

RM

RevalidatieMagazine

JAARGANG 22 | NUMMER 1 | MAART 2016



Medisch specialistische revalidatie afgebakend

Expertisegebied revalidatieverpleegkunde beschreven |
Een pakket transparantiemaatregelen | Nazorg bij hersenletsel volop in
beweging | Herschikking van taken door PA en VS | Volgende stap
exoskelet | Na de revalidatie: Peter Timofeeff

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.

'Net als ieder ander van mijn leeftijd was ik toe aan een eigen plekje waar ik zelfstandig kan wonen en zelf kan bepalen wat ik doe. In een Fokuswoning heb ik zelf de regie in handen en kan ik hulp inschakelen op de momenten dat ik dat wil. Dat geeft een veilig en vrij gevoel.'

Jasper, Fokuscliënt

Er zijn bijna 100 Fokus-projecten in meer dan 60 plaatsen in Nederland. Er is dus altijd een Fokus-project bij u in de buurt.

T (050) 521 7272

E [servicepunt@](mailto:servicepunt@fokuswonen.nl)

[fokuswonen.nl](mailto:servicepunt@fokuswonen.nl)

Kijk voor meer informatie op www.fokuswonen.nl

www.fokuswonen.nl

Optimale kwaliteit van leven

Een ziekte, ongeval of aangeboren aandoening kan leiden tot een leven met een lichamelijke beperking. Medisch specialistische revalidatie speelt dan een belangrijke rol. Deze zorg biedt een specifiek op de patiënt afgestemde, intensieve, behandeling. Bij deze behandeling zijn verschillende disciplines betrokken, zoals de revalidatiearts, de fysiotherapeut, de logopedist en de ergotherapeut. Het doel is optimaal herstel, zelfredzaamheid en weer deelnemen aan de maatschappij.



De leden van Revalidatie Nederland bieden met al hun locaties een dekkend landelijk netwerk voor medisch specialistische revalidatie van goede kwaliteit:

- Academisch Medisch Centrum
- Adelante
- Bravis ziekenhuis
- Capri Hartrevalidatie
- Ciran
- De Hoogstraat Revalidatie
- Heliomare Revalidatie
- Klimmendaal
- Laurentius Ziekenhuis
- Libra Revalidatie & Audiologie
- Maastricht Ziekenhuis
- Meander Medisch Centrum
- Merem Behandelcentra
- Militair Revalidatie Centrum Aardenburg
- Noordwest Ziekenhuisgroep
- OCA
- Radboudumc
- RAP Revalideren, Activeren, Participeren
- Reade
- Revalidatie Friesland
- Revant medisch specialistisch revalidatie
- Rijndam Revalidatie
- Rijnslands Revalidatie Centrum
- Roessingh, Centrum voor Revalidatie
- Saxenburgh Groep
- Sint Maartenskliniek
- Sophia Revalidatie
- Tolbrug
- Treant Zorggroep
- UMCG Centrum voor Revalidatie
- VieCuri Medisch Centrum
- Vogellanden, Centrum voor Revalidatie en Bijzondere Tandheelkunde
- VU medisch centrum
- Wilhelmina Ziekenhuis Assen
- Winnock Zorg
- Ziekenhuis St Jansdal
- Zuyderland

Meer informatie over medisch specialistische revalidatie: www.revalidatie.nl

Revalidatie Nederland, Oudlaan 4, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht, 030 2739384, info@revalidatie.nl

Revalidatie 
Nederland

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

Inhoud

REVALIDATIE MAGAZINE | JAARGANG 22 | NUMMER 1 | MAART 2016

Berichten 6

Column 7

Revalidatiegeneeskunde als science fiction?

Nazorg voor NAH-patiënt volop
in ontwikkeling 10

Medisch specialistische
revalidatie afgebakend 12

Column 16

Resultaten dwarslaesierevalidatie geschaad
door bezuinigingen elders

De Professor 17

Onzichtbare gevolgen zichtbaar maken

Innovatie op de kaart 19

'Herschikking van taken is een succes' 20

Analyse 22

'Revalidatiesector in stroomversnelling'

Classificatie onderbouwd 24

Volgende stap exoskelet 24

De specialisten 25

Eet- en voedingsteam



Verpleegkundige onmisbaar voor optimale therapie

De revalidatieverpleegkundige speelt een belangrijke rol in het revalidatieproces. Zij kennen de revalidant het beste kunnen hem actief stimuleren om aan zijn behandeldoelen te werken. De kennis en kunde van de revalidatieverpleegkundige is door V&VN vastgelegd.

4



Na de revalidatie Peter Timofeeff

De voormalig weerman van RTL4 kreeg een hersenbloeding. Tijdens zijn revalidatie moest hij opnieuw leren lopen en praten. 'Mijn omgeving vindt dat ik ben veranderd, maar ik vind de wereld eigenlijk veranderd'.

8



Parkinsonpatiënten leren 'groter' bewegen

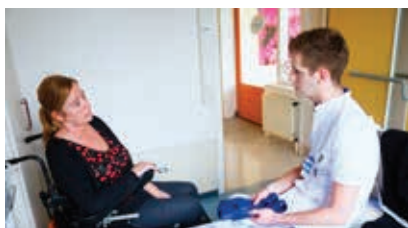
Het Amersfoortse ziekenhuis Meander Medisch Centrum zet sinds enige tijd bij Parkinsonrevalidatie een techniek in die 'groter bewegen' stimuleert. De resultaten zijn positief.

18

‘Verpleegkundige onmisbaar voor optimale therapie’

Wat is er specifiek aan het werk van een revalidatieverpleegkundige?
Brenda Fibicher, bestuurslid neurorevalidatie bij de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden V&VN en voorzitter van de vakgroep revalidatie daar, vat het samen: ‘De revalidatieverpleegkundige is een medebehandelaar die onmisbaar is om optimaal therapie te kunnen geven.’

TEKST Alice Broeksma BEELD Inge Hondebrink



Brenda Fibicher - ze is in het dagelijks leven operationeel manager verpleging bij de neurorevalidatieteam en het amputatieteam van Reade - omschrijft het werk van revalidatieverpleegkundigen: ‘Zij zien een revalidant in de 24-uurs setting van de kliniek en weten dus goed wat er speelt. Hierdoor hebben ze de rol van communicator naar de overige teamleden en de arts. Revalidatieverpleegkundigen zijn reflectieve professionals die helpen om de wereld van de revalidant weer te openen nadat die fysiek en

de verpleegkundige vervult binnen de revalidatiesector, en kan bijvoorbeeld helpen om de training van revalidatieverpleegkundigen gericht te kunnen invullen. Het is de bedoeling dat alle Nederlandse revalidatiecentra gaan werken met het document over het expertisegebied.’

Passie

Zelf zit Brenda Fibicher 28 jaar in het vak en de revalidatiesector is haar passie. ‘Vooral door de band die je kunt opbouwen met revalidanten en door de positieve insteek van revalidatie: mensen te ondersteunen bij de terugkeer in de maatschappij.’ De afgelopen jaren heeft zij grote veranderingen gezien. ‘Patiënten worden eerder uit het ziekenhuis ontslagen, en de zorgvraag ná het ziekenhuis in het revalidatiecentrum is complexer geworden. In de revalidatie ga je een zoektocht aan met de revalidant. Samen zoek je naar de prioriteiten, en naar de mogelijkheden. De revalidatieverpleegkundige maakt vanaf het begin alles mee, ziet hoe het ervoor staat en ondersteunt de revalidant. Daarmee speelt de verpleegkundige een onmisbare rol in het hele revalidatieproces.’

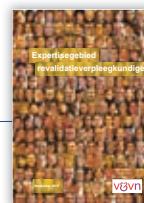
‘Samen zoek je naar de prioriteiten en mogelijkheden’

daardoor vaak ook psychisch getroffen is. Ze weten hoe ze revalidanten kunnen stimuleren om tijdens hun dagelijkse bezigheden verder te werken aan behandeldoelen. Dat vraagt een heel andere rol van de verpleegkundige dan binnen de andere werkelden.’

Document

Fibichers V&VN-vakgroep heeft dit soort kenmerken vastgelegd in het document Expertisegebied revalidatieverpleegkundige: een gedetailleerde beschrijving van de kennis en kunde van de revalidatieverpleegkundige. ‘Die beschrijving geeft inzicht in de rol die

> Lees hier het document *Expertisegebied revalidatieverpleegkundige*.





DE REVALIDATIEVERPLEEGKUNDIGE

‘Wij komen toe aan de mens’

Paul de Jong is revalidatieverpleegkundige op de afdeling neuro-revalidatie van Reade. Hij vindt zijn beroep prachtig. ‘Onze collega’s in het ziekenhuis ontfermen zich over de medische zaken tot iemand medisch stabiel is. Als revalidatieverpleegkundige heb je meer oog voor de zelfredzaamheid en de autonomie. Wij komen toe aan de mens.’ In het revalidatiecentrum wordt er gewerkt aan de stijgende lijn, en de multidisciplinaire aanpak is daarbij een noodzaak. ‘Als behandelaars heb je elkaar zó nodig. Met alle betrokkenen wordt er een maatplan opgesteld, om de revalidant zelfredzamer

te maken. Dit betekent in praktijk dat we de mensen uitdagen. Niet de hele tijd willen helpen, wel observeren welke obstakels er zijn en dan samen met de therapeuten bekijken waar het probleem vandaan komt, en wat eraan gedaan kan worden. Dus een revalidatieverpleegkundige moet zo nu en dan de handen achter de rug houden en observeren. Wij als revalidatieverpleegkundigen hebben een goed overzicht van wat er speelt bij de revalidant. Van de tijd die hij of zij bij ons doorbrengt zit misschien twintig procent in therapie, het overige deel wordt doorgebracht in de kliniek. Verpleegkundigen zien door de dag heen wat de aandachtspunten zijn.’ De revalidatieverpleegkundige, zegt De Jong, heeft zeker ook een psychosociale rol. Nieuwe patiënten beseffen vaak pas in het revalidatiecentrum wat hen echt is overkomen. ‘Dat is niet makkelijk om te zien, maar het is mooi om er dan te kunnen zijn. Voor hen is dat een belangrijk deel van de verpleging: ‘het ‘er zijn’.’ Op neurorevalidatie blijven revalidanten vaak een paar maanden tot een half jaar. ‘Dus kun je iemand echt leren kennen, ook de familie, en iedereen betrekken bij het revalidatieproces. ‘We werken heel cyclusmatig, en zetten lijntjes uit om er te komen. Iedere zes weken is er voor het team een punt van bezinning en wordt er samen met de revalidant en de familie een plan gemaakt voor de volgende periode. Je ziet in die tijd enorme vooruitgang. Dat is zó inspirerend.’



DE REVALIDANT

‘Echt werken aan herstel’

Marieke Heling werd in november vorig jaar getroffen door een herseninfarct en lag zes dagen in het ziekenhuis. De verpleegkundigen daar richtten zich puur op de dagelijkse zorg. Een fysiotherapeut kwam langs om Marieke te laten lopen met een looprek, ‘aan de verlamming in mijn arm werd in dat stadium niks gedaan.’ Een ergotherapeut had haar gevraagd om koffie te zetten ‘en dat ging’. Ze had gehoord over revalidatie bij Reade en vroeg het ziekenhuis of ze daar heen kon. ‘Ik had geluk, Reade had een bed vrij. Normaal lig je na een infarct zo twee weken in het ziekenhuis voor je door kunt. In het revalidatiecentrum werd ik meteen omringd door een heel team en dat heeft me erg gemotiveerd.’ Fysiotherapie werd ingezet, logopedie, ergotherapie en een psycholoog. Ook sport: zwemmen, en fietsen in het Vondelpark. Marieke zegt dat het echt werken aan herstel was, na eerst een periode van rouw over wat haar was overkomen. ‘Na dat eerste verdriet zag ik het belang aan de slag te gaan. Niet kletsen maar poetsen, focussen op wat je nog wél kunt. Niet blijven hangen dus, want daar word je niet vrolijk van. Ik wilde vooruit.’ De revalidatieverpleegkundigen omschrijft ze als ‘heel respectvol’, met een belangrijke bijdrage aan haar vooruitgang. ‘De therapeuten zie je meestal alleen tijdens de behandeling, maar de revalidatieverpleegkundigen zijn altijd in de buurt en helpen bij het hervinden van je zelfvertrouwen.’ Binnenkort mag Marieke naar huis. Dat zal echt niet altijd meevallen, weet ze wel, maar ze hoopt op het beste en zal een half jaar lang nog twee keer per week in Reade zijn voor back-up.

Samenwerking dwarslaesierevalidatie

De acht in dwarslaesie gespecialiseerde revalidatiecentra in ons land gaan steeds meer samenwerken. Zes van de acht centra maakten recentelijk twee aan twee afspraken hierover. In toenemende mate werken ze daarbij ook samen met niet-gespecialiseerde behandelcentra.

In oktober vorig jaar maakten De Hoogstraat Revalidatie in Utrecht en Rijndam Revalidatie in Rotterdam bekend dat ze vergaand gaan samenwerken, en onder meer behandelcapaciteit en expertise zullen uitwisselen.

In december werd naar buiten gebracht dat de gespecialiseerde centra Roessingh Revalidatie in Enschede en locatie Beatrixoord van het UMCG in Haren de samenwerking intensiveren met de niet gespecialiseerde centra Revalidatie Friesland in Beetsterzwaag en Vogellanden in Zwolle. Het moet er onder meer toe leiden dat revalidanten voor vervolgrevalidatie dichterbij huis terecht kunnen.

Eveneens in december lieten Heliomare Revalidatie in Wijk aan Zee en Reade in Amsterdam weten dat zij hun samenwerking uitbouwen. Samen willen ze een Noord-Hollands dwarslaesieteam vormen dat altijd bereikbaar is voor overleg en dat ook scholing biedt aan huisartsen en eerstelijns therapeuten, om de zorg daar te versterken.

Door meer kennisuitwisseling en door samenwerking op het gebied van onder meer onderzoek en opleiding willen de centra hun zorg doelmatiger en beter maken. Daarbij werken ze ook aan het versterken van de zorg dichterbij huis.

Zie ook de column van Jos Dekkers, voorzitter van Dwarslaesie Organisatie Nederland.

App na beenamputatie



Na een beenamputatie is het van groot belang om goed voor de stomp te zorgen. Want als die beschadigd raakt, wordt lopen met een prothese een probleem.

Revalidatieartsen van Rijndam Revalidatie in Rotterdam en van het UMC Groningen ontwikkelden een app hierover. De app informeert over de juiste manier om de huid van de stomp en de prothese te controleren. Foto's laten zien welke problemen kunnen ontstaan bij de stomp, zoals drukplekken of blaren. De alarmfunctie herinnert gebruikers er desgewenst elke dag aan dat ze hun stomp moeten controleren. Gebruikers kunnen relevante contactgegevens invoeren, bijvoorbeeld van hun orthopedisch instrumentmaker of revalidatiearts, zodat ze gemakkelijk contact kunnen leggen bij vragen. De app geeft ook algemene tips, bijvoorbeeld over het wassen van de stomp en het gebruik van de goede voet. Verder is er een inloopschema voor mensen die net een nieuwe prothese hebben. Op deze manier is alle belangrijke informatie overzichtelijk bij elkaar gebracht.

> *De app 'Beenamputatie en prothese' is gratis verkrijgbaar in de App Store en Google Play Store.*

Een pakket transparantiemaatregelen

2015 werd door minister Edith Schippers uitgeroepen tot het jaar van de transparantie. Revalidatie Nederland nam, in nauwe samenspraak met de Vereniging van Revalidatieartsen VRA, een hele serie maatregelen. Samen vormen ze het transparantiepakket.



Deze animatie geeft een overzicht. Maatregelen die langskomen: de ontwikkeling van een nieuwe bekostigingssystematiek op basis van behandelmodules, de Landelijke Databank Uitkomstmaten, prestatie-indicatoren, het Toetsingskader IGZ en certificering van het declaratieproces. Revalidatie Nederland werkt momenteel hard aan deze projecten. Samen zorgen ze voor transparantie in de revalidatiesector en maken in de toekomst zichtbaar welke zorg wordt geleverd, wat de kwaliteit is, wat het oplevert én wat het kost.

Versterken samenwerking met mantelzorgers loont

Onlangs is de eindrapportage van het project In voor Mantelzorg verschenen. Inzetten op meer samenwerking met mantelzorgers loont, aldus het rapport.

Binnen het project, dat werd uitgevoerd door Vilans en Movisie, werkten 80 zorgorganisaties aan het verstevigen van de samenwerking tussen beroepskrachten en mantelzorgers. Ook de revalidatie-instellingen Klimmendaal, Libra Revalidatie & Audiologie en Militair Revalidatie Centrum Aardenburg deden mee met verschillende projecten om de achterban van hun revalidanten meer in de revalidatie te betrekken. Het eindrapport concludeert dat het programma meer betrokkenheid bij mantelzorgers, meer mogelijkheden voor ondersteuning van cliënten en meer werkplezier voor zorgverleners heeft opgeleverd. Er is in de organisaties meer ruimte ontstaan voor inbreng van mantelzorgers. Er volgen nog verschillende publicaties, zoals een digitaal werkboek met instrumenten die organisaties kunnen gebruiken.

Kijk voor informatie op www.invoormantelzorg.nl

Eerder artikel over dit onderwerp in Revalidatie Magazine: Mantelzorgers en professionals bundelen krachten, september 2015



Revalidatiegeneeskunde als science fiction?

Revalidatiearts Nicole Voet werkt op de afdeling NAHersenletsel van Klimmendaal Revalidatiespecialisten in Arnhem. Voor het volgende RM zal zij een videoblog maken over haar werk met revalidanten met niet-aangeboren hersenletsel. In deze column een introductie.

‘Nicole Voet’, zeg ik terwijl ik de man voor mij de hand schudt. ‘Welkom op deze afdeling, ik ben uw behandelend revalidatiearts.’ ‘Dat is mooi’, zegt de man, ‘maar ik ga nu naar huis.’ Hij heeft zijn jas nog aan en maakt aanstalten om weg te lopen. Zijn vrouw, die op het bed zit, kijkt me smekend aan. Ik zie haar op haar lip bijten en haar handen knijpen in het dekbed. ‘Het is allemaal lief en aardig’, zegt de man, ‘maar met mij is niets aan de hand. Ik moet nu naar huis, ben al veel te lang weggeweest van mijn werk. Ze hebben me hard nodig.’ ‘Henk...’, probeert de vrouw. ‘Hou jij nu maar je mond’, snauwt Henk terwijl hij haar boos aankijkt.

ZIEKTE-INZICHT

Zomaar een moment uit mijn werkdag. Het klinkt misschien als een onprettige kennismaking, maar hier ligt wel een uitdaging. Henk heeft door een ongeval hersenletsel opgelopen en als gevolg daarvan ontbreekt onder andere alle ziekte-inzicht. Hij weet niet dat hij ziek is. Stelt u zichzelf eens voor: u wordt opgenomen in het ziekenhuis en op het moment dat u naar huis wil gaan, komt een dokter in een witte jas uw kamer binnenlopen. De dokter vertelt dat uw been gebroken is. Het been zal ingegipst worden, of erger nog, geopereerd, en u mag zes weken niet lopen, laat staan werken. Maar bij uw weten is er niets aan de hand, lopen lukt gewoon en u heeft ook geen pijn! Dat klinkt toch als een enge sciencefictionfilm?



Neuropsycholoog Danielle Boelen laat aan het team een test zien waarmee neglect wordt vastgesteld. De patiënt krijgt de vraag welke streep het langst is.

DUIDELIJK MAKEN

Toch overkomt het mensen met hersenletsel en afwezig ziekte-inzicht. Ze weten niet dat ze problemen hebben in geheugen, oriëntatie, planning of aandacht. Zoals een revalidant onlangs tegen mij verzuchtte: ‘Hoe moet ik nu weten wat ik vergeet?’ ‘Prima toch’, denkt u misschien, ‘als je niet weet dat je iets mankeert, hoef je er ook niet verdrietig om te zijn.’ Maar zo simpel is het niet. Zoals de partner van Henk mij smekend aankijkt omdat zij wel de veranderingen ervaart bij haar man, waaronder zijn korte lontje. En Henks werkgever is zeker niet gebaat bij zijn terugkeer, aangezien hij nog niet kan functioneren in zijn werk. De taak van het revalidatieteam is dan om

Henk langzaam duidelijk te maken wat er aan de hand is.

WAARDEVOL MIDDEL

Een waardevol middel in dit proces kan bijvoorbeeld het ‘assessment arbeid’ zijn. Dit is een uitgebreid onderzoek waarmee de gevolgen van een aandoening - in dit geval hersenletsel - op het functioneren in werk of op school worden vastgelegd. De beperkingen worden hierbij onverbiddelijk zichtbaar. Deze confrontatie kan pijnlijk zijn en met verdriet gepaard gaan, maar het leidt vaak wel tot een kantelpunt bij patiënten. En vervolgens kunnen zij wél gericht worden geholpen bij hun cognitieve problemen.

NEGLECT

Een ander ‘sciencefiction-fenomeen’ binnen de revalidatie is neglect. Dit is Engels voor verwaarlozing. Bij neglect is er door hersenschade minder tot geen aandacht voor een deel van de ruimte of een deel van het lichaam, meestal de linkerzijde. Dit leidt tot bijzondere situaties. Mensen eten maar de helft van het eten op hun bord op, of lopen stelselmatig tegen voorwerpen aan de linkerkant aan. Onlangs nog hoorde ik van een opvallend gesprek tijdens het eten tussen twee revalidanten, beiden met neglect voor links. De een zei tegen de ander: ‘Jij ziet niets aan de linkerkant, heb je dat wel door?’ Het klinkt als een slechte grap, maar het is harde realiteit. Het lijkt soms pure science fiction in de revalidatiegeneeskunde...

BENIEUWD NAAR DE BEHANDELING VAN NEGLECT?
KIJK DAN DE VOLGENDE KEER NAAR HET VIDEOBLOG VAN NICOLE VOET!



‘Onvoorstelbaar hoe
de therapeuten je
**vanuit niks weer alles
kunnen leren**’

Peter Timofeeff (65 jaar), voormalig weerman van RTL4, had dit zware weer niet zien aankomen: een hersenbloeding met zulke gevolgen dat hij in één keer met pensioen was. De impact was zo groot dat hij nog steeds moeilijk kan bevatten wat er allemaal is gebeurd. ‘Mijn omgeving vindt dat ik ben veranderd, maar ik vind de wereld eigenlijk veranderd.’

TEKST Anne Merkies BEELD Inge Hondebrink

Ik ben nu anderhalf jaar verder, maar ik word nog dagelijks geconfronteerd met het feit dat ik die bewuste zomerochtend ineens de wereld onder me weg voelde zakken. Gelukkig was het mooi weer, waardoor mijn vrouw, die in de tuin zat, mij hoorde roepen vanuit het openstaande slaapkamerraam. Daarna ging het razendsnel en voordat ik het wist, werd ik door de brandweer uit het raam getakeld. Van de weken erna weet ik niet veel meer. Ik herinner me nog wel dat de verpleegkundige in het revalidatiecentrum, waar ik na een week ziekenhuis terechtkwam, zei: “Peter, niets is meer vanzelfsprekend, alles is therapie.”

‘Door de hersenbloeding raakte mijn linkerhelft verlamd. Ik moest opnieuw leren praten en lopen. Ik kon niets meer. Mijn herse- nen registreerden ook niet wat ik met mijn linkeroog zag, dus als ik met mijn rolstoel linksaf wilde, stond daar ineens een muur die ik niet had gezien. Over het revalideren heb ik alleen maar lof. Ik vind het onvoorstelbaar hoe de therapeuten je vanuit niks alles weer kunnen leren. De momenten dat ik voor het eerst vanaf mijn bed zelfstandig in mijn rolstoel kon komen, dat ik mijn eigen billen weer kon afvegen, zelf de douchekraan kon bedienen, weer kon praten, die vergeet ik nooit meer. Ik was bloedfanatiek, wilde weer lopen, autorijden, golfen, maar had geen flauw idee of dat mogelijk was. Ik probeerde zo ver mogelijk te komen en dat is gelukt. De motoriek van mijn linker kant is wel veel minder dan rechts en ik heb geaccepteerd dat ik niet meer kan wat ik daarvoor kon.’

‘Wat ik heel moeilijk vind, is dat mijn omgeving zegt dat ik ben veranderd. Dat ik een korter lontje heb en veel emotioneler ben en

anders reageer op zaken. Ik voel dat eigenlijk zelf niet, dus ik vind dan dat zij anders op mij reageren. Dat is soms best frustrerend. Gelukkig hebben we het daar dan over en ik besef terdege dat het voor mijn vrouw en kinderen ingrijpend is, want zij hebben voor een deel een andere man en vader teruggekregen. Vooral prijs ik me gelukkig dat ik er nog ben, want het had heel anders kunnen aflopen. Als ik op straat word aangesproken door mensen die me herkennen - dit gebeurt nog dagelijks - en ze vragen hoe het met me gaat, dan zeg ik steevast: “Het gaat goed, ik kan nog heel veel en ik ben blij dat ik leef!”

Zie ook ‘Revalidatieartsen: wees actief betrokken’, over de veranderende nazorg bij niet-aangeboren hersenletsel.



PETER TIMOFEEFF:

‘Ik vind dat er meer aandacht moet komen voor de psychologische kant na een ziekte binnen de revalidatie’

‘Mijn vrouw heeft kort na mijn ontslag een driedaagse partnercursus gevolgd in het revalidatiecentrum, waar ze veel aan heeft gehad. Maar de impact van de veranderingen wordt vaak pas duidelijk nadat je weer terug bent in het ‘gewone leven’. En dan is een paar keer naar de psycholoog tijdens je revalidatie en een driedaagse partnercursus niet genoeg, vind ik. Daarom zie je ook dat veel mensen uit elkaar gaan nadat één van de partners ziek wordt.’ ‘Sinds vorig jaar zit ik in de cliëntenraad van het revalidatiecentrum. Ik heb dit gedaan uit dankbaarheid voor wat ze voor mij hebben betekend, maar ook om te pleiten voor betere psychologische ondersteuning bij de terugkeer naar huis en eenmaal thuis. Ik merkte tijdens een bijeenkomst van cliëntenraden van de verschillende revalidatiecentra dat dit een onderwerp is dat bij veel meer mensen speelt. Het zou mooi zijn als wij hier aandacht voor krijgen.’

Nazorg voor NAH-patiënt volop in ontwikkeling

De afgelopen tien jaar zijn diagnostiek en zorg bij niet-aangeboren hersenletsel (NAH) sterk verbeterd. Maar we zijn er nog niet: er wordt hard gewerkt aan een beter palet aan zorg in de chronische fase. De specialistische revalidatie zou daarbij een natuurlijke spin in het web kunnen en misschien wel moeten zijn.

TEKST Adri Bolt BEELD Inge Hondebrink



BURNOUT

Veel problemen ervaren patiënten bij wie het hersenletsel niet of pas later herkend wordt. Dat zijn vaak mensen die een trauma ondergingen, maar ook een TIA kan later gevolgen hebben. 'Die mensen hebben bijvoorbeeld emotionele of cognitieve klachten, of vertonen veranderd gedrag, maar er is geen diagnose. Het is hen onduidelijk wat er aan de hand is en waar ze terecht kunnen. In hun ervaring is de zorg niet goed geregeld.' Het is essentieel dat er dan een zorgvuldige diagnose gesteld wordt, zegt Visser. 'Zo lijken de klachten van licht traumatisch hersenletsel en van een burnout sterk op elkaar. Mensen zijn snel overbelast, eerder emotioneel, ze hebben geheugenproblemen. Wanneer iemand zich met dergelijke onduidelijke klachten meldt bij de huisarts, moet de patiënt worden verwezen. Als je weet dat iemand op het ijs is gevallen, is dat echt niet genoeg om de diagnose hersenletsel te stellen. Juist een goede cognitieve en lichamelijke diagnostiek zijn de kracht van de medisch specialistische revalidatie. Dat betekent ook een zo goed mogelijke inschatting van het verloop en van het leervermogen van de patiënt.'

SAMENWERKEN

Vervolgens is het belangrijk dat de aanbieders van revalidatiezorg goed samenwerken. 'De grote aanbieders zijn de medisch specialistische revalidatie in ziekenhuis en revalidatiecentrum, en de geriatrische revalidatie. Daarnaast zijn er fysio- en ergotherapeuten kleine multidisciplinaire teams in de eerste lijn. En er zijn nieuwe aanbieders. Organisaties als Professionals in NAH in de thuiszorg, [Hersenz](#) en de [herenletselcentra](#) in oprichting.' Hersenz biedt verschillende soorten behandelmodules om mensen in de chronische fase te leren omgaan met de gevolgen van hersenletsel. De hersenletselcentra worden opgericht vanuit patiëntenvereniging [Hersenletsel.nl](#), en willen vooral advies, informatie en lotgenotencontact bieden.

'De klachten van licht traumatisch hersenletsel en van burnout lijken sterk op elkaar'

'De term niet-aangeboren hersenletsel is veel te algemeen', begint Anne Visser-Meily het gesprek. Zij is revalidatiearts en hoogleraar revalidatiegeneeskunde bij het UMC Utrecht. 'NAH is geen medische diagnose.' Hersenletsel kan ontstaan door een CVA of door een trauma, zoals een val. Maar bijvoorbeeld ook door sommige medicatie voor kanker- of HIV-patiënten. Of door een hersentumor of reanimatie. 'Dat zijn sterk verschillende groepen, en de zorgketens voor deze groepen zitten anders in elkaar. Zo is er een goede leidraad voor de zorg voor CVA-patiënten. Die behandelt ook de overdracht naar de huisarts vanuit ziekenhuis of revalidatiecentrum, en de organisatie van de chronische zorg die daarop volgt. Momenteel wordt die leidraad gebruikt in een aantal pilotprojecten. 'Ook zag kort geleden de [Zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel](#) het licht.

OPNIEUW ORGANISEREN

Die organisaties moeten in gesprek blijven, vindt Visser. 'We moeten dat brede en lokaal heel verschillende aanbod doelmatig inzetten. Zo kunnen nieuwe aanbieders misschien een deel van de geprotocolleerde zorg in de chronische fase op zich gaan nemen. Het aanbod is zich helemaal opnieuw aan het organiseren, en het is belangrijk dat de revalidatieartsen als dé specialisten daar actief over nadenken en aan meewerken. Bijvoorbeeld door regionale overleggen te organiseren, en afspraken te maken over de ketenzorg voor verschillende patiëntengroepen. Daarbij moeten ook Hersenletsel.nl en ervaringsdeskundigen een rol krijgen. Hoe organiseren we het zo dat iedere patiënt de beste zorg krijgt? Het lastige is dat zorgverleners, zeker ook revalidatieartsen en huisartsen, al zwaar belast zijn. Dat maakt het moeilijk om dit soort extra stappen te zetten, maar het is nodig.'

ZORGKETENS

'De huidige zorg voor chronische NAH-patiënten is te gesegmenteerd', vindt ook Peter Brouwers. Brouwers werkt bij revalidatiecentrum Klimmendaal aan het opzetten van transmurale zorgketens rond NAH-patiënten. Daarnaast werkt hij voor De Onderwijsspecialisten, waar hij zich richt op de ontwikkeling van zorgprogramma's voor kinderen en jongeren met hersenletsel. 'Met de zorgketens willen we bij hulpverleners systematische aandacht kweken voor de niet-zichtbare gevolgen van hersenletsel bij patiënten in de chronische fase. Wanneer zij last krijgen van zaken als aandachtsproblemen, emotionele problemen, impulscontrole of chronische vermoeidheid moet dat snel herkend en behandeld worden.'

KWETSBARE BURGERS

Het opzetten van die regionale zorgketens gebeurt binnen een veranderend speelveld. Brouwers: 'De financiering van de zorg in de chronische fase loopt tegenwoordig deels via de gemeenten, via de Wmo. Het is belangrijk om mensen met hersenletsel te blijven volgen, want het ziekteverloop kan sterk wisselen, ook op lange termijn. En dat is tegenwoordig typisch een taak voor de gemeente, via de generalistische wijkteams. Die moeten weten wanneer ze de zorg moeten opschalen. Daarover praten we nu vanuit Klimmendaal, de Stichting NAH Gelderland en de CVA-keten Arnhem met de gemeente Arnhem. Wij willen de wijkteams voorzien van relevante expertise. Bij die gesprekken met gemeenten is het belangrijk om aan te geven dat het gaat om hernieuwde participatie van kwetsbare burgers.'

SIGNALERENDE ROL

'We zijn bezig met een overgang van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving', zet Brouwers de huidige, fluïde situatie in een breder perspectief. 'Vroeger ging de hulpverlening uit van de behoeften van de patiënt. Wanneer die bijvoorbeeld geen boodschappen kon doen, zocht men daar een oplossing voor. Dat is veranderd. Tegenwoordig gaat het om de driehoek patiënt – sociaal netwerk – professionele hulpverlening.' Dus moeten de revalidatiecentra het sociale netwerk er al in een vroeg stadium bij betrekken, vindt Brouwers. 'Binnen Klimmendaal zijn we bezig om de behandelprogramma's te actualiseren die zich met name richten op het creëren van voorwaarden voor kansrijke integratie, onder de naam NAHersenletsel. Ook denken we na over voorzetting van de behandeling thuis, bijvoorbeeld met behulp van IT. Het fieldlab NAH, waar

we met verschillende organisaties in onze regio samen werken aan innovatie binnen de zorg, is daar een goed voorbeeld van. Daarbij is ook de inzet van ervaringsdeskundigen belangrijk en richten we ons op een steunstructuur om zinvol te interveniëren. Daarvoor is 'waakvlamzorg' vanuit de gemeente essentieel, maar ook eerstelijns hulpverleners en het sociale netwerk kunnen die signalerende rol hebben.'

'Wij willen de wijkteams voorzien van relevante expertise'

LANGDURIGER

Anne Visser ziet een langduriger rol voor de revalidatiearts dan nu nog vaak het geval is. 'Mensen met ernstige klachten moeten langere tijd actief gemonitord worden door de arts. Dan kan het voorkomen dat je bijvoorbeeld drie jaar na de revalidatie tot de conclusie komt dat een periode van vervolgbehandeling nodig is. Dat kan medisch specialistische revalidatie zijn, maar ook een programma met een lage intensiteit dat elders wordt aangeboden. Om dit zo te realiseren, is het zaak dat er voldoende poliklinische capaciteit is, zodat artsen patiënten snel kunnen zien, ook in de chronische fase.' Dit alles met als doel de mensen met hersenletsel zo goed mogelijk opnieuw te laten functioneren in de samenleving. Hoe belangrijk dat is blijkt wel uit de cijfers. Jaarlijks lopen in Nederland zo'n 130.000 mensen hersenletsel op. Inclusief minimaal 19.000 kinderen en jongeren. 'Gelukkig functioneert een groot deel goed. We moeten onze zorg richten op de groep die het nodig heeft.'

'Revalidatiecentra moeten veel meer doen aan re-integratie'

Revalidatiecentra moeten wat mij betreft nog veel meer doen aan de overgang van behandeling naar thuis, dus aan re-integratie, stelt Peter Brouwers. 'De keuken thuis is niet de oefenkeuken van de ergotherapeut. Hoe zorg je ervoor dat de patiënt ook thuis zo zelfstandig mogelijk aan de slag kan? Gelukkig biedt de IT daarvoor steeds meer mogelijkheden. Zo kun je met de inzet van nieuwe technologieën de thuissituatie van de cliënt met hersenletsel observeren, en samen met de cliënt kijken hoe het er daar toe gaat.' Ook later na het ontslag moeten revalidatiecentra actiever blijven, vindt Brouwers: 'Ketenzorg en samenwerking met alle speelvelden, inclusief het sociale domein, is van groot belang. De revalidatiearts en/of huisarts ziet deze mensen vaak pas terug als de problemen zijn opgelopen. Dat heeft er ook mee te maken dat het zonder concrete aanleiding regelmatig monitoren van chronische patiënten niet onder de Zorgverzekeringswet valt, en dat de revalidatiecentra daar dus geen vergoeding voor krijgen. Daarom komen chronische patiënten vaak niet meer bij de arts als er geen lichamelijke problematiek is. En dat terwijl mensen met hersenletsel altijd zeggen: het begon pas echt toen ik weer thuis was.'

Medisch specialistische revalidatie afgebakend

Over wat medisch specialistische revalidatie precies inhoudt en welke patiënten daarvoor in aanmerking komen, lopen de meningen soms uiteen. Een position paper van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen en een rapport van Zorginstituut Nederland moeten daar nu meer helderheid in aanbrengen. Beide instanties hebben geprobeerd het vakgebied zo goed mogelijk af te bakenen.

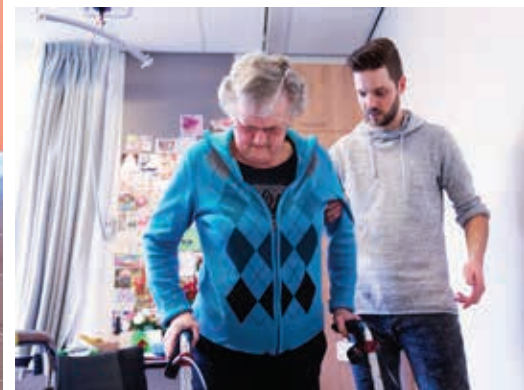
TEKST John Ekkelboom BEELD Inge Hondebrink

Revalidatie is een breed begrip. De term wordt bijvoorbeeld ook toegepast als een fysiotherapeut in de eerste lijn iemand begeleidt na een beenbreuk of operatie. Echter voor begeleiding na complexe aandoeningen is doorverwijzing naar een revalidatiecentrum gewenst. Daar wordt de patiënt behandeld door een interdisciplinair team onder leiding van een revalidatiearts. Maar wanneer is deze medisch specialistische revalidatie noodzakelijk en wat houdt die precies in? Volgens Johan de Wit en Marij van Eijndhoven, beiden adviseur bij de sector Zorg Dichtbij van Zorginstituut Nederland (ZiN), was het altijd moeilijk om een eenduidig antwoord op deze vraag te geven. Van Eijndhoven: 'Het kwam regelmatig voor dat verzekeraars, verzekeren en zorgaanbieders hierover in discussie gingen. Een patiënt werd dan bijvoorbeeld doorverwezen voor medisch specialistische revalidatie, maar volgens de ver-

zekeraar viel de geboden zorg daar dan niet onder en kon die ook niet als zodanig worden gedeclareerd. Wij hebben geprobeerd dat medisch specialistische vakgebied beter af te bakenen, zodat dergelijke discussies niet meer nodig zijn.'

Stijgende kosten

Van Eijndhoven doelt op het rapport Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden, dat ZiN - voorheen het College van Zorgverzekeringen - juni vorig jaar aan VWS-minister Edith Schippers heeft gepresenteerd. Projectleider De Wit benadrukt dat niet alleen de verwarring omtrent het begrip medisch specialistische revalidatie de aanleiding was voor dit rapport. 'We zagen ook dat de revalidatiezorg aan het veranderen is. Steeds meer mensen doen een beroep op deze zorg. Dit komt onder andere doordat patiënten met complexe beperkingen dankzij de medische technologie in leven blijven, het overheidsbeleid erop is gericht om mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen en patiënten sneller uit het ziekenhuis worden ontslagen. Verder zien we dat de kosten voor de medisch specialistische revalidatie de afgelopen jaren zijn gestegen, vooral voor indicaties rond chronische pijn en het bewe-



gingsapparaat. Dat hoeft niet per definitie slecht te zijn, maar het is uiteraard verstandig om dergelijke relatief kostbare zorg alleen in te zetten waar het echt nodig is.'

Interdisciplinaire zorg

Het ZiN-rapport is in nauw overleg tot stand gekomen met de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en brancheorganisatie Revalidatie Nederland (RN). Het geactualiseerde beroepskader voor revalidatieartsen, de VRA- en RN-nota over indicatiestelling en de discussies met beide partijen hebben volgens Van Eijndhoven erg geholpen bij het nauwkeurig duiden van de medisch specialistische revalidatie. 'In die documenten, die binnenkort verschijnen, is meegenomen wat dat specialisme inhoudt, welke fasen daarin zijn te onderscheiden, in welke setting een revalidatiearts werkt en wat complexe patiënten zijn die voor die interdisciplinaire zorg in aanmerking zouden moeten komen. Die informatie hebben we gebruikt voor ons rapport. Ook hebben we met een aantal fictieve casussen, waarover juist discussies zouden kunnen ontstaan, proberen aan te geven of een behandeling wel of geen medisch specialistische revalidatie is. Verder zijn wij ingegaan op de afbakening

'Het rapport gaat niet zozeer over **diagnosegroepen**, maar over **complexiteit**'

tussen de medisch specialistische revalidatie en andere vormen van revalidatiezorg en hebben we aangegeven dat er nog discussies spelen op het gebied van hart- en longrevalidatie. Daar willen we later nog op terugkomen.' De Wit vult aan dat het rapport niet zozeer over diagnosegroepen gaat, maar over de complexiteit van de patiënt. Hij denkt dat zorgverzekeraars met het rapport een goede handreiking hebben om voortaan individuele aanvragen beter te kunnen beoordelen. De reacties uit het veld zijn tot nu toe overwegend positief, weten beide ZiN-adviseurs.

Duidelijk: dit is medisch specialistische revalidatie



CORRIE LANKHAAR-VAN BALLEGOOIJEN (72) kreeg november vorig jaar plotseling een incomplete dwarslaesie als gevolg van een infectie. Ze herstelt weer langzaam, mede dankzij intensieve medisch specialistische revalidatie. 'Die dag had ik nog ruim een uur gewandeld met mijn schoondochter en daarna boodschappen gedaan. 's Avonds werd ik rillerig en voelde ik overal prikkelingen. Een aantal uren later kon ik niet meer plassen en zakte ik door mijn benen. De volgende ochtend lukte het me nog wel om met de auto naar de huisarts te gaan, maar even later lag ik in het ziekenhuis. Onderzoek toonde aan dat er zich een bacterie of virus had genesteld in mijn bovenste ruggenwervel. Uiteindelijk raakte ik vanaf mijn borst helemaal verlamd. Gelukkig bracht de neuroloog mij in contact met een revalidatiearts. Dat gaf goede hoop. In het revalidatiecentrum ging vanaf begin dit jaar een team van therapeuten met mij aan de slag. Ik moest eerst mijn tenen proberen te bewegen en vervolgens omrollen op een tafel, wat onnoemelijk zwaar was. Langzaam ging het beter. Ik kon op een gegeven moment zelfs in een rolstoel en scootmobiel rijden, zwemmen, staan en aardappels schillen en strijken. Binnenkort hoop ik met een rollator te lopen. Het is ongelooflijk wat ik na enkele maanden heb bereikt. De therapeuten werken heel nauw met elkaar samen, waardoor ze telkens perfect inspelen op de vorderingen die ik maak.'

Eigen vakgebied

Gelijktijdig aan dit proces van duiding van medisch specialistische revalidatie door het ZiN, was de VRA bezig met het opstellen van een position paper revalidatiegeneeskunde - deze kwam uit in april 2015 - over de positionering van haar eigen vakgebied. Dat maakte het overleg over en weer extra vruchtbaar. Hans Rietman, voorzitter van de VRA, directeur van Roessingh Research & Development en hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan de Universiteit Twente, vertelt dat hij en zijn collega's steeds vaker met de vraag werden geconfronteerd: wat is nou revalidatiegeneeskunde? 'Toen hebben we besloten om in een relatief kort stuk aan te geven wat ons bestaansrecht is en wat we de komende jaren willen bereiken. Bij deze exercitie is de hele VRA betrokken geweest,

met meerdere consultatieronden van de leden. Iedereen wilde dat er een goed stuk op tafel kwam. Er werd dan ook flink gediscussieerd.'

Identiteit

Rietman constateert dat de revalidatiegeneeskunde kampt met een identiteitsprobleem. Niet intern maar naar buiten toe. Zo merkt hij dat het essentieel is om als VRA-voorzitter tijdens de algemene ledenvergaderingen van de Federatie Medisch Specialisten - waarvan de VRA sinds 1 januari 2015 lid is - duidelijk uit te leggen wat de revalidatiegeneeskunde inhoudt. 'Je werkt steeds meer samen met collega-specialisten en dan is het noodzakelijk om aan te kunnen geven wat jouw rol in dat samenwerkingsverband is. Maar ook naar ZiN en andere spelers in de gezondheidszorg is het belangrijk te laten zien wat voor specialisme de revalidatiegeneeskunde is.'

Stepped care

Wat het specialisme inhoudt, staat nu nauwkeurig omschreven in de position paper. Rietman noemt enkele onderwerpen die hij van belang vindt. Zo wordt duidelijk dat de medisch specialistische reval-

En ja: ook dit is medisch specialistische revalidatie



OSCAR VAN KEULEN (30) kampt al dertien jaar met pijn. De afgelopen jaren bewoog hij het liefst zo min mogelijk. Gelukkig kwam kortgeleden definitief een einde aan deze hachelijke situatie na een revalidatieprogramma van tien weken. 'De pijn begon aan mijn rechterpols door computergebruik. Ik kwam toen op het briljante idee om met de linkerhand verder te gaan. Helaas kreeg ik aan die kant dezelfde soort pijn. De huisarts schakelde voor mij een fysiotherapeut in, maar ik had geen baat bij de behandelingen. Geleidelijk breidde de pijn zich uit naar mijn beide knieën. Ik durfde nauwelijks meer te bewegen en werd heel passief. De reumatoloog, die geen afwijkingen in mijn gewrichten kon vinden, verwees me door naar een revalidatiecentrum. Daar volgde ik een uitgebreid programma van tien weken onder begeleiding van een team bestaande uit een revalidatiearts, fysiotherapeut met pijnspecialisatie, ergotherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog, pijnconsulent en sporttherapeut. Ik kreeg heel veel oefeningen en uitleg over hoe pijn ontstaat en hoe je die door onbegrip en angst zelf steeds erger kunt maken. De pijn is niet helemaal weg, maar ik kan vrijwel alles weer. Ik woon weer op mijzelf na een tijdelijk verblijf bij mijn ouders en ik heb een baan gevonden als begeleider van mensen met autismespectrumstoornis. Mijn wereld is gelukkig totaal veranderd.'

lidatie functionele diagnostiek bedrijft volgens het ICF-model, dat staat voor International Classification of Functioning, Disability and Health. 'We kijken integraal naar de problematiek, de mogelijkheden en het ambitieniveau van onze patiënten - eigen regie en participatie staan hierbij centraal - om daarna op basis van de prognose de behandelmogelijkheden volgens het stepped care- model te bepalen. Mensen van wie in het diagnostisch traject blijkt dat ze geen specialistische hulp nodig hebben, verwijzen we dus terug naar de eerste lijn. Zo komen alleen de patiënten met complexe problematiek in aanmerking voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiebehandeling.'

Complex

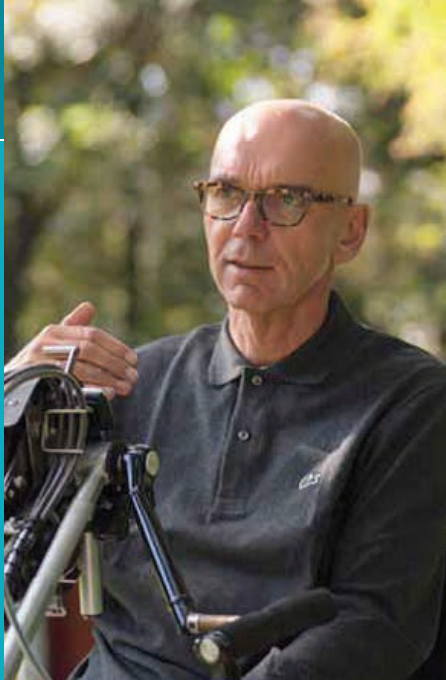
Wat complex is, staat volgens Rietman nu ook mooi omschreven in het ZiN-rapport, waar nodig met casuïstiek. 'Wij zijn tevreden met dat rapport. Nu is eindelijk duidelijk wat het verschil is tussen de lichtere vormen van revalidatie en medisch specialistische revalidatie. We hebben veel met de ZiN adviseurs gediscussieerd en gelukkig zijn we het uiteindelijk met elkaar eens geworden.'



Korte film van Revalidatie Nederland over medisch specialistische revalidatie

Eerdere artikelen over dit onderwerp in Revalidatie Magazine:

Op zoek naar nieuwe grenzen, maart 2007
Diagnoses op de grens, maart 2010



TEKST Jos Dekkers, voorzitter Dwarslaesie Organisatie Nederland

BEELD Larissa Kasbergen

COLUMN

Resultaten dwarslaesierevalidatie geschaad door bezuinigingen elders

De dwarslaesierevalidatie in ons land staat internationaal gezien op hoog niveau. En er wordt voortdurend gewerkt aan het verbeteren van de resultaten. Zo is in 2013 de Zorgstandaard Dwarslaesie tot stand gekomen en vervolgens in 2014 opgenomen in het register van het Zorginstituut Nederland. Op basis hiervan kopen zorgverzekeraars de klinische revalidatie alleen nog maar in bij één van de acht revalidatiecentra met een gespecialiseerde dwarslaesie-afdeling.

■ nmiddels bundelen zes van deze acht centra hun krachten twee aan twee, bijvoorbeeld door overname van elkaars wachtlijsten bij drukte en door samenwerking bij onderzoek: een kwaliteitsimpuls onder het motto 'de voordelen van schaalvergroting, zonder de nadelen van concentratie'. Inbreng van ervaringskennis is bij de meeste revalidatieprogramma's niet meer weg te denken, bijvoorbeeld door het groeiende gebruik van [Weer op Weg](#) als basiscursus voor klinische revalidanten.

Het gaat dus goed met de dwarslaesierevalidatie, maar: het uiteindelijke, blijvende resultaat ervan wordt in belangrijke mate bepaald door de beschikbaarheid van zorg en voorzieningen op andere terreinen. En daar pakken zich donkere wolken samen.

Zorgverzekeraars bezuinigen de laatste jaren fors op de inkoop van medische hulpmiddelen, zoals katheters. Medisch speciaalzaken voelen steeds meer druk om gebruikers te pushen om bijvoorbeeld minder vaak per dag te katheteriseren of om goedkopere producten te gebruiken. Er is niets tegen kostenbeheersing, zolang de gespecialiseerde revalidatiearts of continëntieverpleegkundige maar kan bepalen wat medisch noodzakelijk is. Dit is nu nog onvoldoende gewaarborgd.

De bezuiniging door gemeentes op de verstrekking van rolstoelen heeft ertoe geleid dat steeds meer mensen niet kunnen beschikken over het voor hen meest geschikte maatwerk. Bij het aanmeten en periodiek nauwkeurig afstellen van de rolstoel kan men vaak niet meer rekenen op de vereiste professionaliteit. Het is dringend noodzakelijk dat gespecialiseerde revalidatieartsen en ergotherapeuten een beslissende stem krijgen bij het voorschrijven van de meest geschikte rolstoel en het vereiste serviceniveau.

Een zorgwekkende ontwikkeling is verder dat bezuinigingen op de budgetten voor verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding en huishoudelijke hulp het zelfstandig functioneren, de maatschappelijke participatie en de eigen regie van steeds meer mensen met een dwarslaesie in gevaar brengen.

'Dan is er bijvoorbeeld geen geld meer voor weekendverlof met zorg thuis'

Ook in de revalidatie zelf is een zorgwekkende ontwikkeling gaande. Het is positief dat de duur van de klinische revalidatie de laatste decennia door specialisatie en verdere professionalisering met enkele maanden is ingekort. Een mooi voorbeeld dat kwaliteitsverbetering en kostenreductie kunnen samengaan. Maar de laatste jaren komen er steeds meer aanwijzingen dat de financiële ruimte voor de dwarslaesierevalidatie te krap dreigt te worden of dat stadium soms al heeft bereikt. Dan is er bijvoorbeeld geen geld meer voor weekendverlof met zorg thuis, terwijl dit van groot belang is als voorbereiding op het definitieve ontslag. Of er is te weinig budget om mensen met complexe decubitus op te nemen, terwijl de gespecialiseerde verpleging bij het revalidatiecentrum de kans op snel en goed herstel sterk vergroot. De cumulatie van deze ontwikkelingen vormt een serieuze bedreiging voor het uiteindelijke resultaat van de revalidatie. De kwaliteit van leven van mensen met een dwarslaesie is in het geding. Het wordt hoog tijd dat behandelaars en gespecialiseerde revalidatiecentra, samen met Dwarslaesie Organisatie Nederland, de noodklok luiden om deze trend te keren.

Onzichtbare gevolgen zichtbaar maken

TEKST John Ekkelboom BEELD Inge Hondebrink

Coen van Bennekom is blij dat mede dankzij de recente position paper van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) de arbeidsrevalidatie weer meer op de kaart komt te staan. 'Arbeidsrevalidatie is toch lange tijd een ondergeschoven kindje geweest, terwijl de revalidatie na de tweede wereldoorlog juist is ontstaan uit het terugbrengen van oorlogsslachtoffers naar de maatschappij, waarbij arbeid een centrale rol speelde.' Van Bennekom is sinds 2013 bijzonder hoogleraar in de Revalidatie en Arbeid aan de Universiteit van Amsterdam, met als aandachtspunt patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). 'Deze groep heeft het vaak extra moeilijk vanwege de onzichtbare cognitieve gevolgen van dat letsel, zoals taal- en geheugenstoornissen en verminderde concentratie en aandacht.'

Arbeidscoördinator

Heliomare, waar Van Bennekom revalidatiearts is, heeft een grote afdeling voor NAH-patiënten, die samen met de afdeling Arbeid het protocol arbeidsgelateerde revalidatie (AGR) voor deze doelgroep ontwikkelde. 'Al bij de opname krijgt het aspect arbeid bij ons de volle aandacht. Onze arbeidscoördinator neemt contact op met de patiënt en met zijn of haar werkgever en bedrijfsarts. Na overleg gaat ons multidisciplinaire team aan de slag en laat de patiënt arbeidsgerichte taken uitvoeren specifiek gericht op zijn of haar beroep. Hoe vroeger je begint, hoe groter de kans van slagen zal zijn later op de werkvloer.'

Arbeidsketen

Met zijn leerstoel probeert Van Bennekom de aandacht voor arbeidsrevalidatie in ons land te vergroten. Hij pleit voor het opzetten van een arbeidsketen. Deze keten begint al bij de acute zorg, loopt door naar de revalidatie en wordt uiteindelijk overgenomen door werkgever en bedrijfsarts. 'Revalidatie is een van de eerste schakels in de zorgketen en beschikt bij uitstek over middelen om arbeidsre-integratie te ondersteunen. Ons AGR-protocol is daar een mooi voorbeeld van.'

Ontwikkelfrof

De hoogleraar beschouwt zichzelf als een ontwikkelfrof die de arbeidsrevalidatie van NAH-patiënten niet alleen binnen zijn eigen sector onder de aandacht wil brengen, maar ook bij andere medisch specialisten, bedrijfsartsen en de politiek. 'Ik ben vooral bezig de onzichtbare problemen bij deze patiëntengroep zichtbaar te maken voor anderen, zodat de arbeidsre-integratie soepeler kan verlopen. Om dat te bewerkstelligen, hebben we vanuit het Coronel Instituut van het AMC de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie voor bedrijfs- en verzekeringsartsen ontwikkeld. Deze richtlijn beschrijft de diagnostiek, behandeling en begeleiding voor deze werknemers.'



Coen van Bennekom (Amsterdam, 1959) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. In 1995 promoveerde hij op onderzoek naar het Revalidatie Activiteiten Profiel (RAP). Hij volgde de opleiding tot revalidatiearts bij Heliomare en het VU medisch centrum. Sinds 1999 werkt hij als revalidatiearts in Heliomare, waar hij een grote poli voor NAH-patiënten en een R&D-afdeling heeft opgezet. Sinds 2013 is Van Bennekom daarnaast bijzonder hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam. Hij is getrouwd en heeft drie kinderen. Zijn hobby's zijn hardlopen en verzamelen van keramiek uit de jaren '50/'60. Binnen Heliomare fungeert hij als een soort vrijwillige helpdesk voor Apple-gebruikers.

We werken nu aan een update van alle interventies op dit gebied in opdracht van het UWV.'

Soepeler verloop

Een soepeler verloop van de arbeidsre-integratie is volgens hem mogelijk door na de revalidatieperiode een jobcoach in te schakelen voor NAH-patiënten. Een jobcoach gaat mee naar het werk en bewaakt de veiligheid en de inhoud daarvan. Deze gesprekspartner tussen patiënt en werkgever kijkt tevens waar de grenzen liggen van de patiënt, want vermoeidheid speelt vaak een grote rol. Van Bennekom zou graag het effect van hun hulpverlening willen onderzoeken, en is op zoek naar de nodige subsidie. Middels een landelijke enquête inventariseert hij al op welke wijze de arbeidsrevalidatie vormgegeven wordt bij de revalidatiecentra en ziekenhuis-afdelingen. 'Verder willen we weten wat de duurzaamheid is van arbeidsre-integratie. Ongeveer 80-90 procent van onze NAH-patiënten gaat weer terug naar het werk. We weten niet of ze dat volhouden. Ik kom regelmatig patiënten op de poli tegen die zijn vastgelopen. Onderzoek naar factoren die deze duurzaamheid bepalen is van groot belang.'



Parkinsonpatiënten leren 'groter' bewegen

Het Amersfoortse ziekenhuis Meander Medisch Centrum zet sinds enige tijd bij Parkinsonrevalidatie een techniek in die 'groter bewegen' stimuleert. Revalidatiearts Willem Oudegeest en zijn collega's zien de positieve resultaten.

TEKST Alice Broeksma **BEELD** Frank Noordanus, Meandermc

Deze techniek, LSVT BIG genaamd, is overgenomen uit Amerika. Uitgangspunt is het gegeven dat er bij Parkinson veel factoren meespelen. Dit verklaart ook dat niet elke Parkinsonpatiënt dezelfde symptomen heeft. Zo speelt bij de een stijfheid een grotere rol, bij de ander het beven. Op het stimuleren van bredere bewegingen reageren de hersenen positief, waardoor bij de revalidatie meer winst valt te behalen. Patiënten krijgen tijdens revalidatiesessies de instructie om bewegingen te overdrijven. Willem Oudegeest, ook voorzitter van de Parkinsonwerkgroep van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen en lid van de adviesraad van de Parkinson Vereniging, legt uit: 'Voor een Parkinsonpatiënt voelt nor-

maal bewegen vaak als 'te groot'. De patiënt verkleint die beweging dus en dat heeft nadelige gevolgen.'

Herijken

Dit geldt niet alleen voor lichaamsbewegingen, maar ook voor spraak. 'Een Parkinsonpatiënt kan denken dat hij of zij hard genoeg praat, en dat de toehoorder doof is. In werkelijkheid praat de patiënt te zacht of mompelt hij. Maar je kunt de hersenen 'herijken'. Door oefeningen zet je die weer in de 'default'-stand, zodat beweging of spraak kan worden genormaliseerd.' Ook voor fijne motoriek, de kleine bewegingen zoals een knoopje dichtdoen, speelt de BIG-



De Noor Anders Leines maakte een korte film over zijn ervaringen met de BIG-techniek.



Willem Oudegeest spreekt over Parkinsonrevalidatie tijdens de Wereld Parkinson Dag 2014.

training een positieve rol. 'Door het herijken met 'flicks': met kracht de armen uitslaan en de handen strekken. Als de patiënt die bewegingen maakt vóór het sluiten van het knooppje, gaat dat vervolgens makkelijker.' Dat deze aanpak inderdaad werkt en dat het effect aanhoudt is al wetenschappelijk beschreven.

Gemengde klachtenmix

Je kunt Parkinson zien als een versneld verouderingsproces, legt Oudegeest uit. Maar het is geen ouderdomsziekte, zoals veel mensen denken. Het begint meestal tussen de 50 en 60 jaar. Tien procent is rond de 40 en er zijn ook heel jonge Parkinsonpatiënten. Er is een gemengde klachtenmix met effect op bewegen, denken en voelen. 'Er is niet zoiets als één type Parkinsonpatiënt. Dat maakt dit tot een zeer diverse en complexe aandoening. Een aandoening waarbij je kunt kiezen om de ziekte de regie te geven, of meer naar de mogelijkheden van de patiënt zelf te kijken. Doe je het laatste, dan kom je snel bij de revalidatie terecht. Wij zeggen: het glas is half vol, niet half leeg. Er zijn nog mogelijkheden en houd je daar aan vast. En werk aan de zelfredzaamheid.'

Verval

De revalidatiearts benadrukt dat de BIG-techniek geen genezing geeft van Parkinson, want die is helaas nog niet in zicht en de ziekte wordt gekenmerkt door verval. 'Maar dat wil nog niet zeggen dat je dat verval op zijn beloop moet laten, dat is zó zonde. Met oefening kun je proberen functioneel te herstellen.' Begin wel zo vroeg mogelijk met de oefeningen, waarschuwt hij. 'Bij veel aandoeningen geldt dit, maar voor Parkinson zeker: use it or lose it. Want als we bewegen maken we ook weer nieuwe hersenbanen aan, en daarvan moeten we het wél hebben.'

Automatiseren

In de traditionele Parkinsonrevalidatie wordt vooral fysiotherapie ingezet, terwijl de patiënt juist ook gebaat is bij een multidisciplinaire aanpak, waarbij wordt gewerkt aan vloeiende bewegingen. 'De traditionele techniek bij Parkinson is cueing, bijvoorbeeld het met een metronoom tellen bij het maken van een beweging. Dat werkt maar beperkt. Want als je gaat tellen kun je bijvoorbeeld niet meer praten. En je ziet het effect bij het lopen met een stok. Een Parkinsonpatiënt kan die niet gebruiken in één vloeiende beweging: hij tilt de stok 'apart' op en zet die weer neer. Met de BIG-techniek wordt gewerkt aan het automatiseren van de beweging, doordat de basale kernen in de hersenen worden geprikkeld. Zo wordt de beweging geïnternaliseerd, zodat er ook niet bij nagedacht hoeft te worden. Dat is dus duidelijke winst in de dagelijkse situatie.'

Het beste medicijn

Oudegeest vertelt dat een goede training volgens een vast BIG-protocol verloopt: vier dagen lang een uur herijken en functietraining, zodat je wat je geleerd hebt ook kunt gaan gebruiken. Daarnaast blijvend dagelijks dertig minuten zelfstandig oefenen. 'Medicijnen neemt een Parkinsonpatiënt trouw, daarover zegt niemand 'dat sla ik een dag over'. Dat is ook heel belangrijk om te blijven doen. Maar bewegen is het beste medicijn voor functioneel herstel. Doe die oefeningen dus. Revalidatiegeneeskunde heeft deze patiëntgroep erg veel te bieden. En bij het toepassen van BIG zien wij bij Meander echt verschil. Inmiddels hebben we een pilot succesvol afgerond en is besloten is om de techniek verder uit te rollen.'

Innovatie op de kaart



Eind 2015 is het Innovatieprogramma Revalidatie officieel beëindigd. Om dat te vieren, bracht Revalidatie Nederland een ansichtkaartenboekje uit met foto's van RM-fotograaf Inge Hondebrink. De vormgeving werd verzorgd door Sophie van Kempen. In het boekje zitten vijftien kaarten die ieder een impressie geven van een innovatieproject, met een toelichting. Onder de titel: Kunst van het innoveren.

'De resultaten zijn uitgebreid en divers'

Het Innovatieprogramma Revalidatie liep vanaf 2009 en werd uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van ZonMw en Revalidatie Nederland. Doel van het programma was het vergroten van het innovatievermogen van de revalidatiesector. In veertien zogeheten implementatieprojecten zijn innovaties die eerder op kleine schaal al effectief waren gebleken breed ingevoerd in het land. Daarnaast waren er 35 projecten waarin op basis van wetenschappelijke inzichten innovaties zijn ontwikkeld. Het derde onderdeel van het innovatieprogramma was de ontwikkeling van www.revalidatiekennisnet.nl, een plaats waar revalidatieprofessionals kennis uitwisselen. Het kaartenboekje is gemaakt om aan de buitenwereld te laten zien dat de revalidatiesector met het innovatieprogramma veel heeft bereikt. Van robotondersteunde armtherapie tot datamonitoring bij jongvolwassenen en van invoering van behandelrichtlijnen in CVA-revalidatie tot een module voor onderzoek van het bewegingsapparaat bij kinderen: de resultaten zijn uitgebreid en divers. Het boekje is verspreid onder relaties, zoals zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit, het Zorginstituut Nederland en patiëntenverenigingen. De leden van Revalidatie Nederland, dus revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen, ontvingen exemplaren om te kunnen uitdelen.

Eerder artikel over dit onderwerp in Revalidatie Magazine: Innovatie in de praktijk - Resultaten van het Innovatieprogramma Revalidatie juni 2015



‘Herschikking van taken is een succes’



Vijftien jaar geleden begon de landelijke opleiding tot physician assistant (PA). Samen met de nurse practitioner - hier bekend als verpleegkundig specialist of VS - een nieuwe functie in de zorg. Daarmee moet de complexe zorg worden geconcentreerd, en de basiszorg gespreid. ‘Artsen moesten er soms aan wennen’, zegt Ludwine van Orsouw, zelf PA op de dwarslaesieafdeling van Reade. ‘Maar de taakherschikking wordt nu ten volle uitgevoerd.’

TEKST Alice Broeksma **BEELD** Inge Hondebrink

‘Verpleegkundig specialisten staan nog met één been in het verpleegkundig domein’, legt Ludwine van Orsouw uit. ‘En bij hen kan een revalidant terecht voor bijvoorbeeld continenzorg, vragen over seksualiteit, zorg voor wonden en nazorg.’ Als PA heeft van Orsouw, voorheen ergotherapeut, een heel eigen takenpakket. Haar werk in het revalidatiecentrum omvat bijvoorbeeld, naast stellen van indicaties en begeleiden van het revalidatieproces, het voorschrijven of stopzetten van receptgeneesmiddelen, kleine chirurgische ingrepen zoals het schoonmaken van decubituswonden. Ook katheterisatie en het geven van injecties kan tot de taken beho-

ren. ‘Binnen Reade zijn wij helemaal geaccepteerd als beroepsgroep in het medisch domein.’

Meer aandacht

Ludwine van Orsouw: ‘Het grote voordeel is dat PA’s en VS’en taken overnemen van de revalidatiearts. Taakverlichting dus, waardoor de arts meer ruimte heeft voor de hoog complexe zaken. Bijvoorbeeld bij dwarslaesie de beademingszorg en allerlei complexe medische problemen. Het voordeel voor de revalidant, en dus voor het revalidatiecentrum, is dat de toegankelijkheid tot de zorg wordt vergroot,

er ontstaan kortere wachttijden. Het is laagdrempelig en het creëert rust, er is meer tijd en aandacht voor revalidanten. Wij horen dat zij het gevoel hebben dat er beter naar hen wordt geluisterd.' Belangrijk natuurlijk is de vertrouwensrelatie tussen de specialist, in de revalidatie de revalidatiearts, en de PA of VS. PA's en VS'en werken binnen de eisen van de Wet BIG, en moeten 'bevoegd en bekwaam' handelen. In geval van twijfel zullen ze altijd overleggen met de arts.

Enthousiast

Zelf is Van Orsouw, die in 2012 afstudeerde als PA, enthousiast over de nieuwe taakinfilling. 'Ik had acht jaar gewerkt als ergotherapeut en het hele revalidatieproces was me al helemaal eigen. De PA-opleiding bood verdieping op medisch gebied en ik wilde dat graag, omdat je met die toevoeging echt het totale revalidatieproces kunt overzien. Als ergotherapeut help je een revalidant weer zo zelfstandig mogelijk te functioneren. Maar het medische aspect maakt het hele proces nog veel breder. Ik had een voorsprong door al op dezelfde dwarslaesieafdeling te werken, en wat ik heel fijn vond was dat ik ook een deel van de revalidanten al persoonlijk kende. Omdat de nieuwe taken nog niet vastlagen, mocht ik de functie ook zelf vormgeven, ontzettend leuk.'

Zaalarts

Van Orsouw voegt toe dat Reade nu kijkt naar uitbreiding van de mogelijkheden. De physician assistant bijvoorbeeld in zaalartsfunctie. 'Dat wordt nu gedaan door arts-assistenten, maar die zijn veel van de afdeling af en dus mis je dan continuïteit. Een physician assistant kan dat onder goede supervisie op zich nemen.' Het PASalaris is al gelijk aan dat van de arts-assistent in opleiding. Blij is Ludwine van Orsouw met de uitkomst van een recent onderzoek naar de overeenkomsten tussen pas afgestudeerde basisartsen en PA's: 'We blijken op een vergelijkbaar niveau te functioneren. Dat moedigt ons echt aan in ons werk en daar vaart de patiënt wel bij.'

'We horen dat zij het gevoel hebben dat er beter naar hen wordt geluisterd'

Takenpakket

Bij Reade werken nu vier afgestudeerde PA's en één PA in opleiding. Deze PA's werken in de teams voor dwarslaesie, niet-aangeboren hersenletsel, cardio, pijn en amputatie. Ludwine van Orsouw zegt dat er, afhankelijk van het budget, wordt gestreefd naar twee PA's per klinische afdeling. Dus zes in totaal 'en mogelijk nog meer'. Reade heeft twee verpleegkundig specialisten in opleiding. Eén met de aandachtsgebieden wonden/decubitus en seksualiteit, één met de aandachtsgebieden incontinentie en spasticiteit. Landelijk verschilt het sterk hoeveel PA's en VS'en worden ingezet in revalidatie-instellingen, en ook hun takenpakket verschilt. 'Dit is afhankelijk van het beleid van de instelling, de specifieke taken die voor substitutie in aanmerking komen en de gebleken bekwaamheid van de PA of VS, door opleiding en werkervaring. Het takenpakket kan door de tijd heen ook veranderen.'

WAT IS EEN PA, EN WAT IS EEN VS?

Om physician assistant te worden moet je een hbo-opleiding in de zorg hebben afgerond, bijvoorbeeld verpleegkunde of fysiotherapie, en minimaal twee jaar werkervaring hebben. Je kunt dan een masteropleiding van tweeënhalf jaar volgen aan een hbo. De PA kan taken overnemen van een huisarts of specialist. Bijvoorbeeld het lichamelijk onderzoek, het in kaart brengen van klachten, het stellen van een diagnose en het bepalen van de behandeling bij veel voorkomende, vaak chronische ziekten. PA's kunnen bepaalde medische ingrepen doen. De opleiding is generalistisch. Om verpleegkundig specialist - in het Engels nurse practitioner, NP - te worden moet je een verpleegkundige hbo-opleiding hebben afgerond en werkervaring hebben. Dan kun je de tweejarige opleiding volgen aan een hbo. VS'en worden opgeleid voor een van de volgende specialismen: chronische, preventieve, acute of intensieve zorg, of geestelijke gezondheidszorg. Een VS kan zich maar voor één specialisme laten registreren en is binnen de revalidatiegeneeskunde werkzaam op het gebied van chronische zorg.

WET BIG

Om deerschikking tussen zorgverleners landelijk mogelijk te maken was er in 2008 een eerste wijziging van de Wet BIG: Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Door het wegnemen van juridische belemmeringen kunnen verschillende beroepen hun taken makkelijker verdelen. Het nieuwe beroep van physician assistant (PA) is succesvol, zegt minister Edith Schippers van volksgezondheid op basis van een evaluatieonderzoek. Dit onderzoek werd uitgevoerd door Universiteit Maastricht samen met de opleidingsinstituten en onder andere de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA), artsenfederatie KNMG en stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg. Vanaf 1 januari 2012 mag de PA zelfstandig zogenoemde voorbehouden handelingen indiceren en uitvoeren, bij wijze van experiment. Omdat de PA nu effectief en doelmatig blijkt, wil de minister definitief bij wet BIG regelen dat de PA een groot deel van deze handelingen mag doen. Het gaat om het voorschrijven van medicijnen en om het uitvoeren of delegeren van katheterisatie, heelkundige handelingen, injecties en puncties. Voor een aantal andere voorbehouden handelingen, zoals endoscopieën en defibrillatie, is nog onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing gevonden om ze toe te voegen. Uit het onderzoek blijkt dat deze - deels levensreddende - handelingen wel plaatsvinden en dat hierbij geen negatieve bijeffecten zijn gevonden. Inmiddels zijn in overleg met de NAPA hierover kamervragen gesteld en streeft de minister naar onderbouwing in haar definitieve vaststelling voor 1 januari 2017.

Marien van der Meer werkt al vele jaren in de revalidatie; eerst als directeur van Revalidatie Nederland en recentelijk als bestuursvoorzitter van Sophia Revalidatie. Per maart verlaat ze de sector. Welke grote ontwikkelingen ziet zij, en hoe kan de sector daarop inspelen?

TEKST Adri Bolt

‘Revalidatiesector in stroomversnelling’

• ONTWIKKELING 1 •

De vraag wordt complexer

‘De vraag van onze patiënten is complexer geworden’, stelt Marien van der Meer. ‘Mensen worden sneller uit het ziekenhuis ontslagen en komen soms met grote trauma’s bij ons in de kliniek binnen. Daarnaast kunnen ziekenhuizen veel patiënten die vroeger zouden overlijden tegenwoordig langer in leven houden, bijvoorbeeld bij hartfalen of oncologische aandoeningen. Ook zij gaan revalideren. En steeds meer patiënten hebben meerdere aandoeningen. Ik voorzie dat de zorgvraag de komende jaren nog complexer wordt.’

• ONTWIKKELING 2 •

Informatietechnologie

‘Patiënten komen met nieuwe vragen. Ze willen digitaal inzage in hun dossier, zelf afspraken maken, zelf metingen doen en mailen met hun behandelaren. Dat zijn goede, interessante ontwikkelingen, maar ze vragen wel het een en ander van de sector. En aan de andere kant, de aanbodkant, zie je allerlei ontwikkelingen in eHealth. Daarom hebben we bij Sophia Revalidatie een SmartLab, waar we innovatieve producten testen die door het bedrijfsleven zijn ontwikkeld. Nu zijn die producten nog aanvullend op de zorg, maar ik verwacht dat ze de zorg deels gaan vervangen.’

• ONTWIKKELING 3 •

Beperkte groeimogelijkheden

‘De groeimogelijkheden van de revalidatiesector worden steeds beperkter. De sector groeide lange tijd zes procent per jaar. Sinds het kabinetsbeleid, gericht op daling van de groei van de kosten van de zorg en het landelijke hoofdlijnenakkoord is die groei drastisch ingeperkt, tot één procent. Als we vervolgens kijken naar andere sectoren zoals de Ggz en verpleeghuizen met productiedalingen van tien tot vijftien procent, dan moet de revalidatie alert blijven of er ook in deze sector geen verdere krimp gaat optreden.’

• ONTWIKKELING 4 •

Toenemende invloed zorgverzekeraars en banken

‘Zorgverzekeraars en banken krijgen meer invloed op de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Zo is er op dit moment veel aandacht voor transparant declareren in de Ggz en algemene ziekenhuizen. Dat is ook voor de revalidatiesector aan de orde. Declareren we wel volgens de landelijke richtlijnen? Het kan miljoenen kosten wanneer daar problemen ontstaan. Zo moeten we echt hard kunnen maken dat een revalidatiearts betrokken is geweest bij een consult, om die kosten te kunnen declareren. En de banken zijn steeds strikter als instellingen verliezen maken zonder voldoende reserves te hebben.’

• EN DE LAATSTE •

Toenemende concurrentie

‘De geriatrische revalidatiezorg (GRZ), aangeboden door verpleeghuizen, is bedoeld als aanvulling op de medisch specialistische revalidatie (MSR). Dit is maatschappelijk gezien een goede ontwikkeling, want de GRZ is goedkoper. In de praktijk ontstaat echter een risico op onjuiste concurrentie als de triage en her-triage van patiënten niet goed gebeurt. Zo zijn er in Den Haag zo’n vijfhonderd GRZ-bedden, met vorig jaar tien tot vijftien procent leegstand. Ter vergelijking: Sophia Revalidatie heeft tachtig MSR-bedden. Van al die leegstaande GRZ-bedden kan een prikkel uitgaan om een patiënt die eigenlijk naar een revalidatie-instelling zou moeten langer in zo’n bed te houden. Een tweede grote concurrent is de ‘anderhalfste lijn’. Wij hebben 80 fysiotherapeuten in dienst, maar om de hoek zitten grote fysiotherapiepraktijken die laagdrempelig en goedkoper fysiotherapie aanbieden. Hetzelfde geldt voor grote multidisciplinaire praktijken, met ergotherapeuten en psychologen, die actief zijn in de zorg voor kinderen. Ook hiervoor geldt dat dit goede ontwikkelingen zijn, maar dat we er wel alert op moeten zijn dat wij onze meerwaarde waarmaken en zichtbaar maken.’



MARIEN VAN DER MEER

Marien van der Meer (Doorn, 1966) studeerde bestuurskunde in Leiden en specialiseerde zich in ziekenhuismanagement. Ze werkte vijf jaar in het bedrijfsleven voor ze twintig jaar geleden overstapte naar de zorgsector. Een deel van de daaropvolgende tijd bracht ze door in de revalidatie-sector. Van 2004 tot 2007 was ze directeur van Revalidatie

Nederland. In 2012 werd ze voorzitter van de raad van bestuur van Sophia Revalidatie. Per maart verlaat Van der Meer de sector. Ze wordt lid van de raad van bestuur van het in kanker gespecialiseerde ziekenhuis Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam. Naast haar baan is Marien van der Meer 'ervaringscoach': ze begeleidt mensen in hun individuele leiderschapontwikkeling. Ze is getrouwd en moeder van drie kinderen. Persoonlijke inspiratie haalt ze uit haar gezin, kijken naar kunst, werken in haar tuin in De Bilt en varen op de Loosdrechtse Plassen.

• ANTWOORD 1 •

Focus op medisch specialistische revalidatie

'Als antwoord op deze ontwikkelingen moet de sector zich focussen op de complexe patiëntenzorg, op de overduidelijk medisch specialistische revalidatie', zegt Marien van der Meer. 'Dat is onze sterke kant. Daarbij is het belangrijk om te blijven investeren in onderzoek en innovatie, zoals in eHealth. Daarin lopen wij als revalidatiesector echt voorop. Probleem daarbij is dat onderzoek en innovatie niet in onze tarieven zit. Misschien moet er, net als bijvoorbeeld bij ziekenhuizen, een keurmerk komen waarmee revalidatie-instellingen die top-klinische zorg aanbieden door een combinatie van zorg, onderzoek en opleiding ook kunnen laten zien dat ze tot de top behoren.'

• ANTWOORD 2 •

Werk aan schaalvergroting

'De omzetten en reserves van de revalidatiecentra zijn klein, en dat maakt ons kwetsbaar. Landelijk is het budget voor medisch specialistische revalidatie zo'n 480 miljoen euro: net zoveel als van één groot algemeen ziekenhuis. Wanneer je als centrum een paar slechte jaren doormaakt, neemt de druk van de banken heel snel toe. Dat gebeurt op dit moment op een aantal plaatsen. Daarom moeten we naar grotere, financieel weerbaardere instellingen; een ontwikkeling die ook al gaande is. In zo'n instelling kun je geld sparen door je overhead te concentreren en schaalvergroting maakt je minder kwetsbaar op personeel gebied. Uitwisseling van behandelaren wordt mogelijk en kennisuitwisseling kan worden samengebracht. Belangrijk is ook dat je binnen die grotere instellingen de zorg voor bepaalde patiëntengroepen kunt concentreren. Dat komt de kwaliteit van die zorg ten goede. Daarbij is het wel belangrijk om lokale vestigingen open te houden, om de meer basale zorg voor chronische patiënten laagdrempelig te houden. Er is veel kritiek op schaalvergroting in de zorg, maar dat gaat over grote instellingen die nog verder fuseren. Wij behoren tot de kleintjes, en daar ligt het anders.'

• ANTWOORD 3 •

Realiseer slimmere bedrijfsvoering

'De middelen slinken, dus moeten we slimmer omgaan met de beschikbare middelen. 85 procent van de kosten zijn personeelskosten. Van dat personeel is de revalidatiearts relatief duur. Die kosten kun je beperken door meer mensen in te zetten die een deel van het werk van de revalidatieartsen kunnen overnemen. Ook een groter gebruik van informatietechnologie ligt voor de hand.'

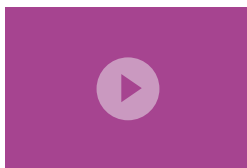
• ANTWOORD 4 •

Koester de cultuur

'Revalidatieprofessionals zijn enorm betrokken bij hun patiënten. De deskundigheid en de vriendelijkheid waarmee medewerkers hen ondersteunen is heel bijzonder. Het is belangrijk om dat vast te houden, al wordt de sector onvermijdelijk zakelijker. Dat vasthouden doe je om te beginnen door het te benoemen. Zo hebben we bij Sophia Revalidatie geïnvesteerd in een programma voor leiderschapontwikkeling, dat ook ingaat op de cultuur: hoe gaan we met elkaar om, wat werkt daarin, wat is daarin belangrijk? De resultaten zijn inspirerend.'



Classificatie onderbouwd



Revalidatiearts Viola Altmann is een autoriteit op het gebied van classificatie bij paralympische sporten. Ze ontwikkelde en onderzocht een systeem om dit proces objectiever te laten verlopen. Een belangrijke eerste stap naar een classificatie gebaseerd op wetenschappelijk bewijs.

Classificatie is een ingewikkeld en cruciaal element bij paralympische sporten. Het is immers de bedoeling dat de atleet wint die het meeste talent heeft en het best is voorbereid, en niet simpelweg de atleet met de minst ernstige beperkingen. Daarom worden atleten ingedeeld in groepen - klassen - met vergelijkbare beperkingen. Naarmate de professionaliteit van paralympische sporten toeneemt, neemt ook de behoefte aan betrouwbare classificatie toe. Viola Altmann, revalidatiearts bij de Sint Maartenskliniek en zelf ervaren classifieer, deed als eerste wetenschappelijk onderzoek naar een classificatiemethode voor paralympische sport.

Expert opinion

Altmann licht toe: 'Elke sport heeft een eigen classificatiesysteem, dat uitgaat van de expert opinion van classifiërs. Maar er is meer nodig dan dat om de classificatie op het gewenste niveau te krijgen. Daarom ben ik in 2009 met de afdeling research van de Sint Maartenskliniek onderzoek gaan doen naar verbetering van het classificatiesysteem voor rolstoelrugby.' De revalidatiearts ontwikkelde een nieuwe classificatiemethode voor beperkingen van de romp, de Trunk Impairment

Inge Hondebrink fotografeerde bij verschillende rolstoelrugby-evenementen, op verschillende plaatsen in de wereld. Een impressie. Op het eerste beeld: Viola Altmann in actie als classifieer.

Classification (TIC), die vervolgens is onderzocht. Daarbij bleek het systeem betrouwbaar - een atleet wordt steeds in dezelfde klasse ingedeeld, ongeacht de classifieer - en valide - de TIC meet daadwerkelijk rompbepkeringen en deze beperkingen hebben impact op het prestatievermogen in rolstoelrugby.

Eerste stap

Viola Altmann promoveerde eind vorig jaar op haar onderzoek, dat ze als goede eerste stap beschouwt:

'Meer onderzoek is nodig, zowel naar classificatie van armbeperkingen die eveneens een rol spelen in rolstoelrugby, als naar classificatiesystemen voor andere sporten. Er loopt nu ook al onderzoek op het gebied van zwemmen, atletiek, skiën en kanoën. Het is heel belangrijk dat we doorgaan op deze weg, zodat de paralympische sporten zich verder kunnen ontwikkelen. De sporters verdienen dat en het publiek ook, want de Paralympische Spelen zijn net zo spannend en mooi als de Olympische Spelen. En naarmate topsport voor mensen met een beperking zich ontwikkelt, zal ook de breedtesport groeien. Sporten is gezond voor iedereen, en nog meer voor deze groep. Je lijf hoeft echt niet perfect te zijn om te kunnen bewegen en trots te kunnen zijn op je prestaties!'

'Je lijf hoeft echt niet perfect te zijn om te kunnen bewegen en trots te kunnen zijn op je prestaties'

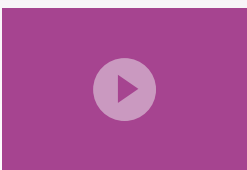
Volgende stap exoskelet

Voor het eerst in Nederland heeft iemand een eigen exoskelet: een robotpak waarmee onder meer mensen met een dwarslaesie kunnen staan en lopen. Ruben de Sain haalde eind vorig jaar de landelijke pers toen hij van de Sint Maartenskliniek zo'n pak twee weken te leen kreeg. Hij startte een crowdfundingactie om zelf een exoskelet te kunnen aanschaffen, met succes. In dit filmpje vertelt hij over zijn ervaringen. Ook revalidatiearts Ilse van Nes komt aan het woord. Zij gaat in op de therapeutische waarde van het exoskelet.

Eerdere stappen

Het exoskelet is in de Nederlandse revalidatiesector voor het eerst gebruikt door Reade. In 2012 liep presentator en spreker Marc de Hond met een testversie, bedoeld om te onderzoeken hoe techniek en gebruiksgemak verder konden worden

verbeterd. In 2014 was Heliomare het eerste revalidatiecentrum dat een exoskelet aanschafte om in te zetten in de revalidatie. Ruim 25 mensen hebben daar inmiddels getraind onder begeleiding van een fysiotherapeut. In een internationaal onderzoek worden de effecten van de training onderzocht.



Verdere stappen

Onlangs is aan Roessingh Research & Development en Saxion hogeschool 460.000 euro subsidie toegekend om een zacht exoskelet te ontwikkelen. Door in plaats van harde zachte materialen te gebruiken, moet het robotpak lichter en comfortabeler worden. Zo'n pak

kan ook voor andere toepassingen nuttig zijn, bijvoorbeeld bij loopproblemen na een CVA. Het project valt onder het Europese programma Horizon2020 en loopt drie jaar.

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

‘Voeding is zó belangrijk voor een kind’

WAT EET- EN VOEDINGSTEAM, MET ORTHOPEDAGOOG/GZ-PSYCHOLOOG, PRELOGOPEDISTEN EN REVALIDATIEARTS,

WAAR NODIG AANGEVULD MET ANDERE DISCIPLINES

WAAR REVALIDATIE FRIESLAND, BEETSTERZWAAG

WAAROM EET- EN VOEDINGSPROBLEMEN BIJ - MEESTAL

JONGE – KINDEREN SNEL EN GOED OPLOSSEN

AAN HET WOORD YVONNE STEL, LOGOPEDIST

KINDERREVALIDATIE

BEELD Winout Blaauw



Voor welke kinderen is jullie team er?

‘Voor kinderen die niet willen, kunnen, durven of mogen eten of drinken. Bijvoorbeeld kinderen die moeite hebben met de overgang naar andere texturen of smaken. Kinderen die een medische voorgeschiedenis hebben in relatie tot voeding; denk aan kinderen die negatieve ervaringen hebben opgedaan door het inbrengen en dragen van sondeslangen of beademingstubes. Kinderen die beperkt groeien en waarbij thuis stress is ontstaan rond het eten. Kinderen die langdurig sondevoeding krijgen. Kinderen die moeite hebben met afhappen, kauwen en slikken, door onvermogen en soms ook door angst bij ouders of kind voor verslikken of stikken.’

Hoe gaan jullie te werk?

‘Kinderen komen meestal op verwijzing van een huisarts, kinderarts of consultatiebureau-arts. We gaan dan met kind en ouders aan de slag volgens het protocol ‘verdraaid lekker en gezellig eten’, dat we zelf ontwikkelden. Dat gebeurt in drie fasen. Eerst brengen we in kaart welke problemen worden ervaren en welke voorgeschiedenis er is. Daarna onderzoeken we de situatie rond eten en drinken orthopedagogisch en logopedisch. We werken hierbij één op één met het kind, maar ook met kind en ouders. We kijken naar het hele plaatje: medische problemen, onderliggend trauma, mondmotoriek, totale ontwikkeling, ouder/kind-interactie. Hierna adviseert ons team over de behandeling en de behandelsetting. Dat kan de therapeutische peutergroep of dagbehandeling zijn, waarbij we zelf behandelen. Soms kunnen ouders en kinderen met enkele adviezen verder worden begeleid in de eerste lijn.’

Wat vinden jullie belangrijk in je aanpak?

‘De behandeling kan alleen succes hebben als de ouders inzicht hebben in de eet- en voedingsproblemen van hun kind en als zij de juiste begeleiding krijgen om thuis met vertrouwen verder te kunnen. We betrekken ouders daarom nauw bij de behandeling, geven psycho-educatie en bespreken met hen video-opnamen die thuis zijn gemaakt. Kenmerkend is ook dat we werken aan heel kleine, realistische doelen, zodat ouder en kind succeservaringen opdoen. Voor het kind is het bijvoorbeeld belangrijk dat we niet alleen aandacht hebben voor de mondmotorische mogelijkheden, maar ook voor de sensorische informatieverwerking - hoe komt zintuiglijke informatie binnen en hoe wordt die verwerkt? - en dat we bij onderliggende trauma's EMDR of preverbale EMDR toepassen voordat we met behandelen beginnen. EMDR staat voor Eye Movement Desensitization. Het is een bewezen effectieve methode bij trauma's.’

Noem eens een paar voorbeelden?

‘Soms kan het heel snel gaan. Zo was een schoolgaand meisje met angst voor bepaalde voeding na twee EMDR-sessies van die angst af, zodat ze weer volwaardig kon eten. Meestal zijn er meer behandel sessies nodig. Neem het voorbeeld van een kleuter met zeer selectief eetgedrag, deels sondevoeding en

een ervaringstekort in kauwen. We begonnen met experimenteren met vaste voeding en gewenning aan verschillende texturen, en gebruikten daarbij visuele ondersteuning. Daarna werd kauwen aangeleerd en getraind. Steeds zetten we kleine stapjes, waarbij van het kind maar één verandering per keer werd verwacht. Zo werkten we in een periode van enkele maanden toe naar steeds grotere hoeveelheden en een hoger eettempo, waardoor sondevoeding niet meer nodig was. Tijdens dit hele proces was er nauwe afstemming met ouders en andere betrokkenen.’

Wat geeft je de meeste voldoening in je werk?

‘Goed eten en drinken is natuurlijk voorwaarde voor een gezonde ontwikkeling. Als bij kinderen door medische of andere redenen eet- en voedingsproblemen ontstaan, gaat dat bij hen vaak samen met afweer en angst. Bij de ouders brengt dat weer stress en frustratie teweeg; ouders kunnen echt ten einde raad zijn. Hierdoor komt de ouder/kindrelatie onder druk te staan, wat ook weer de ontwikkeling van het kind in gevaar kan brengen. Het geeft veel voldoening als wij ouders en kind kunnen helpen om in hun kracht te komen, en om plezier te beleven aan de eetmomenten. Dan kan het gezin weer ontspannen samen eten en krijgt het kind voldoende en gevarieerde voeding binnen, waardoor fysieke en mentale groei mogelijk is.’



‘Op een bepaald moment was mijn geduld op en heb ik een second opinion aangevraagd. Ik heb er geen seconde spijt van gehad.’



Lees het volledige verhaal van Henk Schouten

Second opinion

Henk Schouten heeft jarenlang als accountmanager in de grafische sector gewerkt. Zijn favoriete bezigheid is schilderen vanuit zijn eigen Atelier Mirakel. Henk kwam naar De Hoogstraat Orthopedietechniek omdat zijn vorige behandelaars geen oplossing meer zagen voor de problemen met de prothesekoker. Bij De Hoogstraat werd op korte termijn een passende oplossing gerealiseerd. Henk loopt daar nu met gemak vele kilometers mee, zonder pijnklachten.

De Hoogstraat
Orthopedietechniek

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

De kracht van de aanpassing