwe definitie van gezondheid.' Van Koppenhagen weet vanuit zijn praktijk dat de behoefte aan zelfstandigheid niet voor alle culturen geldt. Binnen sommige culturen nemen de partner en eventueel de kinderen de zorg volledig over. 'Zij geven een andere invulling aan kwaliteit van leven. Dat moet je accepteren, ook dat is een eigen keuze.'

Opvoeden

Dat de nieuwe definitie van gezondheid uitgaat van de veerkracht en de eigen regie van mensen, zoals de revalidatie al jaren doet, juicht ook Eleonore Verhaak toe. Zij is revalidatiearts binnen het amputatieteam van ViaReva. Wel weet ze uit ervaring dat het lang niet voor iedereen is weggelegd om die eigen regie ook daadwerkelijk in handen te nemen. Ze pleit ervoor om mensen van jongs af aan daarin op te voeden. 'Oudere mensen zijn moeilijker leerbaar. Hun persoonlijkheid is in de loop der jaren gevormd en die verander je niet zo makkelijk meer. Jongeren daar-

entegen zijn flexibeler. Het zou goed zijn als wij hen dat idee van die positieve gezondheid bijbrengen en dat je tevreden moet zijn met wat je wel hebt. Dat het leven komt zoals het komt en dat je niet alles kunt sturen en beter kunt maken.' Verhaak ziet het als taak van de overheid en de zorgsector om mensen daarin geleidelijk op te voeden. Ze denkt daarbij bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van hulpmiddelen zoals apps die informatie bieden per aandoening. 'Dan hoeven de mensen niet te googlen en soms tot de meest waanzinnige conclusies te komen. Met zo'n app kunnen ze gericht het gesprek aangaan met de arts.'

Hip en happening

Machteld Huber heeft inmiddels een zogenaamd spinnenwebmodel ontwikkeld, waarin de zes genoemde hoofdthema's zijn verwerkt en waarmee artsen hun patiënten holistischer kunnen benaderen. In diverse werkgebieden wordt het concept opgepakt. Zo willen de GGD'en hun volksgezondheidsmonitor met dit model uitbreiden om mensen naar behoefte ondersteuning te kunnen bieden bij het versterken van hun veerkracht. Verder heeft de commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen van het Zorginstituut de contouren van het 'zorglandschap' anno 2030 geschetst, waarbij de nieuwe definitie een pijler vormde. Er wordt uitgegaan van het functioneren van mensen en niet van ziekte. Huber gaat het model doorontwikkelen en hoopt daarbij Nederland als proeftuin te kunnen gebruiken. Ook zou ze graag verder in gesprek willen met de revalidatiesector, die volgens haar dus een voorsprong heeft en daardoor een inspirerende werking kan hebben op andere zorgsectoren. Verhaak vindt dat een goed idee. 'Dan moeten die sectoren wel eerst zelf met dit concept aan de slag gaan. Bij eventuele vragen kunnen ze de revalidatiesector raadplegen.' Van Koppenhagen reageert met enige trots op het verzoek van Huber. 'De revalidatie werd altijd afgedaan als een grijs vak, maar ik denk dat we inmiddels hip en happening zijn. Het zou de gezondheidszorg helpen om volgens het ICF-model naar gezondheidsproblemen te kijken. Wij als revalidatiesector kunnen laten zien hoe we dat aanpakken. Dat we niet alleen kijken naar het fysieke functioneren, maar ook rekening houden met iemands persoonlijke situatie en de structurele veranderingen van zijn of haar dagelijkse activiteiten. Binnen de revalidatie hebben we daar goede ervaringen mee.'

Kijk voor meer informatie op www.revalidatiemagazine.nl.



Een hoogleraar in de revalidatie aan het woord

‘MS verloopt anders dan gedacht’

Door John Ekkelboom

Mensen met multiple sclerose (MS) vormen een relatief nieuwe groep voor de revalidatiegeneeskunde. Pas de laatste twintig jaar is steeds duidelijker geworden dat vroeger revalidatie belangrijk kan bijdragen aan de verbetering van hun dagelijkse functioneren. ‘De winst die je behaalt, kan echter weer verloren gaan doordat het een progressieve aandoening is. Je bent nooit klaar met revalideren’, zegt Vincent de Groot. Hij is hoogleraar revalidatiegeneeskunde bij het VUmc in Amsterdam. Voor zijn promotie startte hij in 1997 een onderzoek naar deze chronische ziekte van het centraal zenuwstelsel. Nog steeds volgt hij zijn patiëntencohort, dat hij destijds opbouwde. Dit heeft geleid tot interessante inzichten.

Zo zag hij dat MS-patiënten de eerste tien jaar na hun diagnose wel fysiek achteruitgaan maar gemiddeld veel minder dan altijd werd aangenomen. Eveneens opvallend is dat in die jaren cognitieve stoornissen bij de ruime meerderheid van de mensen geen rol spelen. ‘Uit de literatuur komt juist naar voren dat tragere verwerking van informatie, geheugenproblemen en concentratieverlies al vanaf het begin veel voorkomen, maar dat is dus niet zo. Onze patiënten presteerden net zo goed als een gezonde referentiegroep. Dit betekent dat de cognitieve functies pas in een latere fase achteruit kunnen gaan. Natuurlijk zijn er uitzonderingen. Enkele mensen krijgen er eerder last van als gevolg van een ernstige terugval door ontstekingshaarden in de hersenen.’ Wat volgens de hoogleraar wel snel een enorme impact heeft op het leven van MS-patiënten, is de vermoeidheid. ‘Die is bij zo’n 80 procent aanwezig, ongeacht de ernst van de neurologische verschijnselen. We onderzoeken nu of we met gerichte therapieën dat vermoeidheidsprobleem kunnen aanpakken.’

De Groot doelt op de zogenaamde multicenter TREFAMS-studie, bestaande uit drie afzonderlijke gerandomiseerde trials waaraan in totaal 270 MS-patiënten meedoen. De deelnemers zijn onderverdeeld in drie groepen, om drie verschillende experimentele therapieën afzonderlijk te kunnen onderzoeken. Binnen iedere groep krijgen zij óf een van deze therapieën óf een behandeling van een MS-verpleegkundige. Deze begeleidt hen bij het toepassen van schriftelijke adviezen over vermoeidheid. Bij de experimentele behandelingen gaat het om conditietraining door een fysiotherapeut, begeleiding door een ergotherapeut die mensen leert om zo efficiënt mogelijk om te gaan met de dagelijkse energie en cognitieve gedragstherapie door een psycholoog. De Groot: ‘Als iemand moe is, dan is dat een signaal om te rusten. Bij MS-patiënten geldt die alarmfunctie niet. Bij cognitieve gedragstherapie proberen we de patiënt meer te laten doen ondanks die vermoeidheid.’ Op dit moment worden de onderzoeksresultaten geanalyseerd.

Een andere bevinding na het volgen van het oorspronkelijke patiëntencohort is dat het lopen steeds meer energie kost. De oorzaak blijkt een



Foto: Inge Hontelbrink

Vincent de Groot (Alkmaar, 1971) studeerde geneeskunde aan het VU medisch centrum in Amsterdam. Daar bleef hij werkzaam, eerst als assistent-geneeskundige in opleiding tot klinisch onderzoeker (AGIKO), daarna als revalidatiearts, wat hij sinds 2014 combineert met het hoogleraarschap revalidatiegeneeskunde. Tot voor kort was hij lid van de wetenschapscommissie van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen en hij is bestuurslid van de internationale organisatie Rehabilitation in MS (RIMS). De Groot is getrouwd en heeft twee kinderen. Zijn hobby's zijn wielrennen en triathlon.

verminderde aansturing van de kuitspieren, waardoor de kracht van de afzet afneemt. De Groot onderzocht een nieuw type achterspalk van carbon en kevlar als hulpmiddel. ‘Deze werkt als een veer en geeft daardoor tijdens het lopen energie terug aan de patiënt. We zagen 9 procent energiebesparing, wat zeker waardevol is.’ Toch is De Groot nog niet tevreden, omdat de achterspalk het afzetten van de voeten niet normaliseert. Hij richt zich daarom alweer op een volgende manier van ondersteuning. ‘We kijken nu of we met functionele elektrostimulatie van de kuitspier die afzet kunnen verbeteren. Het is niet eenvoudig om te bepalen in welke fase van het lopen je de stroomstootjes moet toedienen. Vermoedelijk hebben we nu een optimale timing gevonden die we binnenkort bij patiënten gaan testen. Zo proberen we hun mobiliteit zo lang mogelijk te behouden.’

Geld voor de toekomst

Om zorginstellingen beter voor te bereiden op de toekomst, geeft het ministerie van VWS vier jaar lang subsidie. Het geld is bedoeld om het personeel beter te scholen en zo de kwaliteit van zorg te verbeteren. Ook revalidatiecentra konden een aanvraag indienen. • Door Alice Broeksma

De subsidieregeling heet Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg en loopt van 2014 tot 2017. Het ministerie vond de regeling noodzakelijk omdat de patiëntenzorg door toenemende vergrijzing en technologie steeds complexer wordt. Medewerkers kunnen door scholing beter worden toegerust om die complexe zorg te bieden.

Vorig jaar bedroeg het totale subsidiebudget 47 miljoen euro, een bedrag dat werd uitgekeerd aan 180 instellingen. Dit jaar werd het budget verhoogd naar 135 miljoen en voor de umc's werd daar nog eens 37 miljoen aan toegevoegd. De subsidie gaat naar instellingen die medisch-specialistische zorg leveren op basis van de Zorgverzekeringswet, zoals dus revalidatiecentra en ziekenhuizen, maar bijvoorbeeld ook dialyse- en epilepsiecentra. Voor toekenning heeft het ministerie gevraagd om een strategisch opleidingsplan, maar instellingen mogen zelf bepalen op welke manier het geld wordt ingezet. Volgens opgave van het ministerie maken elf revalidatiecentra gebruik van de regeling; dat is iets minder dan de helft. In hoeverre revalidatieafdelingen van ziekenhuizen van de subsidie profiteren is niet bekend.

Sneller kennis aanvullen

Roessingh Centrum voor Revalidatie is een van de centra die de subsidie heeft aangevraagd en ook heeft gekregen. Voor 2014 werd door het ministerie ongeveer 100.000 euro toegekend, en voor dit jaar ongeveer 300.000 euro. 'Binnen ons centrum was al aandacht voor het beter ondersteunen van onze medewerkers in hun professionele ontwikkeling, en de kwaliteitsimpuls sloot daar goed bij aan', zegt opleidingsadviseur Judith Klerks. Zij kreeg die rol in 2013, een jaar nadat Roessingh een nieuw opleidingsbeleid opzette vanuit de gedachte dat de revalidatiezorg een relatief klein maar zeer specialistisch vakgebied is. Klerks: 'Dit

betekent dat onze hbo- of wetenschappelijk geschoolde professionals na hun opleiding aanvullende kennis en vaardigheden nodig hebben om effectief en op het gewenste niveau binnen de revalidatie te kunnen opereren. De kwaliteitsimpuls stelt ons in staat de benodigde kennis en vaardigheden sneller aan te vullen dan met alleen de eigen middelen.' De medewerkers, zegt de opleidingsadviseur, zullen merken dat door de subsidie meer deskundigheidsbevordering mogelijk is en dat er tevens betere regie wordt gevoerd op benodigde en aanwezige kennis en vaardigheden.

Eigen deskundigheid gebruiken

Een belangrijke verbetering die al is doorgevoerd, is dat beter gebruik wordt gemaakt van de deskundigheid in eigen huis. 'Degenen die aanvullende kennis nodig hebben weten nog niet altijd waar die te vinden is. En zoeken dan externe scholing.' Door meer gebruik te maken van de al aanwezige kennis worden er nu méér mensen opgeleid met hetzelfde budget. Als voorbeeld noemt Judith Klerks de behoefte van paramedici aan motiverende gesprekstechnieken. Het gaat dan bijvoorbeeld om fysiotherapeuten en ergotherapeuten die meer handvatten wilden hebben om met patiënten te werken die weinig intrinsieke motivatie laten zien. 'De interne expertise werd aangesproken, iets wat in de afgelopen jaren niet veel gebeurde. In plaats van een klein aantal mensen naar een externe cursus te sturen, heeft onze vakgroep maatschappelijk werk hierover een basiscursus verzorgd. Motiverende gesprekstechniek hoort voor deze vakgroep namelijk tot de vakinhoudelijke kennis. De cursus omvatte een uiteenzetting van de theoretische achtergrond en vervolgens een aantal oefensessies.' Bijkomend voordeel van deze aanpak was een goede borging van de materie. 'Tijdens de training werd aangegeven dat men

‘De interne expertise werd aangesproken’

met vragen terecht kon bij eigen collega's, namelijk de maatschappelijk werkenden die de cursus gaven, en daardoor werden kennis en vaardigheden automatisch steviger geborgd in de multidisciplinaire teams.'

Feedback en ziekteverzuim

Ook het Rijnlands Revalidatie Centrum werkte al aan een nieuw strategisch opleidingsbeleid toen de kans op subsidie voorbij kwam. P&O-adviseur Harriët van der Meer vertelt dat er niet veel aanpassingen nodig waren om de subsidieaanvraag te doen. Haar centrum kreeg vorig jaar 75.000 euro van het ministerie, en ruim 200.000 euro over 2015, 2016 en 2017. 'We investeren het geld in opleidingen die de strategische doelen van de organisatie ondersteunen.' Een van die doelen is het werken volgens evidence-based practice (EBP). 'EBP gebruiken we als middel om excellente zorg te verlenen. EBP werken betekent dat de wetenschappelijke literatuur het kader is van de behandelingen die je geeft, waarbij je de wensen van de patiënt en je eigen expertise als behandelaar meeneemt in de keuze voor het behandelbeleid. Om bij alle behandelaren het evidence based werken te stimuleren, zijn onder meer aandachtfunctionarissen opgeleid. Deze medewerkers ondersteunen het behandelteam bij het werken volgens de principes van EBP.'

Medewerkers oefenen sinds vorig jaar ook met het geven en ontvangen van feedback. Dit sluit aan bij het geformuleerde gewenste gedrag van RRC-medewerkers. De trainingen worden gegeven door eigen medewerkers, die hiervoor zijn opgeleid. Door de subsidie kon verder onder meer een gedragsmatige aanpak van verzuim worden ingevoerd. 'Alle leidinggevendenden zijn getraind in het toepassen van deze aanpak. Door in gesprek te gaan met de medewerker die zich ziek meldt, feedback te geven en afspraken te maken. De evaluatie van de trainingen was positief.'

Uit de reacties van de deelnemers blijkt dat de nieuwe trainingen goed vallen binnen de teams. De vervolgsubsidie wordt gestoken in voortgang van de lopende projecten, met veel aandacht voor de evidence-based practice. 'En 2015 staat bij ons in het teken van het R-EPD. De medewerkers krijgen opleidingen in het kader van het nieuwe elektronische patiëntendossier. Ook hiervoor zijn interne trainers geworven en opgeleid.'

Versterken

ViaReva had eveneens al een opleidingsplan, los van de kwaliteitsimpuls. En ook hier kunnen door de subsidie - in 2014 ruim 46.000 euro, in 2015 ruim 129.000 euro - strategische doelen sneller worden bereikt. Communicatiemedewerker Karin van Norel wijst op de vijf hoofdthema's die de organisatie vaststelde: borgen van kennis en formatie en verbreding en overdracht van kennis, klant- en resultaatgericht werken, efficiëntie binnen het bedrijf, cultuuromslag en leiderschap, en veilig en gezond werken. 'ViaReva wil dat het leerbeleid integraal onderdeel gaat uitmaken van het organisatiebeleid. Dat leren gaat van een individueel proces naar een collectief proces. Leidinggevendenden stimuleren werknemers om zelf te bepalen hoe zij dit resultaat willen behalen, binnen de beschikbare mogelijkheden en middelen. Hierbij maken we gebruik van formeel opleiden met cursussen en trainingen, en ook van andere vormen van opleiden, door kennisoverdracht, werkplekleren, coaching, inter- en supervisie, feedback vragen en geven, enzovoorts. Deze leervormen zullen we met het subsidiegeld verder ontwikkelen.' Alledrie de organisaties zien de steun van het ministerie als een prachtige kans om de medewerkers en dus de organisatie te versterken. 'Revalidatiecentra draaien op specialistische kennis en vaardigheden. Daarin investeren is een manier om goed voorbereid de toekomst in te gaan.'



‘Noodzaak meer diabetesrevalidatie onomstreden’

Het Centrum voor Revalidatie van het UMCG biedt sinds vijftien jaar medisch-specialistische diabetesrevalidatie, naar eigen weten als enige in ons land. ‘Diabetesrevalidatie heeft een grote meerwaarde voor patiënt én verzekeraar,’ zegt Linda Faber, teamcoördinator en verpleegkundig consulent diabeteszorg. Zij pleit voor toepassing in revalidatiecentra in alle regio. Want hoe meer zelfmanagement en acceptatie, hoe beter er met de ziekte valt te leven. • Door Alice Broeksma

Waarom werd het revalidatieprogramma opgezet en waaruit bestaat het?

‘Vijftien jaar terug waren er eigenlijk geen goede revalidatieprogramma’s voor diabetespatiënten. Daarom heeft Thera Links, toen arts bij locatie Beatrixoord van het UMCG en nu hoogleraar endocrinologie, samen met het diabetes-team een serie dagbehandelingen opgezet. Hierin staat zelfmanagementeducatie centraal, het gaat erom dat patiënten goed leren omgaan met hun diabetes. Wij bieden tegenwoordig drie hoofdbehandelvormen. Poliklinische revalidatiebehandeling in groeps- of individuele vorm of klinische revalidatiebehandeling, afgestemd op de hulpvraag en de omstandigheden van de patiënt. Wie bij ons wordt aangemeld, krijgt een uitnodiging voor een intakegesprek. Op grond van een beoordeling door meerdere behandelaars wordt met de patiënt besproken welk behandelprogramma aangeboden kan worden.’

Wat is de meerwaarde van de behandeling?

‘Bij deze aandoening moet een patiënt veel beslissingen zelf nemen en dat vraagt nogal wat. Bloedglucosewaarden moeten zelf worden gecontroleerd, insuline gespoten, er moet verstandig worden gegeten en alles moet worden

afgestemd op de dagelijkse activiteiten. Dat gaat de een makkelijker af dan de ander. Voor wie er moeite mee heeft, een ervaren leerstijl heeft of meer begeleiding nodig heeft, helpt diabetesrevalidatie de aandoening beter in te passen in het leven. Dat helpt mensen om goed te blijven functioneren en het werkt preventief. Want verkeerd zelfmanagement kan leiden tot ernstige medische complicaties, zoals hart- en vaatziekten, zenuwaandoeningen of oogproblemen. En depressie komt bij diabetes twee keer vaker voor. Het kenmerkende van diabetesrevalidatie is dat we werken met een multidisciplinair team; in die gezamenlijke benadering schuilt de kracht. Ervarend leren en leren toepassen, omringd door gespecialiseerde behandelaars en door medepatiënten, met een gestructureerd programma en met sportfaciliteiten onder handbereik, geeft effecten. Diabetesrevalidatie heeft als resultaat dat patiënten beter in staat zijn de juiste zelfmanagementprincipes toe te passen.’

Het is niet zo eenvoudig om een nieuwe vorm van revalidatie erkend en vergoed te krijgen; is dit met diabetesrevalidatie wel gebeurd?

‘Jazeker. Gezondheidspsycholoog en diabetesonderzoeker Joost Keers

deed indertijd promotieonderzoek naar het effect van diabetesrevalidatie. Hij zag dat vijftien tot twintig procent van de patiënten worstelt met de symptomen van een 'diabetes burn-out'. De stress van het zoveel zelf moeten regelen wordt mensen dan te groot en de kans bestaat dat zij de zelfzorg gaan verwaarlozen, behandelaafspraken afzeggen. Een gevaarlijk verschijnsel dus. Keers observeerde verder dat mensen in het jaar voorafgaand aan hun revalidatie een veel hogere medische consumptie hadden dan een jaar ná de revalidatie, en dat het volgen van het revalidatieprogramma bijvoorbeeld resulteerde in minder opnames en minder bezoek aan een arts. Diabetesrevalidatie is vervolgens in 2007 erkend door het College voor Zorgverzekeringen en Revalidatie Nederland. Voor de behandeling is een doorverwijzing van een internist of endocrinoloog noodzakelijk. Wie niet onder behandeling is van een specialist, kan de huisarts vragen om doorverwijzing.'

Waarom wordt deze vorm van revalidatie niet algemeen aangeboden in ons land?

'Lastige vraag. In 2008 hebben wij een mini-symposium gehouden om diabetesrevalidatie onder de aandacht te brengen. Er was veel interesse. Tegenwoordig wordt de meerwaarde van preventie beter gezien. En de meeste revalidatiecentra behandelen natuurlijk wél mensen die door diabetes bijvoorbeeld een voetamputatie hebben moeten ondergaan. Maar naar wij weten wordt op dit moment nergens een vergelijkbaar revalidatieprogramma aangeboden. Of er binnen centra actief over diabetesrevalidatie wordt gesproken is ons onbekend. De enige oorzaak die ik kan bedenken is dat er door de bezuinigingen voor dit soort vernieuwingsprojecten geen geld wordt vrijgemaakt. Plus, voor deze revalidatie moet je ook een in diabetes gespecialiseerde arts en verpleegkundige in huis hebben. Maar dat is te regelen en de behandeling wordt ook vergoed, op basis van afspraken met de zorgverzekeraar. We moeten ons goed realiseren dat diabetes toeneemt in Nederland en dat de aandoening een grote impact heeft op het dagelijks leven. Veel complicaties ten gevolge van slechte regulatie van bloedglucosewaarden zijn te verminderen of te voorkomen, onder andere door goed zelfmanagement. Het zou mooi zijn als patiënten die meer nodig hebben dan poliklinische begeleiding in eigen regio naar diabetesrevalidatie kunnen gaan. Dat die behoefte er ook echt is blijkt uit de aanvragen die wij van patiënten krijgen uit het hele land, niet alleen uit onze eigen regio. Onze capaciteit is niet enorm, vorig jaar behandelden we ongeveer tweehonderd patiënten. Gegeven het toenemende aantal diabetespatiënten en de aangetoonde effectiviteit van de revalidatiebehandeling, is de noodzaak van méér diabetesrevalidatieaanbod in het gehele land onomstreden.'

Diabetes mellitus is een chronische aandoening waarbij er door een tekort aan insuline problemen zijn met het suikergehalte in het bloed. Ruim een miljoen Nederlanders heeft diabetes. Elke week horen 1000 mensen dat ze de aandoening hebben, evenveel mannen als vrouwen. Type 2 - dat vroeger 'ouderdomsdiabetes' heette, maar nu ook duidelijk in verband wordt gezien met overgewicht - komt het meeste voor: bij negen op de tien patiënten. Een kwart van de patiënten loopt zonder diagnose rond, zegt het Diabetes Fonds.

VLIEGEN

Als je mensen meemaakt in hun leven na de revalidatie, zet dat je aan het denken over de vraag of we ze daar tijdens de revalidatie wel voldoende op voorbereiden. Niet veel mensen lukt het om onbelemmerd te leven en hun grenzen op eigen kracht te verleggen. Maar ze zijn er wel.

Ik kreeg een mailtje van Chris, een van die oud-patiënten die ik al zo lang ken dat de band ook na mijn pensioen blijft bestaan. Hij vroeg of ik zin had om mee te vliegen. Chris is de enige Nederlandse piloot met een dwarslaesie, want in ons land krijg je met een dwarslaesie geen vliegbrevet. Chris heeft zich nooit door zijn dwarslaesie laten beperken, dus heeft hij zijn brevet in België gehaald. In zijn tweepersoons vliegtuigje vliegen we naar Texel om koffie te drinken met David Sykes, een Britse piloot met een dwarslaesie die in een microlight op weg is naar de Noordpool en op Texel een tussenlanding maakt. Hij is ook al eens naar Australië gevlogen in dat minuscule vliegtuigje. De twee mannen praten over oplossingen die ze bedacht hebben voor het vliegen met een handicap, maar vooral over de vrijheid die ze voelen als ze vliegen. Zo ken ik meer patiënten die hun dromen achterna gaan en die het op eigen kracht redden. Maar niet iedereen kan dat, veel mensen hebben er wat hulp bij nodig.

Op de terugweg vliegen we over Heliomare en vanuit de lucht zie ik een groepje handbikers de duinen in rijden. Gelukkig worden hier revalidanten voorbereid op hun leven na ontslag. Want in deze tijd van bezuinigingen moeten er keuzes worden gemaakt. En dan ligt het voor de hand om te kiezen voor puur functioneel trainen en niet voor het mentaal voorbereiden op een echt zelfstandig leven. De discussie over wat de essentie van revalidatie nou ook weer was, moet weer beginnen.

Hans Slootman



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

Begeleiding in de eerste lijn schiet tekort

Revalidatie van mensen die een beroerte hebben gehad, is erop gericht hen zo zelfstandig mogelijk in hun eigen omgeving te laten functioneren. Toch blijkt uit onderzoek dat voor 21 procent van de beroertepatiënten geldt dat hun gezondheid en mobiliteit significant verslechteren als ze uit een revalidatiecentrum worden ontslagen. De fysieke omgeving, zorgverleners uit de eerste lijn en angstige partners belemmeren hen om zelfstandig te blijven bewegen en naar buiten te gaan.

Ongeveer 90 procent van de mensen die een beroerte hebben overleefd, kunnen na hun revalidatie weer in zekere mate zelfstandig thuis gaan wonen. Meestal zijn er dan nog wel gevolgen van de beroerte, die het zelfstandig functioneren bemoeilijken. Denk bijvoorbeeld aan cognitieve problemen, vermoeidheid en problemen met lopen en balans. In de chronische fase na de revalidatie moeten mensen leren om in hun thuisomgeving om te gaan met deze beperkingen. Zij moeten hun revalidatie-resultaten zien te behouden en liefst verder verbeteren.

Patiënten krijgen het advies om zoveel mogelijk te bewegen na de revalidatie. Uit eerder onderzoek is geconcludeerd dat beperkingen op het

gebied van loopvaardigheid en daarmee het gebrek aan mobiliteit een groot probleem zijn na een beroerte en dat dit resulteert in een inactieve leefstijl. Dit leidt tot een neerwaartse spiraal waarin de fysieke activiteit steeds verder afneemt, de conditie achteruitgaat, de verzorgingsbehoefte toe- en de mate van zelfstandigheid afneemt. Mensen riskeren sociaal isolement en krijgen thuis niet de begeleiding die zij vanuit het revalidatiecentrum gewend zijn. In plaats van een multidisciplinair team dat zich continu met het verhogen van de zelfstandigheid bezighoudt, hebben ze nu te maken met gefragmenteerde zorg. In de chronische fase komen veel patiënten en naasten in een 'zwart gat' en missen zij ondersteuning. De eerstelijnszorg ervaren zij als versnipperd.

De huidige thuiszorg is vaak gericht op verzorgen en niet op het verder verzelfstandigen van de patiënt. De verschillende zorgverleners uit de eerste lijn waar de patiënt dagelijks mee te maken heeft, richten zich vooral op patiëntveiligheid. Dit leidt ertoe dat patiënten door zorgverleners en angstige partners worden ontmoedigd om te bewegen, bijvoorbeeld om valpartijen te voorkomen. Om terugval van de in het revalidatiecentrum opgebouwde zelfstandigheid bij patiënten te verminderen, moeten zorgverleners

uit de eerstelijnszorg een voorbeeld nemen aan de aanpak van revalidatiecentra: samenwerken in een multidisciplinair team en de patiënt zoveel mogelijk vanuit zijn kracht behandelen. Het revaliderend werken zou ook een plaats in de eerste lijn moeten krijgen. Revalidatie-instellingen zouden voortrekker kunnen worden in deskundigheidsbevordering van de thuiszorgwerkers. Ook zou een begeleidingsplan vanuit de revalidatiezorg voor de eerste en de nulde lijn helpen.

Daarnaast is een andere bekostigingsstructuur voor de eerstelijnszorg noodzakelijk. Om een multidisciplinaire aanpak te stimuleren, zou er een beloning moeten zijn voor eerstelijns zorgverleners die investeren in goede samenwerking. Dit zou de kwaliteit van leven van patiënten die thuis wonen en hun mantelzorgers zeer ten goede komen.

*Harriët Wittink,
lector Leefstijl en Gezondheid bij het Kenniscentrum
Innovatie van Zorgverlening van Hogeschool
Utrecht*

*Een verwijzing naar de literatuur waarop
dit Standpunt is gebaseerd, vindt u op
www.revalidatiemagazine.nl, 'Het Standpunt'.*

'De revalidatiesector moet veel actiever worden in het overdragen van revalidatiekennis naar de eerste lijn'

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



Met de stelling van de vorige keer - 'Revalidatie-instellingen houden kennis voor zichzelf en remmen daarmee innovatie' - was 74 procent het eens en 26 procent het oneens.

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

‘Revalidatie en paardrijden is een mooie combinatie’

WAT: THERAPIE MET PAARDEN VOOR KINDEREN BIJ REVALIDATIE FRIESLAND

WAAROM: EEN AANTREKKELIJKE EN ZINVOLLE AANVULLING BIJEN OP REGULIERE FYSIOTHERAPIE

WIE: REVALIDATIEARTS, FYSIOTHERAPEUTEN, PAARDRIJ-INSTRUCTEURS

GESPREK MET: STEFAN LUIS, FYSIOTHERAPEUT EN COÖRDINATOR VAN HET PAARDRIJDEN

Door Kitty Rotteveel

Hoe is het ontstaan: paardrijden als therapie?

‘De manege bestaat al 30 jaar, en is verbonden aan de mytylschool die bij het revalidatiecentrum staat. Er werd dus altijd al therapeutisch gereden. Bij een verbouwing in 2010 zijn de faciliteiten verbeterd, met onder meer tilliften en opstapmogelijkheden voor de ruiter. Als behandelteam zagen we hierdoor nog meer mogelijkheden om het paardrijden in te zetten voor therapeutische doelen, bijvoorbeeld voor houding en balans. Paardrijden biedt mogelijkheden die andere therapievormen niet bieden. Kinderen worden op een heel natuurlijke manier uitgedaagd om goed te zitten, balans te vinden, beide handen zoveel als mogelijk in te zetten. Daar kan geen andere oefening tegenop.’

Om welke kinderen gaat het?

‘De revalidatiearts indiceert en gaat bijvoorbeeld na of een kind voldoende zitbalans heeft om te kunnen paardrijden. Vervolgens stellen we een protocol op, met als aandachtspunten zithouding, balans, evenwicht, handfunctie en autonomie van het kind. De kinderen zitten dus op de mytylschool, en worden als ze een revalidatie-indicatie hebben behandeld in het revalidatiecentrum. De kinderen die paardrijden hebben bijvoorbeeld epilepsie, niet-aangeboren hersenletsel, cerebrale parese of een ander neurologisch of orthopedisch probleem. Daarnaast is er een groep kinderen met onverklaarde medische problematiek, zoals chronische pijn of vermoeidheid, die vaak niet naar school gaan. Zij revalideren twaalf weken bij ons intern, en rijden eenmaal per week paard.’

Hoe werkt het in de praktijk?

‘Het paardrijden wordt begeleid door geschoolde instructeurs. Als fysiotherapeut ga ik drie maal mee om de individuele doelstellingen te bespreken. Samen bekijken we wat een kind nodig heeft. We zoeken naar het juiste zadel,



Foto: Winout Blaauw

waarbij we streven naar zoveel mogelijk contact met het paard. Als het kind alle bewegingen van het paard voelt, vraagt dit om continue aanpassing waardoor de zithouding constant wordt gestimuleerd. De warmte en beweging van het paard geven ontspanning, waardoor training beter gaat. Rijden met een dekje is ideaal, maar soms is een tempurazadel de beste oplossing. De bovenbenen gaan in klittenband, en zo nodig is er iemand die achter het kind zit. Na deze beginfase werkt het kind verder met de instructeur en komen wij eenmaal per maand kijken hoe het gaat.’

En wat zijn de effecten?

‘Heel belangrijk, om te beginnen: je ziet de kinderen enorm genieten. Het is fantastisch om boven op een paard te zitten en het gevoel te hebben dat je de baas bent. Dit geeft de kinderen autonomie. Revalidatie en paardrijden is echt een heel mooie combinatie, maar het is lastig te

meten wat de effecten zijn. We hebben daarom een pilotonderzoek gedaan bij zes kinderen met spasticiteit. Daaruit bleek dat ze na een aantal weken paardrijden duidelijk beter scoorden op stoornisniveau en dat de spasticiteit afnam. Zo zien we ook bij kinderen met een scoliose of motorische dysbalans dat hun houding wordt gecorrigeerd. Bij kinderen bij wie de spieren van de bovenbenen zeer gespannen zijn, geeft het paardrijden ontspanning. Ik zie zelf in de praktijk dat kinderen ook op participatieniveau - dus in hun dagelijkse activiteiten - verbeteren. Zo behandelen we een jongen met een progressieve coördinatiestoornis. Hij volgt een vmbo-opleiding en vertelt dat het paardrijden hem helpt om de school te kunnen volhouden. Ik zou het prachtig vinden als veel meer kinderen van deze therapievorm konden profiteren. Daarom hopen we verder onderzoek te kunnen doen, zodat aangetoond kan worden dat juist ook op participatieniveau zoveel bereikt wordt.’



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
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

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



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



De kleinste oplossing voor de grootste vrijheid

SpeediCath® Compact: met meer gemak, veilig en discreet zelfcatheteriseren

Veiligheid: Hydrofiel gecoat, direct uit de verpakking in te brengen zonder aan te raken.

Gemak: Eenvoudig te openen en in te brengen door het ontwerp dat zorgt voor meer grip en controle, ook voor mensen met een verminderde handfunctie.

Discretie: Gemakkelijk en onopvallend opbergen, meenemen, gebruiken en weggooien door het unieke en compacte ontwerp.



HandbikeBattle

Coloplast, Hoofdsponsor HandbikeBattle





Stapper

Lopen

Stapper, ondersteuning bij mobiliteit

“Hoek
instelbaar”

“Terugloop
rem”

“Inklapbaar”

UNIEK!



Maatwerk

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

sales@kindermeubilair.nl
www.kindermeubilair.nl