

A man with white, wavy hair and a mustache is playing table tennis. He is wearing a dark blue and grey striped long-sleeved shirt. He is holding a red table tennis paddle and is about to hit a yellow ball. The background is blurred, showing an outdoor setting with greenery and a building.

RM

RevalidatieMagazine

JAARGANG 22 | NUMMER 2 | JUNI 2016

Breedte- en topsport in het revalidatiecentrum

'Revalidatie werkt heel goed bij DCD' | Evidence-based practice |
Inspectie: 'De sector stelt zich open en lerend op' | Stand van zaken
telerevalidatie | Na de revalidatie: Annemarie van der Sar |
Verantwoord declareren

Second opinion



'Bij De Hoogstraat was de aandoening van Jeemie geen bijzonderheid en wisten ze waarover ze spraken.'

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



Bekijk hier de verhalen van onze klanten.

De Hoogstraat
Orthopedietechniek

030 258 1811

www.dehoogstraatorthopedietechniek.nl

oth@dehoogstraat.nl

De kracht van de aanpassing

LEES Revalidatie Magazine ALS EERSTE!

Schrijf u in voor de **nieuwsbrief** en u bent als eerste op de hoogte als een **nieuwe editie** is verschenen.

INSCHRIJVEN



RevalidatieMagazine

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

Fokus

Er zijn bijna
100 Fokusprojecten
in meer dan 60 plaatsen
in Nederland. Er is dus altijd
een Fokusproject 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, Fokusclient



Fokus verleent assistentie bij algemene
dagelijkse levensverrichtingen (ADL), 24 uur
per dag, 7 dagen per week. Dat doen we in
een aangepaste woning die de cliënt huurt
van de woningcorporatie. De assistentie
verlenen we wanneer de cliënt dat wil, op
hun afroep en aanwijzing. Op die manier kan
de cliënt in alle vrijheid wonen en leven zoals
hij of zij dat wil.

www.fokuswonen.nl

Inhoud

Wilt u reageren op RM?
Hebt u een idee voor een artikel?

De redactie hoort het graag:
rm@revalidatie.nl.

REVALIDATIE MAGAZINE | JAARGANG 22 | NUMMER 2 | JUNI 2016

Verantwoord declarere	6
Column	9
Verwezenlijk dromen!	
'De echte cultuuromslag moet nog komen'	10
Vlog	12
Als de halve wereld niet meer lijkt te bestaan	
Virtueel de hond uitlaten	13
Blijven innoveren, dat is de kunst	13
Kinderrevalidatie leuker maken	14
De Professor	15
Clemens Rommers	
Fitter en mentaal sterker dankzij sport	16
'Doorzetten is mijn kracht en mijn valkuil'	19
'De sector stelt zich open en lerend op'	20
Streven naar het beste resultaat	24
'Dat ene plan is echt belangrijk'	26
De specialisten	27
De muziektherapeut	



'Revalidatie werkt heel goed bij DCD'

Kinderen met ontwikkelstoornis DCD kunnen soms slecht meekomen met hun leeftijdsgenootjes. Revalidatie kan deze kinderen helpen weer op het goede spoor terecht te komen. Daarvoor moet de aandoening wel aan bekendheid winnen.

TEKST Alice Broeksma

4



Na de revalidatie Annemarie van der Sar

Annemarie van der Sar merkte tijdens haar revalidatie hoe belangrijk bewegen was voor haar herstel. Nu zet ze zich in voor de Edwin van der Sar Foundation om mensen met NAH te helpen in beweging te blijven.

TEKST Anne Merkies

10



'Eigen regie van groot belang'

Na een dwarslaesie verandert je leven enorm. Dankzij revalidatie lukt het veel patiënten toch heel goed hun leven weer op te pakken. Een deel heeft hier echter meer moeite mee. Nieuw onderzoek moet aantonen wat voor hen de obstakels zijn en hoe deze uit de weg geruimd kunnen worden. Tijdens de Dwarslaesie Challenge Week werd hiervoor geld ingezameld.

TEKST Alice Broeksma

24

‘Revalidatie werkt heel goed bij DCD’

Sommige kinderen redden zich minder soepel in het dagelijks bestaan.

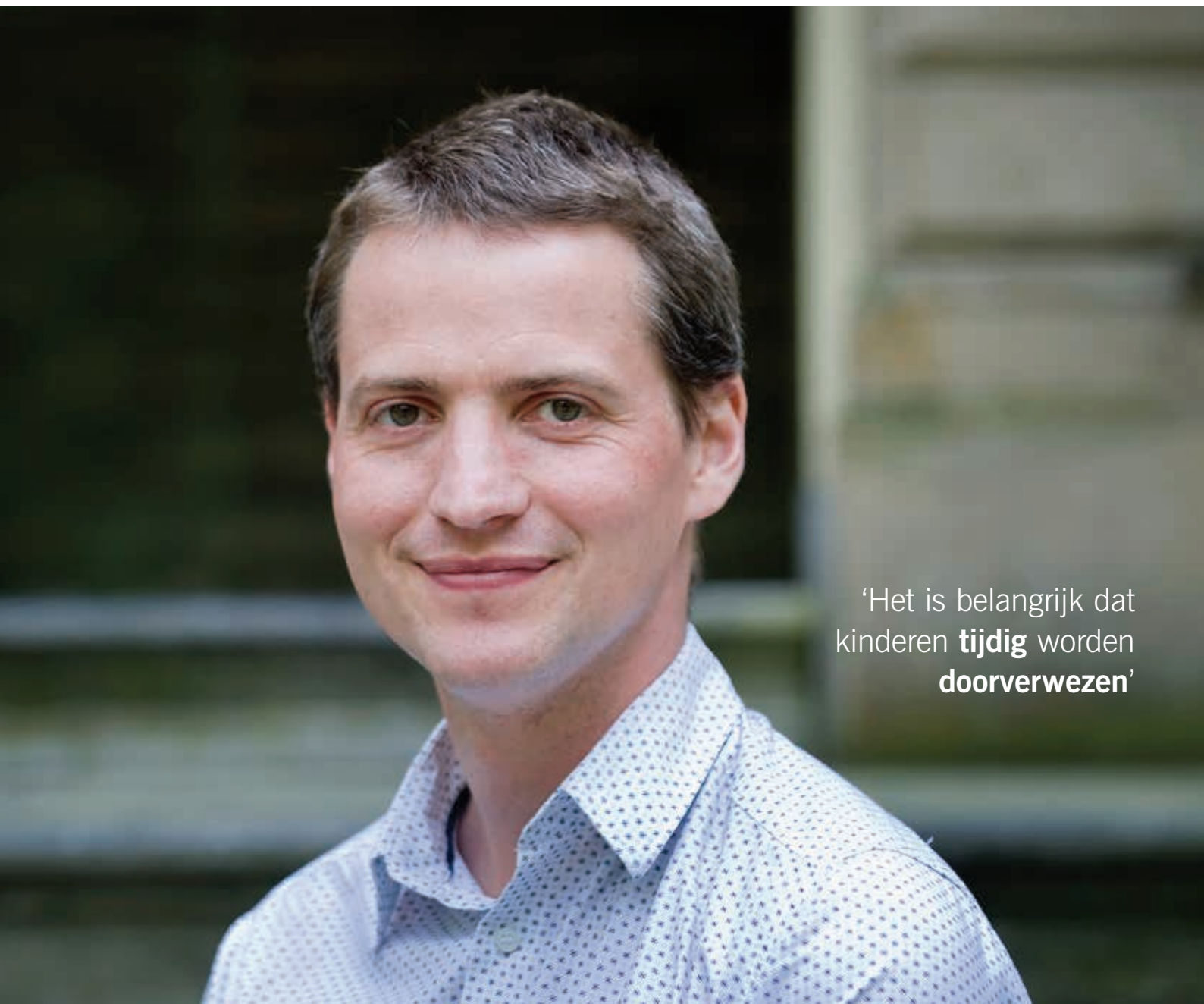
Ze hebben moeite met het aanleren van allerlei motorische vaardigheden, zoals tekenen, schrijven, fietsen en zwemmen. Ze kunnen niet goed meespelen met andere kinderen, hebben problemen bij aankleden, praten, bewegen. Dit kan worden veroorzaakt door DCD: developmental coordination disorder. ‘Als dit niet wordt opgepikt kan zo’n kind in een neerwaartse spiraal komen en enorm vastlopen. Revalidatie kan gelukkig vaak heel goed helpen,’ zegt Sebastiaan Severijnen, revalidatiearts van het DCD-team bij het Rijnlands Revalidatie Centrum.

TEKST Alice Broeksma BEELD Inge Hondebrink

DCD is een ontwikkelingsstoornis, net zoals bijvoorbeeld ADHD of dyslexie. Bij DCD zijn er gestoorde motorische functies, zoals een lage spierspanning, bewegingsonrust, coördinatieproblemen of problemen met fijnmotorische vaardigheden. Ongeveer vijf procent van de Nederlandse kinderen heeft DCD: 75.000 kinderen op basisschoolleeftijd. Sebastiaan Severijnen: ‘Een deel van hen lijkt over de problemen heen te kunnen groeien. De meeste kinderen waar meer zorgen over zijn, worden goed geholpen in de eerstelijnszorg. Lopen ze echt vast, dan komen ze bij medisch specialistische revalidatie terecht. Het gaat landelijk om een paar duizend kinderen per jaar. In ons eigen centrum krijgen we jaarlijks zo’n zestig nieuwe patiëntjes.’

Domino-effect

Severijnen is tevens voorzitter van de artsenwerkgroep DCD van de sectie kinderrevalidatie van de VRA. Hij vertelt: ‘Multidisciplinaire revalidatie kan heel zinvol zijn voor deze groep omdat het probleem meestal niet is beperkt tot één gebied.’ Er zijn problemen in de motoriek maar vaak ook op het gebied van planmatig handelen, leervaardigheden, persoonlijke verzorging, dagbesteding en sociaal-emotioneel functioneren. Als een kind door motorische problematiek niet goed kan meedoen met leeftijdgenootjes, kan dat een negatieve reactie oproepen van de omgeving. ‘Dan kun je een dominoeffect zien. Het kind krijgt minder zelfvertrouwen, een lager zelfbeeld, en gaat situaties vermijden. Of het gaat juist de clown uithangen om te compenseren en dat is nog wel leuk op het schoolplein, maar kan problemen geven in de klas. Dan raakt het kind steeds verder achter. Revalidatie werkt aan drie hoofdlijnen: het trainen van motorische vaardigheden, het aanleren van oplossingsstrategieën en het geven van voorlichting. Juist ook die voorlichting is



‘Het is belangrijk dat kinderen **tijdig** worden **doorverwezen**’

belangrijk, zodat kinderen beter leren omgaan met de DCD. Hierbij worden gezin en school betrokken, en het kind wordt aangemoedigd om zelf aan zijn omgeving uit te leggen hoe hij de dingen beleeft. Door bijvoorbeeld op school een spreekbeurt te geven en daarbij de klasgenoten met handschoenen iets te laten inpakken, zodat ze zich iets beter kunnen voorstellen hoe ‘onhandigheid’ voelt.’

Leren leren

Als een kind wordt aangemeld met DCD moet het revalidatiecentrum eerst onderzoeken of er écht ‘Het is belangrijk dat kinderen tijdig worden doorverwezen’ geen ander probleem achter de symptomen schuilgaat, zoals een cerebrale parese. Severijnen: ‘Dat komt in een heel enkel geval toch nog wel eens voor. Ook zijn er overlappingen met condities zoals ADHD en PDD-NOS. Maar naast die overlappingen heeft DCD eigen specifieke kenmerken, die een eigen specifieke aanpak behoeven.’ In de behandeling wordt begonnen met een zorgvuldige inventarisatie. ‘Daarbij spreken we met ouders

én kind. Hun prioriteiten, en dus de behandel-doelen, kunnen verschillen.’ Zo kan het kind het belangrijkste vinden dat hij met een bal een goal kan scoren. Ouders en school willen dat hij netter leert schrijven. ‘Dan kunnen we beginnen bij het doel van het kind, maken een plannetje, voeren dat uit en kijken: heeft het gewerkt. Zo leert het kind reflecteren op zijn eigen handelen en wordt het doel stapsgewijs benaderd. Stap één kan heel laagdrempelig zijn: om de bal überhaupt te raken. Dat lukt waarschijnlijk wel, en dat geeft wat zelfvertrouwen waarop verder kan worden gebouwd. Als het kind die winst ziet met de bal, kan dezelfde aanpak ook worden toegepast bij beter leren schrijven. Hij ondervindt dan dat iets moeilijks wél kan worden geleerd. Eigenlijk leren ze zo leren.’



‘Eigenlijk **leren** ze zo leren’

Relatief kort traject

Het revalidatietraject voor kinderen met DCD is bij het Rijnlands Revalidatie Centrum relatief kort: 20 weken, met wekelijkse sessies van één à anderhalf uur. Met, waar nodig, inzet van fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, maatschappelijk werker, psycholoog, orthopedagoog.

De revalidatiearts:

‘Het gaat er dus nadrukkelijk om die negatieve spiraal te doorbreken, en te keren, zodat het kind weer op zijn eigen niveau kan meekomen met leeftijdsgenoten en niet

onnodig uitvalt. Dat lukt ook meestal, soms met wat hulp en aanpassingen thuis en op school. Door DCD kun je enorm vastlopen, maar die kinderen kunnen ook echt weer op een goed spoor komen. Wij zien bij nacontroles ná de revalidatie dat iedereen meestal voldoende bagage heeft om verder te kunnen.’

Ketenzorg

Het is belangrijk, zegt Sebastiaan Severijnen, dat kinderen tijdig worden doorverwezen. ‘De ketenzorg moet dus goed functioneren en daar is soms nog wel winst te halen. Binnen de jeugdgezondheidszorg en op school moet het tijdig gesignaleerd worden als een kind op motorisch gebied vastloopt. Zo nodig moet het kind worden doorverwezen naar een fysiotherapeut, ergotherapeut of oefenthera-



*Korte Engelstalige filmpjes
over DCD*



NAAR EVIDENCE-BASED WERKEN BIJ DCD

Er is de afgelopen jaren internationaal veel onderzoek gedaan naar de oorzaak van DCD en naar onderliggende stoornissen. Ook zijn er nieuwe behandelmethoden ontwikkeld – zoals Neuromotor Task Training (NTT) en Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) – die effectiever zijn dan de methoden die vroeger vaak werden gebruikt – zoals sensorische integratietherapie. Revalidatiearts Sebastiaan Severijnen: 'Een probleem bij het evalueren van de behandeling is dat er veel verschillende meetinstrumenten gebruikt kunnen worden. Het is nog niet duidelijk welk meetinstrument, of welke combinatie van meetinstrumenten, het meest geschikt is om het effect van behandeling te evalueren.' Het Rijnlands Revalidatie Centrum onderzoekt dit nu samen met Sophia Revalidatie.

In dit onderzoek wordt bij 70 kinderen met de diagnose DCD voor en na de behandeling een aantal meetinstrumenten toegepast. Dit om vervolgens middels wetenschappelijke methoden een selectie te kunnen maken van de meest geschikte meetinstrumenten. De uitkomsten zullen worden gepubliceerd in een wetenschappelijk artikel, zodat ook anderen deze meetinstrumenten kunnen gebruiken. 'Het hebben van goede gestandaardiseerde meetinstrumenten is een voorwaarde om de kennis over DCD verder te helpen. Als onderzoekers steeds dezelfde meetinstrumenten gebruiken, zullen we steeds beter in staat zijn de meest effectieve en efficiënte behandelingen te selecteren. Wij verwachten dat ons onderzoek daarin een bijdrage kan leveren.'

peut in de eerste lijn. Als het desondanks problemen blijft houden, kan medisch specialistische revalidatiebehandeling geïndiceerd zijn. Het is zaak dat op het juiste moment de juiste zorg wordt geboden. Dat gebeurt nog niet altijd, omdat veel mensen niet bekend zijn met de diagnose DCD en de mogelijkheden voor behandeling. De eerste lijn heeft daar een belangrijke taak.'

Richtlijn

Wat moet helpen, is dat later dit jaar gestart wordt met een officiële multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van DCD; er waren al Europese aanbevelingen. 'Naast de VRA zullen ook andere verenigingen betrokken worden bij de totstandkoming van de richtlijn, onder andere die van de kinderfysiotherapie, ergotherapie, oefentherapie, jeugdartsen, kinderneurologen, psychiatrie en oudervereniging Balans. Ook is er een landelijk DCD-netwerk, waarin artsen, onderzoekers, paramedici en psychologen zijn vertegenwoordigd. De kennis over DCD wordt gelukkig steeds beter verspreid.'

Engelstalige e-learningmodule over DCD.

Verantwoord declareren

Met de introductie van de prestatiebekostiging in 2015 zijn revalidatiecentra hun behandelingen op een andere manier gaan afrekenen. Waar voorheen werd gewerkt met controle op functionele budgetten, moeten nu – na een overgangsfase van drie jaar - per behandeling DiagnoseBehandelCombinaties of DBC's worden gedeclareerd en afgerekend. Om te voorkomen dat verzekeraars en accountants achteraf duizenden afzonderlijke declaraties willen controleren, werkt de sector aan een certificatiesysteem voor de methodiek van declareren.

TEKST Adri Bolt **BEELD** Inge Hondebrink

Revalidatiecentra declareren de behandel tijd zoals die binnen elke afzonderlijke DBC is gerealiseerd. Dat wil zeggen: ze declareren het gewogen aantal uren dat de verschillende behandelaars binnen een DBC aan een patiënt besteden. Een uur behandel tijd van een arts weegt daarbij zwaarder dan een uur behandel tijd van bijvoorbeeld een fysiotherapeut. In de praktijk is er een grote variatie in de behandel tijd die aan revalidanten wordt besteed, zelfs als het om dezelfde aandoening gaat. Daarom zijn de DBC's ingedeeld in urengroepen - 'mandjes' in het jargon - die elk zijn voorzien van een tarief. Dat tarief is gebaseerd op de gemiddelde kosten van de betreffende DBC, gemeten over alle instellingen gezamenlijk. Het tarief kan op basis van onderhandeling met de zorgverzekeraar overigens ook nog variëren.

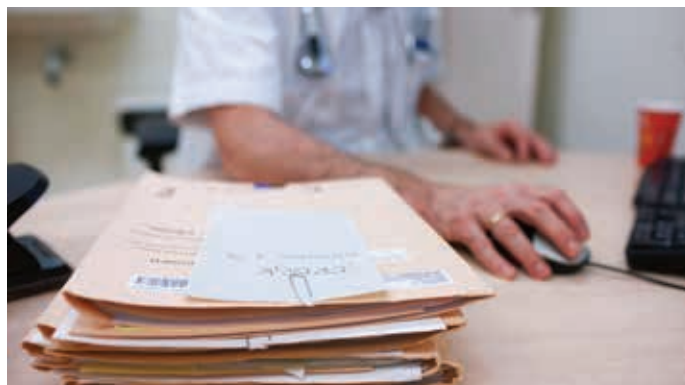
Gespecificeerd

'Het controleren van de DBC-declaratie op rechtmatigheid is niet te vergelijken met het eenvoudige systeem van het afrekenen van de oude budgetcategorieën na afloop van het begrotingsjaar', vertelt Rob Beuse, bestuurder van De Hoogstraat Revalidatie en vicevoorzitter van Revalidatie Nederland. 'We moeten in onze verantwoording aan veel meer gespecificeerde eisen voldoen. Zo is het belangrijk dat er op juiste wijze tijd wordt geschreven, en dat dat tijdig en controlebaar gebeurt. Uit de administratie moet blijken dat een arts de patiënt bij de start van de behandeling heeft gezien en dat de geïndiceerde behandeling past bij wat de behandelaars daarna aan uren schrijven. Anders is de DBC-declaratie ongeldig.' Het is maar één van de vele punten waaraan de administraties van revalidatiecentra

nu moeten voldoen, en waarop accountants en zorgverzekeraars die administraties controleren.

Controlelast

Dergelijke uitgebreide controles kosten veel tijd en de accountantskosten zijn hoog. 'We zagen aankomen dat de controlelast enorm zou toenemen, ook omdat je bij elke zorgverzekeraar met aparte afspraken over productie en prijs te maken hebt. De ziekenhuizen zijn ons hierin voorgegaan en hebben te maken gekregen met een uitbundig controlecircuit, inclusief de daar tegenwoordig bijhorende verdachtmakingen in pers en parlement. Dat willen wij voorkomen.' Daarom startte Revalidatie Nederland samen met zorgverzekeraars en accountants het sectorbrede project Verantwoord Declareren. 'Het doel is om de goede werking van onze administratieve systemen





‘We gaan hiermee juist **tijd** en **geld** besparen’

preventief te controleren. We willen die systemen zo inrichten dat die zware controle achteraf maar heel beperkt nodig is. Dat type toezicht passen accountants ook al toe bij andere instellingen, niet alleen in de zorg. Het heet in de wandeling ‘horizontaal toezicht’. Ze gaan dan vooraf in gesprek over de inrichting van de administratie, om te voorkomen dat ze naderhand moeten zeggen dat het anders had moeten.’

Toetsingslijst

Het project bestaat uit twee delen. Eerst is gekeken of alle instellingen een administratieve organisatie hebben die op de juiste manier een declaratie kan maken. ‘Globaal gezien zijn de aanwezige systemen goed genoeg, maar ze zijn bij de ene instelling geavanceerder dan bij de andere. Het kan vaak beter, handiger of preciezer. Daar werken de instellingen nu aan.’ Vanaf januari 2016 onderzochten de samenwerkingspartners of die systemen ook echt goed werken, en of ze goed gebruikt worden. ‘Daarvoor hebben we een toetsingslijst van zo’n veertig onderwerpen, zoals bijvoorbeeld het correct schrijven van de artsentijd. Maar bijvoorbeeld ook de kwaliteit van het zorginformatiesysteem waarin informatie over de patiënt verzameld wordt. Dat systeem moet gecertificeerd zijn en alle handelingen op de juiste manier verzamelen. Het is een veelkleurig palet aan onderwerpen.’

Certificaat

Op 1 mei liep de tweede fase af. ‘We hebben nu gegevens over hoe de centra er op alle veertig punten voorstaan. Daar kijken de accountants en zorgverzekeraars naar; we verwachten hun conclu-

sies na de zomer. Instellingen die aan de eisen voldoen, krijgen dan een certificaat dat aantoonst dat de administratieve organisatie in overeenstemming is met de wet- en regelgeving.’

Vervolgens moeten de instellingen hun systemen bijhouden om het certificaat jaarlijks te kunnen verlengen, onder andere omdat er jaarlijks nieuwe regelgeving verwerkt moet worden en omdat de behandelprogramma’s inhoudelijk veranderen. ‘Daar moeten we nog afspraken over maken, net als over de vraag hoe accountants de jaarstukken gaan controleren als een instelling een certificaat heeft.’

Tijd besparen

‘Het project Verantwoord declareren resulteert in meer registratie van wat we precies doen’, zegt Beuse. ‘Dat is relevant voor de declaraties, maar ook voor de verantwoording achteraf en voor het meten van onze productie. Het is nu wel heel veel werk, voor de administratie en voor de behandelaars. Die laatste schreven al tijd, maar er komt nu meer nadruk op correct en tijdig registreren. Het is voor een deel eigenbelang: bij achterstand in de registratie kun je niet declareren.’ Dat extra werk geeft weerstand. ‘Maar het is een investering in de toekomst. We gaan hiermee juist veel tijd en geld besparen, omdat minder uitgebreide controles nodig zijn.’ De ziekenhuissector volgt het proces dan ook met belangstelling, aldus Beuse. ‘Zij willen graag af van met name de controles door zorgverzekeraars. Als dat bij ons lukt doordat we goede afspraken hebben, is het voor de ziekenhuizen heel aantrekkelijk om ook deze weg op te gaan.’

Whitepaper ‘Prestatiebesteding in de revalidatiezorg’



‘Ik merkte dat bewegen me goed deed’

‘Annemarie van der Sar (43) kreeg in 2009 een hersenbloeding, waarna ze alles weer opnieuw moest aanleren. Stapje voor stapje ging ze vooruit en ze ervaarde h e belangrijk bewegen daarbij was. ‘Door te bewegen stimuleer je de hersenfuncties en krijg je meer energie en zelfvertrouwen.’

TEKST Anne Merkies BEELD Marjolein Annegarn

‘We bereiken nu wekelijks 2300 deelnemers’

Annemarie van der Sar: ‘Sinds 2012 realiseren we met de Edwin van der Sar Foundation beweegprojecten voor mensen die leven met de gevolgen van een hersenbeschadiging. Neem een project als het zwemmen. Ik ben er trots op dat onze doelgroep op steeds meer geschikte locaties met de juiste begeleiding en aanpassingen kan zwemmen. Ik weet nog dat ik dat ik dat ook voor anderen wenste toen ik zelf wekelijks in Engeland onder begeleiding van een instructeur in een apart bad rustig kon zwemmen. Op de reguliere manier had ik dat nooit gekund. Het vinden van de ingang van het zwembad was al een uitdaging en dan moest ik daarna de kleedkamer nog vinden. Naast het zwemmen hebben we nog veel meer mooie projecten. Dankzij onze samenwerking met erkende landelijke partners, patiëntenverenigingen en het bedrijfsleven bereiken we inmiddels een groep van circa 2300 deelnemers per week.’

Het voelde alsof ze een harde klap op haar hoofd kreeg, waarna ze wegzakte. Door adequaat handelen van haar echtgenoot, die direct 112 belde, was Annemarie van der Sar snel in het ziekenhuis. Na uitgebreid onderzoek constateerden de artsen een hersenbloeding. Drie weken ziekenhuis volgden. Opvallend is dat ze daarna thuis in Nederland revalideerde, onder begeleiding van therapeuten uit het netwerk van haar man, oud-doelman Edwin van der Sar. ‘We waren voor een korte vakantie in Nederland toen ik mijn hersenbloeding kreeg. Ik wilde daarna niet in mijn eentje in een revalidatiecentrum verblijven, terwijl mijn man en kinderen terug moesten naar Engeland. Edwin keepste in die periode bij Manchester United en onze kinderen zaten daar op school.’ ‘Mijn vader en zijn vrouw trokken bij me in om voor me te zorgen en dagelijks kwamen er therapeuten thuis. Ik vond het vreselijk dat ik niet dichtbij mijn gezin kon zijn, maar het voordeel was wel dat ik me daardoor volledig op mezelf kon focussen, net zoals je dat hebt als je wordt opgenomen in een revalidatiecentrum. Ik realiseer me dat het luxe was dat de therapeuten bij mij thuis kwamen, maar toch zal ik anderen met een CVA altijd aanraden om naar een revalidatiecentrum te gaan. Het is een voordeel als je alle specialisten en faciliteiten bij elkaar onder één dak hebt.’

Verwezenlijk dromen!

Het is een oud gezegde: wie betaalt bepaalt. Maar hoe is dit in de gezondheidszorg en meer concreet, hoe is dat tijdens het revalidatieproces? Een voorbeeld: u wordt opgenomen in een revalidatiecentrum na een amputatie van het onderbeen. Wie beslist hoe uw revalidatieproces eruit gaat zien? Is het de revalidatiearts, in overleg met u; u heeft tenslotte als verzekerde premie betaald? Of is het toch de verzekeraar die de zorg inkoopt? Of de budgetbewaker van het revalidatiecentrum? Duidelijk is dat op de achtergrond van het revalidatieproces verschillende gerechtvaardigde belangen meespelen.

Vereniging KorterMaarKrachtig ziet het liefst dat de revalidant zoveel mogelijk zélf de regie krijgt over het revalidatieproces en wordt gestimuleerd het revalidatiedoel zo hoog mogelijk te zoeken. Dáár moet met alle middelen op worden aangestuurd. Het kan zijn dat het doel bijgesteld moet worden: soms naar beneden, soms zelfs naar boven. Waar het om gaat, is dat de revalidant niet wordt afgeremd door factoren buiten zichzelf.

Zo zijn er revalidanten die allerlei psychosociale ondersteuning aangeboden krijgen, waar ze niet om gevraagd hebben. Zij willen uitsluitend goed leren lopen met hun prothese, maar het revalidatiecentrum vindt het belangrijk dat er toch psychische hulp wordt aangeboden. Ook willen sommige revalidanten de focus op sport leggen, omdat zij sportief zijn aangelegd. Helaas vindt de verzekeraar een sportprothese geen standaardvoorziening en dus moet de revalidant zeer veel moeite doen om die voorziening vergoed te krijgen. Dat terwijl hij wel hulp krijgt op andere vlakken - ergotherapie en fysiotherapie bijvoorbeeld - die hij zelf niet nodig vindt.

Veel geamputeerden zitten nog in het arbeidsproces, en worden dan te vaak gehinderd door beperkingen van functionaliteit van hun prothese. Zo kan iemand die veel op oneffen terrein loopt en veel dubbeltaken verricht, gebaat zijn bij een autoadaptieve knie. Helaas zijn dat voor verzekeraars dure knieën die niet zomaar verstrekt worden. Doorlopen met een simpele knie roept soms onnodig leed en verzuim op.

Hulpmiddelenzorg staat helemaal aan het einde van de zorgketen, maar budgetbeperkingen en regelgeving mogen niet leidend zijn waar het gaat om de kwaliteit van leven. Als mensen worden geholpen om hun ambities waar te maken, maakt dat ze sterk en voorkomt dat verzuim en andere bijkomende klachten. Pas dan kunnen ze ook optimaal participeren in de samenleving en zullen de zorgkosten structureel dalen.

Verstoort dromen niet, verwezenlijk ze liever!

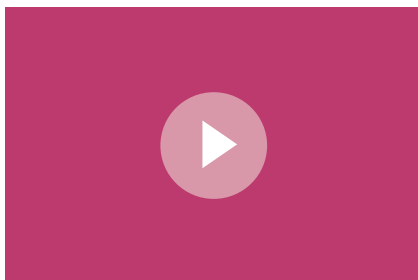


Dirk Ruitenbeek voorzitter KorterMaarKrachtig, vereniging voor mensen met een amputatie.

‘Na drie maanden was ik voldoende hersteld om onder begeleiding terug te keren naar Engeland, waar ik verder zou revalideren. Ik was nog snel moe en kon prikkels slecht verdragen, en mijn geheugen werkte niet goed. Was ik voorheen een goede multitasker, nu was één taak al een hele opgave. Terug bij mijn gezin had ik ook meer last van alle drukte. Als er een tv en een pc tegelijk aanstonden en de deurbel ging, had ik daar veel last van. Maar omdat ik het geluk had dat ik jong en fit was toen ik de hersenbloeding kreeg, bleef ik door hard te trainen en voldoende rust vooruit gaan. Wat het makkelijker maakte, was dat ik geen verlamningsverschijnselen had. Na de eerste maanden werd sporten voor mij steeds belangrijker. Ik merkte dat bewegen me goed deed. Door te zwemmen en buiten stukjes hard te lopen, kreeg ik steeds meer energie en leerde ik prikkels beter te verdragen.’

‘Het voordeel was dat ik me volledig op mezelf kon focussen’

‘In die periode vroeg ik me regelmatig af hoe andere mensen met hersenletsel dingen deden. Tijdens je revalidatie ben je in goede handen. Er is structuur, er zijn faciliteiten en mensen die je stimuleren. Maar hoe doe je dat als je terug bent in het gewone leven? Een gewone sportclub of een zwembad is al snel te druk. Je moet alles zelf organiseren. Ik was me ervan bewust dat ik bevoorrecht ben met alle faciliteiten en dat dat voor anderen niet geldt. Daarom wilde ik graag iets doen voor deze groep. Toen Edwin en ik werden benaderd om hiervoor een stichting op te richten, zeiden we dan ook meteen ja! Het is mooi om de naamsbekendheid van Edwin voor dit doel in te zetten. Intussen bestaat de stichting alweer bijna vier jaar. Ik ben heel blij dat ik dit kan doen. Wel moet ik mezelf blijven aansturen. Als ik een drukke dag heb gehad, moet ik zorgen dat ik de dag erna rust neem.’



Filmpje over de zwemuren, uit RM van juni 2013.

‘De echte cultuuromslag moet nog komen’

Telerevalidatie - revalidatie thuis met begeleiding op afstand - is de toekomst, zeiden deskundigen al een tijd terug. Logisch, want de voordelen zijn groot: tijdswinst voor professionals, minder reistijd voor de patiënt, meer thuis kunnen oefenen en een programma op maat. ‘Nederland loopt in Europa voorop,’ zegt hoogleraar Miriam Vollenbroek, ‘maar de echte cultuuromslag binnen onze revalidatiecentra moet nog komen. Ik zeg: schiet daarmee op, want de grote mogelijkheden mogen we patiënten niet ontnemen.’

TEKST Alice Broeksma BEELD Inge Hondebrink



Voor van alles worden apps ontwikkeld, of ze zijn er al. Apps met oefeningen voor pijnbestrijding of preventie van decubitus, apps ter psychologische ondersteuning, over arbeidsparticipatie: de mogelijkheden zijn legio. Waarom dan lijkt de revalidatiewereld er nog niet vol in mee te gaan? 'Er is al veel gebeurd,' benadrukt Miriam Vollenbroek. 'Zo hebben acht revalidatiecentra zich verenigd met de ambitie om binnen vier jaar tien procent van de revalidatie op afstand te leveren.' Tot voor kort was Vollenbroek clustermanager telemedicine bij Roessingh Research & Development; inmiddels is ze hoofd wetenschapsbureau bij Ziekenhuis Groep Twente.

STROOMLIJNING

Die acht centra zijn met verve begonnen aan hun missie: op dit moment maken ze gebruik van een oefenportaal voor CVA-patiënten en wordt logopedische revalidatie op afstand vormgegeven. Daarnaast is elk van de centra ook met zijn eigen toepassingen bezig. UMC Groningen is bijvoorbeeld vergevorderd met beeldbellen om het contact tussen revalidant en professional te ondersteunen, Heliomare werkt met Minddistrict aan psychologische ondersteuning van hersenletsel-patiënten en zo zijn er meer goede voorbeelden. Vollenbroek: 'Al deze initiatieven tonen aan dat het concept goed is, en dat het kan. Maar inmiddels is ook gebleken dat centra bij de inzet van telerevalidatie vaak net een verschillende insteek hebben en verschillende keuzes maken. Dat is op zich niet erg. Maar het geeft wel aan dat uniformiteit en dus stroomlijning moeilijk is door te voeren.'

'Al deze initiatieven tonen aan dat het concept goed is'

FINANCIERING

En dat is niet het enige obstakel. Financiering speelt een rol, en dan gaat het met name over het niet of wel - en zo ja, hoe - vergoeden van behandelingen op afstand. 'Er zijn wel mogelijkheden om zorg te declareren, maar dat geldt zeker niet voor alles. Zorgverzekeraars zijn over het algemeen van mening dat zorg op afstand moet worden ingezet als vervanging van bestaande zorg. Behandelaars en revalidatiecentra vrezen daardoor voor teruglopende productie, doordat de behandeling efficiënter wordt. Hierover moeten we gezamenlijk om tafel. Want deze tijdswinst moet serieus genomen worden, juist met het oog op de toekomst, met de stijgende vraag naar hulpverlening en minder professionals die dat kunnen bieden.'

WEERSTAND

Ook heerst er nog vaak weerstand onder professionals. Vollenbroek: 'Roessingh R&D heeft daar wat onderzoek naar gedaan. We hebben gezien dat de patiënt wel degelijk telerevalidatie wil omarmen, maar dat de therapeut er mondjesmaat in meegaat. Die ziet het implementeren bijvoorbeeld als taakverzwaring, hij moet al zoveel. En ook heeft hij zijn beroep vaak gekozen juist om het contact met mensen. Maar dat contact is niet weg, het verloopt door telerevalidatie alleen minder vaak face to face. Voor de patiënt is telerevalidatie winst en uit onderzoek blijkt dat hoe meer patiënten telerevalidatie gebruiken, hoe beter de resultaten vaak zijn. Heel duidelijk bijvoorbeeld bij COPD en chronische pijn. Neem bijvoorbeeld het

MIRKA EVERS:

'Telerevalidatie moet gebruikersvriendelijk'

Revalidatiecentra zijn in principe best bereid telerevalidatie in te zetten, als dit ten minste goed wordt toegesneden op de eigen situatie. Ook moeten behandelaars zo vroeg mogelijk worden betrokken bij het ontwikkelen van telerevalidatieprogramma's. Dit zal onder andere helpen tegen de angst voor het onbekende. Een en ander blijkt uit onderzoek van Mirka Evers, als gezondheidswetenschapper verbonden aan Roessingh Research & Development.

Telerevalidatie.nl

Evers studeerde in 2014 af op onderzoek naar acceptatie door professionals van telerevalidatie, en naar factoren die deze acceptatie beïnvloeden. Elf revalidatiecentra namen deel aan een interview. In het onderzoek keek ze vooral naar telerevalidatie.nl - een online oefenprogramma voor thuisrevalidatie- en naar de bereidheid van de centra om dit programma te gebruiken als aanvulling op de eigen behandelmethoden.

Korte lijnen

Het blijkt dat die bereidheid er zeker is, hoewel er onder professionals ook angst bestaat: angst om door telerevalidatie het contact met patiënten te verliezen, en ook inkomsten. 'Wat verder duidelijk naar voren kwam, is dat de gebruikersvriendelijkheid en het waargenomen nut doorslaggevend zijn voor revalidatiecentra, net als de toepasbaarheid voor de eigen patiëntengroepen en de aansluiting bij de systemen die de centra nu gebruiken. Met andere woorden, telerevalidatie moet géén apart systeem zijn, want er zijn al zóveel verschillende systemen waarin behandelaars hun weg moeten zien te vinden. Korte lijnen dus, niet van A naar B naar C doorklikken, niet moeten zoeken, echt een meerwaarde hebben in de behandeling van de patiënt, beter aansluiten op de concrete werksituatie, en geïntegreerd in de bestaande computersystemen waarmee de behandelaars werken.'

Vroeg betrekken

Telerevalidatie wordt onder andere ontwikkeld door onderzoeksinstituten en universiteiten, vaak in samenwerking met soft- en hardware bedrijven, dus in een projectvorm. Evers beveelt nadrukkelijk aan dat deze ontwikkelaars de zorgprofessionals vanaf het eerste begin betrekken in de ontwikkeling, zodat alle wensen en ideeën duidelijk in beeld komen en de telerevalidatiedienst beter aansluit in de praktijk. 'Pas dan zullen zij een telerevalidatiedienst meer en efficiënter gebruiken. Dat is belangrijk, want telerevalidatie moet, en kan, breed worden omarmd. Met de toenemende vergrijzing is dit een onmisbare aanvulling op de zorg: efficiëntie wordt ermee verhoogd, druk op behandelaars wordt verlaagd en de kwaliteit van de zorg kan zo hoog worden gehouden.'

monitoren op afstand: dat geeft ons veel meer inzicht in over- of onderbelasting, wat bijdraagt aan bewustwording en reconditioneren in het dagelijks leven. Je geeft je cliënt veel meer eigen regie en zegt als hulpverlener: wij ondersteunen je waar nodig. Dat maakt de overgang van wel zorg naar geen zorg ook veel makkelijker.'

VIND HET WIEL NIET OPNIEUW UIT

Ga nu niet roepen dat het gebruik van telerevalidatie eerst evidence-based moet zijn, waarschuwt de hoogleraar, want daarmee gaat alleen maar kostbare tijd verloren. 'Toen de telefoon werd uitgevonden werd ook niet gevraagd: heeft dat wel effect? Het is een medium dat gebruikt kan worden. Gaat het om ondersteuning van deze technologie bij bestaande behandelingen, dan is dat iets wat niet op effectiviteit onderzocht hoeft te worden. Als je eerst twee jaar onderzoek gaat doen, is de techniek die je onderzoekt ook alweer verouderd. Kijk natuurlijk wel hoé je het toepast. En bedenk daarbij als

revalidatiecentrum dat je het wiel niet opnieuw hoeft uit te vinden. Er zijn al ontzettend veel mooie toepassingen.'

DE KNOP MOET OM

Cultuuromslag is dus nog nodig, concludeert Miriam Vollenbroek. Ook het opnemen van telerevalidatie in het medisch curriculum, in de reguliere opleiding en tijdens bijscholing. 'Een heel goed voorbeeld is de verpleegkundigenopleiding van Hogeschool Saxion in Enschede en Deventer. Die hebben een lesmodule voor het inzetten van technologie om medisch handelen te verbeteren. Heel goed, want de knop moet om. Geen enkele zorgprofessional denkt uit zichzelf: "wat ga ik vandaag eens anders doen met telemedicine?" Misschien dat het dus gewoon knetterhard moet worden opgelegd. Want we mogen de patiënt de mogelijkheden thuis niet meer ontnemen. Als je als behandelaar schermt met minder persoonlijk contact ontnem je je cliënt een stukje van de revalidatiemogelijkheden. En dat is in feite onethisch.'

GAME JAM SINT MAARTENSKLINIEK

Virtueel de hond uitlaten

Maak een game voor de GRAIL: dat was de opdracht aan de elf teams die meededen aan de Game Jam van de Sint Maartenskliniek. Van 15 tot en met 17 april werkten de teams aan een prototype van een nieuw spel. Het team Hopscotch Games uit Utrecht won de hoofdprijs van 5.000 euro, met een game waarin de patiënt een hond uitlaat en daarbij opdrachten uitvoert en hindernissen tegenkomt.

De GRAIL, een virtuele loopomgeving, wordt op vijf plaatsen in ons land ingezet in de revalidatie van volwassenen en kinderen die problemen hebben met lopen of balans. De GRAIL stelt hen in staat om in een veilige virtuele omgeving heel gericht te oefenen.

Het apparaat bevat al enkele games, maar revalidanten en behandelaars hadden behoefte aan méér spellen, om het oefenen nog leuker en spannender te maken. Daarom organiseerde de Sint Maartenskliniek de Game Jam.

De teams kregen vooraf informatie over de medische omstandigheden van mensen die revalideren met de GRAIL en over overige randvoorwaarden voor de games. Daarnaast gaf leverancier MotekForce Link voorlichting over het programmeren van het apparaat.



Met die informatie gingen de teams aan de slag.

De Game Jam bleek niet alleen leuk, maar ook waardevol: de leverancier heeft besloten om de vier beste games verder te ontwikkelen, zodat ze straks op alle GRAIL-apparaten wereldwijd te gebruiken zijn.

Eerder artikel over dit onderwerp in Revalidatie Magazine: 'Topdiagnostiek én looptraining' juni 2014



Korte film van de Sint Maartenskliniek over het gebruik van de GRAIL.

VLOG



Als de halve wereld niet meer lijkt te bestaan

Revalidatiearts Nicole Voet werkt op de afdeling NAHersenletsel van Klimmendaal Revalidatiespecialisten in Arnhem. In de vorige editie van RM kondigde zij het al aan: zij maakte een videoblog over haar werk met mensen met neglect.



Blíjven innoveren, dat is de kunst

Op 15 april 2016 werd de e-Rev@lidatieprijs uitgereikt. Dit gebeurde tijdens het symposium De kunst van het innoveren. De boodschap: de revalidatiesector heeft al veel bereikt door te innoveren, en moet daar dus vooral mee dóórgaan.



Hoogleraar Jan Geertzen van het UMC Groningen ontvangt de e-Rev@lidatieprijs uit handen van Daniëlle Schutgens, directeur van het Revalidatiefonds.

Het symposium werd georganiseerd door de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, in samenwerking met Revalidatie Nederland, ZonMw en het Revalidatiefonds. Doel was om een beeld te geven van het innovatievermogen van de revalidatiesector, en om die sector te inspireren om enthousiast te blijven innoveren. Onder de 400 bezoekers waren veel revalidatieartsen en andere behandelaars, maar ook bestuurders en managers.

Kort, krachtig en fit

Het symposium opende met een pitch van drie genomineerden voor de e-Rev@lidatieprijs, die het Revalidatiefonds toekent aan het innovatieve idee dat het meest bijdraagt aan de zelfstandigheid van mensen die revalideren. De winnaar krijgt een bedrag van 10.000 euro om dit idee verder te ontwikkelen. Aan het eind van het symposium werd de winnaar bekendgemaakt. De prijs ging naar de app Kort, krachtig en fit, van

UMC Groningen, Rijndam Revalidatie, De Hoogstraat Revalidatie en vereniging KorterMaarKrachtig. Zij willen de al bestaande app uitbreiden en interactiever maken, om daarmee mensen met een benamputatie beter te kunnen informeren en zo mobieler te houden.

Klimaat

Na de pitches ging Paul Iske in op het klimaat dat nodig is om succesvol te kunnen innoveren. Iske is hoogleraar Open Innovation & Business Venturing aan de Universiteit Maastricht en tevens oprichter van het Instituut voor Briljante Mislukkingen, waarmee hij begrip wil kweken voor de complexiteit van innovatie en ondernemen. In zijn presentatie liet hij zien hoe een innovatieproces werkt, en hoe het vaak per definitie onmogelijk is om te weten waar je gaat uitkomen. Mensen zijn vaak bang voor fouten en mislukkingen, maar eigenlijk bestaan die niet, aldus Iske. Want van de zogenaamde fouten kun je leren en de zogenaamde mislukkingen brengen soms het grootste succes. Als voorbeeld van zo'n 'briljante mislukking' noemde hij de Viagra-pil, die mislukte als hartmedicijn.

Discussie

Vervolgens startte een inhoudelijke discussie over de kunst van het innoveren. Hierbij kwamen drie projecten uit het in 2009 gestarte en inmiddels afgeronde Innovatieprogramma Revalidatie aan de orde: ComPoli, GameLab en ImPACT. Ook de patiëntenvereniging Hersenletsel.nl werd bij de discussie betrokken. In het gesprek werd vooral stilgestaan bij factoren die innovatie belemmeren. Te weinig tijd en te weinig geld werden genoemd als de grootste belemmeringen. Bestuurders hameren vaak op productie en innovatie gaat ten koste van de productietijd. Hoe dan ook zal er dus genoeg ruimte moeten worden geschapen om toch die innovatie te kunnen doorzetten. Behandelaars op hun beurt kunnen actiever van elkaar leren. Vaak is er nog sprake het not-invented-here-syndroom: mensen gaan dan toch zelf het wiel weer uitvinden. Dat betekent verspilling van energie en middelen.

Uitdaging

Aan het slot van het symposium ging Sebastiaan van Nieuwenhuizen in het kader van de Dwaarslaesie Challenge Week zijn uitdaging aan: hij vertelde zijn indrukwekkende levensverhaal aan het publiek.

Eerder artikel over dit onderwerp in RM: 'Innovatie in de praktijk – Resultaten van het Innovatieprogramma Revalidatie' juni 2015

KINDERREVALIDATIE

leuker maken

Behandelaars in de kinderrevalidatie doen hun best om het noodzakelijke oefenen voor de kinderen leuk te maken. Spelenderwijs gaat alles nu eenmaal makkelijker. Zo is er zelfs een therapie helemaal ingericht als spel: de piraten-groep, waarbij kinderen met een verlamming aan één arm in de rol van piraat spellen doen en zo hun arm oefenen. Ook worden steeds vaker games gebruikt in de revalidatie. En er zijn meer technische snufjes die worden ingezet. Het geld moet komen uit speciale potjes, want het reguliere budget laat er geen ruimte voor.



NEBULA

Blixembosch, Klimmendaal en Revalidatie Friesland beschikken over een [Nebula](#). Dat is een interactieve lichtmuur die bestaat uit een groot touchscreen van ledlampjes met beeld en geluid. De bijbehorende software zorgt voor een uitdagend programma voor één kind of meerdere kinderen tegelijk. Opeens wordt een oefening van bewegings- spraak- of cognitieve therapie een boeiend interactief spel.



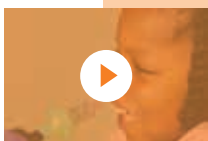
MAGIC CARPET

Ook iets prachtigs is de Magic Carpet. Roessingh Centrum voor Revalidatie heeft er één. Het is een vloerprojectie – met geluid – die reageert op bewegingen. Door bijvoorbeeld bladeren van de vloer te vegen, vissen weg te jagen of te voetballen kunnen kinderen – individueel of als groep – bewegingen oefenen. Bijzonder is ook de mogelijkheid om deze beelden met de ogen te beïnvloeden via een oogbesturingssysteem.



EYEPLAY

Een andere interactieve vloer is de [EyePlay](#), die nu als proef wordt ingezet bij SophiaRevalidatie. Onderzocht wordt of de spellen kinderen met loopproblemen kunnen uitdagen om meer te bewegen, en of conditie en balans erdoor verbeteren. Er zijn heel veel spelletjes mogelijk en spelen kan met een groep tot vijftien kinderen.



MAGIC FLUTE

De Magic Flute, werd ontwikkeld door Ruud van der Wel, ademhalingstherapeut bij Rijndam Revalidatie. Dit blaasinstrument is bruikbaar voor mensen met een beperkte handfunctie; door het hoofd te bewegen verandert de toonhoogte. Ademtherapie- belangrijk voor kinderen met verzwakte ademhalingsspieren - wordt een stuk prettiger als je daarmee ook mooie muziek kunt maken.

Eerder artikel in RM over dit onderwerp. Een magische fluit december 2007



GROOVETUBE

Om ademtherapie leuker te maken, ontwikkelde een team van Rijndam Groovtube: een apparaat dat wordt aangesloten op een iPad en waarmee kinderen vervolgens ademgestuurde spelletjes kunnen spelen. Ze kunnen bijvoorbeeld een zelfgemaakte foto opblazen of al blazend andere speldoelen bereiken.



GO BABY GO NL

Onder de naam Go Baby Go NL worden op locatie Blixembosch van Libra Revalidatie & Audiologie elektrische speelgoedauto's aangepast voor kinderen die (nog) niet lopen. Dit project moet leiden tot een hand-leiding voor ouders, die daarmee zelf zo'n autootje kunnen aanpassen. Kinderen kunnen zich daarmee al vroeg zelfstandig verplaatsen. Ze kunnen zo hun omgeving ontdekken en meedoen met leeftijdsgenootjes.

‘Onvoldoende aandacht voor revalidatie binnen studie geneeskunde’

TEKST John Ekkelboom BEELD Inge Hondebrink

‘Als je geneeskundestudenten vraag wat een revalidatiearts doet, blijft het vaak lang stil. Soms krijg je te horen dat zo’n arts waar-schijnlijk een veredelde fysiotherapeut is of in het verpleeghuis werkt. Binnen de studie geneeskunde zijn we niet echt in de picture.’ Dat is de ervaring van Clemens Rommers, revalidatiearts en sinds 1 maart dit jaar buitengewoon hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan de Universiteit Maastricht. Als onderwijscoördinator stoort hij zich al langer aan het feit dat de revalidatiegeneeskunde een ondergeschoven kindje is binnen het medisch onderwijs. Met zijn nieuwe leerstoel, die uniek is in ons land en waarvan hij zelf de initiatiefnemer is, wil hij zijn vakgebied een prominentere plaats toebedelen binnen het curriculum.

Meeloopdag

De voortrekkersrol die Rommers speelt, werd vorig jaar bekroond door de vereniging van revalidatieartsen VRA, die hem daarvoor onderscheidde met de allereerste onderscheiding van de vereniging. Zo organiseert hij al jaren workshops voor studenten geneeskunde, maakt hij voor deze doelgroep als enige revalidatiearts vragen voor de landelijke voortgangstoetsen geneeskunde en is hij de initiatiefnemer van de zogenaamde meeloopdag. ‘Studenten mogen zich via de VRA opgeven om een dag mee te lopen met een revalidatiearts, zodat ze kunnen zien hoe leuk ons vak is.’ Als hoogleraar gaat hij zich volop wijden aan het ontwikkelen van revalidatiegeneeskundige onderwijsproducten. ‘Zo moet er meer scholing komen over het houdings- en bewegingsapparaat. De kennis daarover die studenten nu opdoen, is bedroevend. Bijvoorbeeld toekomstige huisartsen kunnen van die extra kennis eveneens profiteren. Immers 30 procent van hun patiënten kampt met problemen aan dat houdings- en bewegingsapparaat.’

Revalidatie Kennisnet

Rommers’ ambitie is om naast Maastricht ook de onderwijscoördinatoren revalidatiegeneeskunde van de zeven overige medische faculteiten in Nederland te bedienen. Hij heeft binnen Revalidatie Kennisnet al een besloten groep aangemaakt. ‘Dat medium werkt heel prettig. Je kunt daar onderwijsmateriaal neerzetten en gezamenlijk beoordelen. Maar om die samenwerking verder gestalte te geven, zou ik wel financiële steun kunnen gebruiken van de VRA en/of Revalidatie Nederland. Daarmee kan ik een onderwijskundige inhuren die mij bijstaat bij de ontwikkeling van die producten, waarbij we ook denken aan e-learning. Uiteindelijk doel is dat we zeer goed opgeleide revalidatieartsen krijgen. En dat begint al tijdens de studie geneeskunde.’



Clemens Rommers (Zwolle, 1957) studeerde geneeskunde en psychologie in Utrecht en promoveerde in 2000 op onderzoek naar amputatiepatiënten. Na zijn opleiding tot revalidatiearts in Groningen werkte hij bij Revalidatie Friesland, De Hoogstraat, het UMC Utrecht, het UMC Groningen en sinds 2014 bij het MUMC+. In Groningen was hij onderwijscoördinator voor de opleiding geneeskunde, waar hij zich bezighield met het verdelen van onderwijsonderdelen, innovatie van onderwijsblokken en de begeleiding van co-assistenten geneeskunde tijdens hun coschap revalidatiegeneeskunde. Sinds twee jaar vervult hij die functie aan de Universiteit Maastricht, waar hij maart dit jaar werd benoemd tot buitengewoon hoogleraar revalidatiegeneeskunde speciaal voor het medisch onderwijs. Hij is getrouwd en heeft twee dochters. Zijn hobby's zijn geocaching en het bespelen van kerkorgels.

Ambassadeursfunctie

Met de extra aandacht voor revalidatiegeneeskunde binnen het onderwijs wil Rommers studenten enthousiasmeren voor dat vak. ‘Gelukkig krijgen we de opleidingsplaatsen tot nu toe wel gevuld, maar de spoeling is af en toe dun. Daarom moeten we toekomstige artsen ervan overtuigen dat het een prachtig en boeiend vak is, met een brede benadering gericht op zowel lichaam als geest.’ De hoogleraar zegt dat hij zich op zijn universiteit en in het universitair ziekenhuis dagelijks opstelt als een ambassadeur van de revalidatiesector. ‘Die ambassadeursfunctie is niet alleen een taak van de universiteiten. Mijn adagium is dat alle revalidatiemedewerkers in ons land die functie ter harte moeten nemen, om zo de revalidatie meer op een voetstuk te plaatsen.’

Fitter en mentaal sterker dankzij sport

Revalidatiecentra besteden steeds meer aandacht aan sport en beweging als onderdeel van de behandeling. Met de sportloketten bieden ze ook voor en na ontslag begeleiding om die actieve leefstijl voort te zetten. Zo blijven revalidanten in conditie en is hun kans op terugval kleiner. Een enkeling is zelfs zeer ambitieus en bereikt de topsport.

TEKST John Ekkelboom BEELD Inge Hondebrink

Dat beweging en sport gezond zijn, daarover bestaan geen twijfels meer. De revalidatiegeneeskunde is daar al jaren van doordrongen. Daarom werd eind vorige eeuw het landelijke programma Revalidatie en Sport opgezet, om tijdens de revalidatie extra aandacht hieraan te besteden. Echter uit onderzoek bleek dat veel revalidanten na ontslag niet in staat waren die actieve leefstijl vol te houden, waardoor hun conditie achteruit holde. Dit lukte wel als ze na het revalidatieproces een periode counseling kregen, een constatering die uiteindelijk leidde tot de komst van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. Hans Leutscher, adviseur van dit programma bij het Kenniscentrum Sport, vertelt dat wetenschappelijke onderzoeken hebben aangetoond dat veel en langdurige inactiviteit voor ieder mens ongezond is. 'Dan te bedenken dat mensen met een lichamelijke beperking gemiddeld veel minder bewegen dan valide personen. Daarom is het nog belangrijker dat zij tot een actieve leefstijl komen, ook na het revalidatieproces. Dat stimuleren we met ons programma. Aan het einde van de behandeling krijgen patiënten een doorverwijzing naar een sportloket voor ondersteuning en advies.'

'Je zit toch in een nieuw lichaam'

RESPACT

In 2012 hebben achttien revalidatiecentra en –afdelingen in ziekenhuizen het programma ingevoerd, waarna de afgelopen jaren het Universitair Medisch Centrum Groningen de effecten ervan heeft onderzocht. Van dit onderzoek – ReSpAct, dat staat voor Revalidatie Sport & Actieve leefstijl – zijn onlangs de eerste resultaten gepresenteerd. In totaal worden ruim 1700 mensen in de leeftijd van 18 tot 83 jaar een jaar lang gevolgd. Ongeveer 45 procent van hen heeft twee of meerdere lichamelijke aandoeningen, waaronder die aan de hersenen en het bewegingsapparaat het meest voorkomen, gevolgd door chronische pijn. Iedereen kreeg na

afloop van de revalidatie het boekje Mijn beweegredenen mee, vol tips over bewegen en sporten, en tevens gaf het sportloket van de betreffende instelling een persoonlijk advies. Dat advies varieerde van tips voor een actieve leefstijl tot doorverwijzing naar een lokale sportvereniging. Ook hadden de deelnemers na ontslag gedurende enkele maanden nog een aantal counselingsgesprekken met de sport- en beweegconsulent van het betreffende sportloket. De eerste resultaten van ReSpAct laten zien dat dankzij het programma de meeste mensen na de revalidatie lichamelijk actief blijven, met fitness, zwemmen en wandelen als meest voorkomende activiteiten. Ook lijkt de medische zorgconsumptie afgenomen. Leutscher hoopt dat de onderzoekers over een jaar meer uitsluitsel kunnen geven over die afname van zorggebruik. 'Wat wel al duidelijk is, is dat iedereen erg tevreden is over het programma. De revalidanten geven het adviesgesprek bij het sportloket en de counseling respectievelijk een 8,1 en 8,0. Bij de revalidatiemedewerkers scoorde het programma een 8,3. Dat is natuurlijk fantastisch.'

MODULE ACTIEVE LEEFSTIJL

Sinds begin dit jaar is de overheidssubsidie van het programma afgelopen, maar de deelnemende instellingen hebben aangegeven dat ze ermee doorgaan. Er zijn volgens Leutscher zelfs vier instellingen bijgekomen. Het gedeelte tijdens de revalidatie, inclusief het sportadvies van het sportloket, wordt inmiddels vergoed door de zorgverzekeraars. De counseling daarna moeten de instellingen voorlopig zelf financieren. Leutscher verwacht dat ReSpAct uiteindelijk de meerwaarde daarvan zal aantonen, waarna ook die nazorg in het zorgpakket wordt opgenomen. 'We werken nauw samen met Revalidatie Nederland en de werkgroep Bewegen en Sport van de vereniging van revalidatieartsen VRA. Gezamenlijk hebben we vijf prestatie-indicatoren voor de revalidatiegeneeskunde ontwikkeld, waaraan elk behandelprogramma moet voldoen. De revalidatiesector houdt daar nu rekening mee bij de ontwikkeling van de nieuwe behandelmodulen, die op 1 januari 2019 zullen ingaan. Als onderdeel van dat totale pakket is er nu ook een generieke module actieve leefstijl.'



NIEUW LICHAAM

Mart Wegerif, psychomotorisch therapeut en bewegingsagoog bij Klimmendaal in Apeldoorn, is enthousiast over het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. Hij is tevens een van de consultants van het sportloket op die locatie. 'Het is belangrijk om tijdens de revalidatie beweging op te pakken en fysiek en mentaal te ervaren hoe het lijf reageert op die beweging. Dat je voelt wat er nog wel en wat er niet meer kan. Je zit toch in een nieuw lichaam. Daarnaast proberen we via beweging het herstelproces te bevorderen met als eindresultaat een betere conditie en een actievere leefstijl die, waar we als sportloket naar streven, ook na de revalidatie blijft voortduren.' Wegerif vertelt dat het spannend is voor revalidanten om weer te bewegen, omdat ze het zelfvertrouwen doorgaans hebben verloren. Om hen op weg te helpen, volgde hij een cursus motivational interviewing, die vanuit het programma Revalidatie, Sport en Bewegen werd aangeboden. 'Ook is het moeilijk voor hen om te kijken waar de grenzen liggen. Ze moeten bewegen op de grens van hun kunnen maar overbelasting voorkomen, want die staat het

herstel weer in de weg. Daarom is een goede begeleiding zowel fysiek als mentaal essentieel. Ook na de revalidatie. Wij hebben nog tot een half jaar na het eindgesprek viermaal contact om te kijken of het lukt die actieve leefstijl aan te houden. De laatste keer is er ook een revalidatiearts bij betrokken. Zo nodig geven we tips en ondersteuning. Zo houden we een vinger aan de pols.'

'Revalidatiecentra doen steeds meer aan begeleiding van topsporters'

SPORTVARIANT

De consultants van de sportloketten hebben een brede kijk op de sportverenigingen in de regio, zodat een individueel advies mogelijk is. Indien nodig kan een aangepaste sportvereniging een beter alternatief zijn. Klimmendaal heeft bijvoorbeeld ook zelf de mogelijk-



heid om te sporten bij SportVariant aangepast sporten voor mensen met een lichamelijke beperking en/of chronische aandoening, voor wie de drempel naar een reguliere sportschool (nog) te groot is. En hoewel Klimmendaal zich in de revalidatie vooral richt op breedtesport, houdt Wegerif altijd rekening met talentvolle mensen die topsport willen beoefenen. 'Het zit steeds in ons achterhoofd. Als de aanleg, wil en de motivatie er zijn, dan weten wij wel de weg naar NOC*NSF.' André Cats, chef de mission van Paralympic Team NL, dat onderdeel is van deze koepelorganisatie, gaat graag op dat soort tips in. 'We worden regelmatig door revalidatieartsen en –medewerkers benaderd over iemand die zoekende is richting de topsport. Daar maken we altijd werk van. We zoeken daarbij vooral sporters van vijftien tot dertig jaar. Revalidatiecentra doen ook steeds meer aan onderzoek en begeleiding van topsporters.'

FULLTIME SPORTEN

Het telefonische interview met André Cats vindt plaats op het moment dat hij op Schiphol staat te wachten op zijn vlucht naar Rio de Janeiro. Daar worden dit jaar van 7 tot en met 18 september de Paralympische Spelen gehouden. De chef de mission vliegt in de aanloop enkele keren naar deze Braziliaanse stad om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de wedstrijdaccommodaties, de stad en de organisatie, zodat de Nederlandse ploeg straks optimaal kan presteren. Er zullen ongeveer 110 sporters ons land vertegenwoordigen, wat een recordaantal is. Ook een recordaantal is het aantal sporten waaraan Nederland meedoet: waarschijnlijk 14 van de 22. Nieuw dit jaar zijn voor ons land triatlon, bankdrukken en boccia. Cats weet dat iedereen zich intensief voorbereidt op deze spelen. 'Vrijwel alle deelnemers zijn fulltime met hun sport bezig en de meerderheid traint op Papendal. Het is op geen enkele manier anders dan wat je van een olympische topsporter zou verwachten. Wil je voor een medaille gaan, dan zul je flink aan de bak moeten.'

'Ze moeten bewegen op de grens van hun kunnen'

ROLMODELLEN

De paralympische sporters die naar Rio gaan, zijn volgens Cats allemaal geweldige rolmodellen voor al die duizenden mensen die in een gelijksoortige situatie zitten. 'Ze laten zien dat je met een handicap in Nederland kunt sporten voor je lol, voor je gezondheid, maar ook voor het invullen van je ambitie. Ze zijn overigens niet begonnen vanuit een gespreid bedje, waarna alles vanzelf ging. Ook zij moesten de weg zoeken naar club, trainer en goed materiaal.' Cats benadrukt dat (top)sport veel doorzettingsvermogen vergt, maar ook veel kan opleveren. Hij noemt de toename van fitheid, die extra belangrijk is voor mensen met een handicap. 'Daar heb je in het dagelijkse leven ontzettend veel profijt van, zoals bij transfers vanuit rolstoel naar auto of bed. Verder doet sport mentaal heel veel. Ik heb gezien dat mensen in één tot twee jaar tijd veel beter in hun vel zijn gaan zitten. Ze zijn heel content met zichzelf. Dat zijn extreme en positieve veranderingen. In dat proces kunnen revalidatie-instellingen een enorme bijdrage leveren.'

In het artikel hiervoor kunt u lezen over de sportloketten, die revalidanten en oud-revalidanten beweegadvies geven. Achttien revalidatie-instellingen hebben inmiddels zo'n loket ingericht. In de bundel Het sportloket brengt mensen in beweging komen tien van hen aan het woord. Hieronder één van de verhalen.



‘Doorzetten is mijn kracht en mijn valkuil’

Het ligt niet in de aard van Leonie om het rustig aan te doen. Niet voor niets speelde ze ook fanatiek rugby. Maar na een mislukte tackel zag haar leven er anders uit en werd ze gedwongen haar tempo aan te passen. Ook in de sport.

TEKST Annelies van Lonkhuyzen BEELD Inge Hondebrink

Leonie (31) vertelt hoe het gebeurde: ‘Ik had een stevige dame tegenover me in de wedstrijd, en dacht: ik moet mijn best doen om haar te tackelen. Ik vloog er dus vol in, maar dat ging mis omdat ze totaal geen weerstand gaf. We vielen en kennelijk ben ik toen met mijn hoofd op de grond geknald.’ Aanvankelijk leek de schade mee te vallen. Maar later namen de klachten toe: ernstige hoofdpijn, last van licht en geluid, problemen met concentreren en onthouden. ‘Ik dacht dat ik een hersenschudding had en met een paar weken rustig aan doen wel weer zou opknappen.’ In werkelijkheid werd het alleen maar erger. Ze ging wel weer aan het werk – Leonie is parttime-docent op een vmboschool en werkt daarnaast in een kroeg – maar het lukte niet om daar goed te functioneren.

Tanden op elkaar

Na een paar maanden tobben werd Leonie verwezen naar het revalidatiecentrum. ‘In de hoop dat ze me konden helpen om weer een normaal dagritme op te bouwen. Ik werd me bewuster van wanneer ik nou klachten kreeg of vermoeid raakte. En we

hebben een lijst opgesteld met alles wat ik deed op een dag. Dat heeft me wel wakker geschud. Ik kwam erachter dat ik continu over mijn grens heenging. Met een hoop frustratie en tranen ben ik de lat lager gaan leggen. Ik leerde dat ik mijn grenzen moet herkennen en – nog een stap verder – erkennen. Hoe moeilijk ook, ik merkte wel dat het werkte en dat er weer groei kwam.’

Lopen als doel

Tegen het eind van haar revalidatie was de vraag wat ze daarna aan sport zou gaan doen. ‘Het was duidelijk dat ik definitief moest stoppen met rugby. Met de consultant van het sportloket ben ik nagegaan: hoe kun je dan toch bewegen en welke sporten zijn goed? Zo ben ik terechtgekomen bij hardlopen. Dat kun je in je uppie doen, wanneer je maar wilt en zolang je wilt. Ik kreeg het dringende advies om het vooral rustig te doen en ervan te genieten. Normaal gesproken zou ik doelen willen halen, maar nu moest lopen zelf het doel zijn. Ik moet nog steeds opletten dat ik mezelf niet ga lopen pushen. Dus ik neem

een mooie route en zet een leuk muziekje op. En als ik geen zin heb, ga ik ook wel eens niet. Ik doe daar nu veel makkelijker over.’

Uitlaatklep

Het is inmiddels bijna anderhalf jaar na die valpartij. ‘Ik ben nog niet waar ik was, maar ik ga nog steeds vooruit. Ik heb nog niet iets gevonden dat als vervanging van rugby kan dienen. Maar ik ben blij met mijn afwisselende werk en zeker ook met mijn werk in de klas. Ik merk ook dat ik weer zin krijg om dingen op te pakken. Stiekem ga ik ervan uit dat ik over een tijdje toch wel weer een gek sportdoel heb gevonden waar ik me lekker op kan storten. Ik zal dat wel anders aanpakken, want ik weet nu dat doorzetten mijn kracht is maar ook mijn valkuil.’

Het sportloket brengt mensen in beweging is een uitgave van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. De bundel kan [hier](#) worden besteld.

‘De sector stelt zich open en lerend op’

Vorig jaar bezocht de Inspectie voor de Gezondheidszorg alle eenentwintig locaties waar revalidatie-instellingen klinische revalidatie verzorgen. Het was voor het eerst dat de revalidatiesector op deze manier onder de loep werd genomen. Niet alles was perfect in orde, zegt de inspectie, maar de sector pakt de verbeterpunten snel en goed op.

TEKST Adri Bolt **ILLUSTRATIE** Roel Seidell

‘De sector heeft ons heel positief ontvangen’, vertelt Daniël van Schaik, projectleider en senior inspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. ‘Revalidatie Nederland en de vereniging van revalidatieartsen VRA stelden zich open en lerend op, en die houding troffen we ook bij veruit de meeste instellingen aan. We konden alles zien en aan iedereen vragen stellen. Dat was een heel plezierige manier van werken.’ Ook Jeroen Smale, beleidsmedewerker bij Revalidatie Nederland, heeft de inspectieronde positief ervaren. ‘We zijn blij dat de inspectie langs is gekomen. We vinden kwaliteit en patiëntveiligheid heel belangrijk en werken daar zelf voortdurend aan. Wanneer de inspectie daar door een andere bril naar kijkt, kan dat alleen maar helpen om de situatie verder te verbeteren.’

Beperkt zicht

‘Patiënten worden steeds eerder ontslagen uit het ziekenhuis’, licht Van Schaik de achtergrond van de inspectieronde toe. ‘Complexe patiënten gaan dus steeds eerder naar het revalidatiecentrum. Deze patiënten hebben meer, en specialistischer zorg nodig. Daar moeten de centra op ingericht zijn.’ De inspectie had maar beperkt zicht op de klinische medisch specialistische revalidatie, en op de risico’s in deze sector rond patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg. ‘Revalidatiecentra worden niet, zoals ziekenhuizen, door ons gemonitord met standaard indicatoren. Verder komen er nauwelijks meldingen van calamiteiten uit de centra, dus ook langs die weg kregen we een beperkt beeld. Terwijl ook de revalidatie te maken heeft met risico’s rond, bijvoorbeeld, infectiepreventie. Daarom wilden we de centra specifiek onder de loep nemen.’

Tien thema’s

Om een beter beeld te kunnen vormen, bracht de inspectie eerst de mogelijke risico’s in kaart. ‘Om die op het spoor te komen, keken



we naar bekende risico's in de ziekenhuiszorg en de verpleeghuiszorg, want beide sectoren vertonen overeenkomsten met revalidatie.' In overleg met Revalidatie Nederland en de VRA stelde de inspectie vervolgens prioriteiten. 'Zo kwamen we uit op tien thema's, zoals functioneren, intern incident melden, melden calamiteiten bij de inspectie, scholing van het personeel en het bestuur van de organisatie. Daarbij gingen we na of er algemene richtlijnen waren voor ieder thema, die we in het toetsingskader konden gebruiken. Want de inspectie maakt geen richtlijnen. Wij toetsen het veld op de richtlijnen die het zelf heeft ontwikkeld.' De tien thema's werden op hoofdlijnen getoetst.

Drie grote verbeterpunten

Op zeven van de tien thema's hadden de revalidatiecentra de zaken in grote lijnen op orde, al gold dat niet voor elk centrum op elk punt. Op drie punten 'heeft de sector nog een weg te gaan', zo bleek maart 2016 bij de publicatie van het rapport Klinische revalidatie op weg naar verdere professionalisering'. Om te beginnen het infectiepreventiebeleid. 'Een probleem was de screening van nieuwe patiënten op resistente micro-organismen als MRSA. Geen enkel centrum deed een screening, omdat ze ervan uitgingen dat dat in het ziekenhuis al was gebeurd. Maar de screening daar verloopt lang niet altijd goed, dus komen er ook risicovolle patiënten naar het revalidatiecentrum. Elke nieuwe schakel in de zorg heeft zijn eigen verantwoordelijkheid.'

Ook rond de medicatieveiligheidakon het beter. De inspectie trof verlopen medicatie aan, of medicatie van patiënten die al waren ontslagen. Verder was het beleid bij een aantal centra rond opiaten niet op orde. Daar gingen zij te makkelijk mee om. 'Deze medicatie moet je achter slot en grendel bewaren, de controle op uitreiken moet altijd door twee personen gebeuren en er moet een goede, kloppende registratie zijn. Op al deze punten troffen we gebreken aan.' Verder beschikten niet alle centra over een elektronisch voorschrijfsysteem, en was de medicatieoverdracht niet overal even goed geregeld.

Het derde punt dat beter kon, was de omgang met medische technologie. 'Het convenant medische technologie omschrijft hoe zorginstellingen moeten omgaan met medische apparatuur, zoals tilliften, infuuspompen en andere medische hulpmiddelen zoals infuusnaalden en andere disposables. Veel instellingen beschikten nog niet over een goed beheersysteem voor apparatuur en onderhoud daarvan.' De inspectie verwacht dat de sector zich verder blijft ontwikkelen, zodat zij ook bij een grondiger toetsing van deze thema's in de toekomst overeind blijft. Dat vraagt nog aandacht van het veld, dat zich daarvan bewust is, zegt Van Schaik.

Concrete verbeteringen

Afgelopen september organiseerde de inspectie een invitational conference, over het totaal aan onderzoeksresultaten. Inspecteur Van Schaik: 'Daar denk ik met veel plezier aan terug. We hebben goede discussies gehad, en concrete afspraken kunnen maken.' Die afspraken resulteerden erin dat de centra begin 2016 alle knelpunten hadden opgelost, of daarvoor plannen van aanpak hadden gemaakt. Jeroen Smale van Revalidatie Nederland: 'Inmiddels hebben de instellingen op vrijwel elk punt waarop ze een te lage score hadden concrete verbeteringen doorgevoerd.' Dit is naast enkele grote thema's die sectorbreed worden opgepakt. Smale: 'Met die

thema's maken Revalidatie Nederland en VRA een eerste slag, om de instellingen op weg te helpen. Zo hebben we een handreiking gemaakt rond het implementeren van het convenant medische technologie. Hoe kun je bijvoorbeeld de projectorganisatie het beste inrichten? Hoe borg je de kwaliteit?' Rond de infectiepreventie gaan Revalidatie Nederland en VRA, samen met de landelijke Werkgroep Infectiepreventie, een richtlijn ontwikkelen voor de revalidatiesector. En op medicatiegebied heeft Revalidatie Nederland het beschikken over een elektronisch voorschrijfsysteem en het systematisch aanpakken van de medicatieoverdracht opgenomen in de set prestatie-indicatoren. 'Met die set zijn onze leden transparant over de kwaliteit die ze leveren, dus de instellingen zullen er harder aan trekken om dit goed te regelen.'

Voortvarend

Alles overziend is de sector goed op weg, vinden beide woordvoerders. 'De instellingen zijn voortvarend met de opmerkingen van de inspectie aan de gang gegaan', stelt Smale. 'We zijn al een heel eind op streek, al gaat het op sommige punten wat langer duren. Als sector stellen we de rol van de inspectie op prijs. We blijven heel graag met de inspectie in overleg over kwaliteit en veiligheid.' Van Schaik: 'En wij willen vanuit de inspectie op onze beurt de revalidatiesector graag vooruit helpen. We hadden ook niet anders verwacht dan dat de sector de resultaten voortvarend ter hand zou nemen. Vanaf juli 2016 zullen we de sector toetsen in het reguliere toezicht, waarbij we jaarlijks nog enkele revalidatiecentra bezoeken als steekproef.'

NOG EEN PAAR PUNTEN

Basismedische zorg, screening en complicatieregistratie

Naast de drie hoofdpunten die beter konden noemde de inspectie nog een paar punten, vertelde Jeroen Smale van Revalidatie Nederland. 'De inspectie had opmerkingen over de basis-medische zorg. Momenteel onderzoekt de vereniging van revalidatieartsen VRA welke scholing specifiek nodig is om aan de eisen daarover te voldoen.'

Daarnaast constateerde de inspectie tekortkomingen in de verpleegkundige screenings en de registratie van complicaties, iets wat in de ziekenhuizen al jaren is ingevoerd. 'De VRA geeft aan welke complicaties geregistreerd moeten worden. Momenteel zijn dat alleen complicaties ten gevolge van de toepassing van fenol en botulinetoxine. De inspectie vroeg zich af of niet ook andere complicaties voorkomen die je zou moeten registreren. Daarmee samenhangend gaf de inspectie aan dat het verstandig is om nieuwe patiënten op meer punten verpleegkundig te screenen dan nu gebeurt, bijvoorbeeld ook op valrisico, decubitus, delier en ondervoeding. De VRA gaat met deze suggesties aan de slag.'



‘Eigen regie van groot belang’

Vijftienduizend Nederlanders hebben een dwarslaesie en daar komen elke week tien mensen bij. Hun leven verandert drastisch, maar ook dankzij revalidatie lukt het toch meestal om de draad weer op te pakken. Een derde van de dwarslaesiepatiënten heeft daar meer moeite mee. Nieuw onderzoek moet aantonen wat voor hen de obstakels precies zijn. Tijdens de Dwarslaesie Challenge Week werd geld ingezameld voor dit onderzoek.

TEKST Alice Broeksma BEELD Lars Veenstra

Tijn van Diemen, GZ-psycholoog bij de Sint Maartenskliniek, en onderzoeker bij De Hoogstraat en UMC Groningen, is coördinator van het onderzoek naar eigen regie en zelfmanagement bij dwarslaesie. Aan het onderzoek nemen alle acht dwarslaesiecentra in ons land deel. Elke nieuwe patiënt wordt uitgenodigd mee te doen.

Doel is aan te tonen hoe de eigen regie zich, ook met hulp van revalidatie, ontwikkelt in het eerste jaar na het krijgen van een dwarslaesie. ‘Die nieuwe kennis kan dan zo vroeg mogelijk worden gebruikt om iemand met een dwarslaesie nog beter op het juiste spoor te zetten.’

DONATIES VOOR HET ONDERZOEK ZIJN WELKOM OP WWW.DWARSLAESIECHALLENGE.NL.

Grote veerkracht

Ruim twee derde van de dwarslaesiepatiënten redt het, ondanks de niet geringe diagnose, toch goed in het dagelijks leven. Ze zijn niet depressief, hebben geen buitensporige angsten en zijn tevreden of redelijk tevreden. 'De mens heeft een grote veerkracht', zegt de psycholoog. 'Maar bijna een derde van de dwarslaesiepatiënten heeft het moeilijker. Daarom zoeken wij factoren die doorslaggevend zijn, en belangrijk bij het wel of niet oppakken van de eigen regie. Ook zijn we geïnteresseerd in hoeverre eigen regie en zelfmanagement samenhangen met het welbevinden van mensen.' Hier gaat het niet alleen om keuzes over bijvoorbeeld wel of geen hulp bij dagelijkse lichamelijke verzorging, hoewel zulke dingen uiteraard belangrijk zijn bij het stellen van persoonlijke doelen. 'Onder zelfmanagement valt ook het daadwerkelijk uitvoeren van adviezen uit de revalidatie, en het inzicht dat dit zin heeft.' Advies over het werken aan fitheid bijvoorbeeld, ook al zit je in een rolstoel. En goed in die rolstoel zitten, om rugpijn tegen te gaan. En decubitus voorblijven. 'Pas je die tips uit de revalidatie toe, dan heb je vaak minder pijn en dat verhoogt de kwaliteit van je leven.'

**'Wie er keihard tegenaan gaat,
helpt zichzelf ook niet altijd'**

Berg beklimmen

Geen dwarslaesie-situatie is hetzelfde, onderkent Van Diemen, en er is geen knop, die je in je hoofd om kunt zetten om het ineens wél zonnig te zien. 'Makkelijk is het voor nagenoeg niemand, iedereen moet wel een berg beklimmen. Maar de een lukt dit beter dan de ander. Daaraan kan de eigen achtergrond bijdragen, en de omgeving van de patiënt. Ook de ervaring die hij al heeft gehad bij het overwinnen van eerdere obstakels. Maar je hebt méér invloed dan je zelf denkt, en dat is iets wat wij tijdens de revalidatie proberen over te brengen.' Als je met een dwarslaesie gaat denken 'mijn leven is voorbij', en je denkt dat maar lang en vaak genoeg, dan krijg je waarschijnlijk nog gelijk ook, zegt de psycholoog. 'Wie in bed gaat liggen, helpt zichzelf niet. Maar wie er keihard tegenaan gaat en nog harder gaat knokken helpt zichzelf ook niet altijd, want dat kan bij dwarslaesie juist contraproductief zijn. De taak van de revalidatie is, naast de fysieke begeleiding, de goede weg te vinden. Een balans te vinden. Sommige mensen pakken dat meteen op, anderen langzamer en soms slaat iemand eigen wegen in. Wij willen met ons onderzoek ontdekken wat daarin nu precies de doorslaggevende factoren zijn.'

Welbevinden

Over de psychologische begeleiding bij dwarslaesie is op dit moment nog te weinig bekend, zegt Van Diemen. Voor welbevinden toch zeer belangrijk, aangezien de levensverwachting alleen maar toeneemt door verbetering van de medische zorg. Overleden voor de Tweede Wereldoorlog de meeste dwarslaesiepatiënten al snel, nu blijft verreweg het grootste deel in leven. 'De levensverwachting is met sprongen vooruit gegaan. Maar ook de kwaliteit van leven bij dwarslaesie kan vooruit, en dat gebeurt ook bij degenen die de regie terugpakken'.

Een van de vijf deelnemers aan de Dwarslaesie Challenge Week was Koen van Zeeland. Hij zegt: 'Juist door de goede revalidatie is dit, voor mij dan, allemaal niet zo erg als het lijkt.'



KOEN VAN ZEELAND: 'De fysiotherapeut daagde me uit'

Koen van Zeeland (29) deed in april mee aan de Dwarslaesie Challenge Week, een initiatief van het Revalidatiefonds. Om geld te werven voor het onderzoek naar doorslaggevende factoren bij het wel of niet oppakken van eigen regie nam hij de uitdaging aan voor het eerst sinds zijn ongeluk weer een boom te beklimmen. Het was de eerste challenge van de week; vier andere deelnemers met dwarslaesie volgden, ieder met een eigen uitdaging.

'Joh, ga ervoor'

Koen, landschapsverzorger, kwam tijdens rooien tweeëneenhalf jaar geleden onder een boom die de verkeerde kant op viel. Hij kreeg een dwarslaesie, maar besloot direct zo positief mogelijk te zijn. 'Het is me heel snel gelukt mijn leven weer op te pakken. Mijn revalidatie in de Sint Maartenskliniek heeft daar enorm bij geholpen. Twee maanden na het ongeluk was ik weer thuis. Daar ontdekte ik natuurlijk wel wat ik verder nog allemaal opnieuw moest leren. Maar gelukkig had ik een fysiotherapeut die ze denk ik echt voor mij hadden uitgezocht. Tegen mij kun je zeggen 'Joh, ga ervoor', en zij zag dat en daagde me uit. Dus wat ik daarna thuis tegenkwam kon ik aan met technieken die ik zo al had geleerd. Ik kon verder, ook met mijn werk. Zelf bomen in klimmen lukt niet meer, maar ik heb wel zes man personeel nu, jongens die ik aanstuur, tot in Frankrijk toe. Voor het ongeluk was ik een eenmansbedrijf.'

Kleine tekortkoming

Als het woord handicap valt reageert Koen fel. Zelf noemt hij het niet zo, eerder een 'kleine tekortkoming'. 'Iedereen heeft wel wat. Juist door de goede revalidatie is dit, voor mij dan, allemaal niet zo erg als het lijkt. Ik onderschat niet dat het voor anderen heel anders kan zijn, natuurlijk ook erg afhankelijk van de hoogte van de laesie. Maar misschien blijkt uit het nieuwe onderzoek naar succesfactoren wel dat iemand met een dwarslaesie net een steviger duwtje in de rug nodig kan hebben.'

Persoonlijk contact

Koen van Zeeland is gelukkig met zijn dagelijks leven, omringd door zijn familie en vrienden. Hij gaat sinds een kleine maand naar een sportschool om zijn rugspieren te versterken. 'In het begin heb ik de extra fysiotherapie die het revalidatiecentrum bood niet opgepakt omdat ik me helemaal wilde richten op mijn werk. Dat had ik misschien toch beter anders kunnen doen. Ik fiets nu ook, met de handbike.' Als hij ergens last van heeft, belt hij gewoon even met de revalidatiearts. 'Het is heel fijn dat dat kan. Dat je dan niet een half jaar op een afspraak hoeft te wachten.' Het persoonlijke contact in het revalidatiecentrum, en het feit dat ze hem kennen als hij er binnenrolt, ervaart hij als heel positief.

In Dwarslaesie Magazine van juni 2016 verscheen een artikel over de Dwarslaesie Challenge Week, waarin Koen en de andere vier deelnemers vertellen hoe zij hun uitdaging hebben ervaren.

Streven naar het beste resultaat

Evidence-based practice (EBP) betekent behandelen volgens de meest effectieve behandelprogramma's. 'Daarvoor moet je onder meer behandelresultaten meten, om met die kennis de patiëntenzorg te verbeteren. Dáár draait het om en dat moet eigenlijk de topprioriteit zijn voor iedere revalidatie-instelling', zegt Michel Leenders, beleidsmedewerker van branchevereniging Revalidatie Nederland.

TEKST Alice Broeksma BEELD Inge Hondebrink

'Ik weet niet of EBP bij elke revalidatie-instelling even ver is ingevoerd,' vertelt Michel Leenders, 'maar de werkwijze is anno nu noodzakelijk. Niet alleen om de patiënt de beste zorg te kunnen bieden, maar ook om transparant te kunnen zijn.' Zo laten bijvoorbeeld De Hoogstraat en Heliomare op hun website de behandelresultaten gemeten met de USER zien. Met dat instrument hebben zij de fysieke zelfredzaamheid gemeten van alle klinische patiënten, en die in kaart gebracht. Naast de totale groep zijn de resultaten voor drie doelgroepen apart getoond: beroerte, dwarslaesie en beenamputatie. Of een ander voorbeeld: de Sint Maartenskliniek heeft MaartensFacts uitgebracht, een boekje dat inzicht geeft in de resultaten van verschillende behandelingen, om te zien en te laten zien wat de behandelingen

concreet hebben opgeleverd voor patiënten. Het centrum hoopt dat dit leidt tot navolging en een bredere discussie over dit onderwerp in de zorg. Ook het Rijnlands Revalidatie Centrum publiceert behandel-effecten, in zogenoemde resultaatkaarten. Het centrum gebruikt voorts rapportages van behandel-effecten, voor het verbeteren van de behandeling.'

Landelijke Databank Uitkomstmaten

'EBP gaat dus onder meer om het bieden van transparantie,' zegt Leenders. 'Zorgverleners moeten sinds de grote omslag in de zorg in 2006, waarbij marktwerking werd geïntroduceerd, steeds meer hun toegevoegde waarde laten zien. Zorgverzekeraars en publiek willen weten waar ze het beste kunnen aankloppen.' Revalidatie Nederland voert nu een pakket transparantiemaatregelen door. Hieronder valt de Landelijke Databank Uitkomstmaten, een nieuwe databank waarin de revalidatie-instellingen hun behandelresultaten zullen verzamelen. De instellingen die lid zijn van Revalidatie Nederland geven ook nu al elk jaar informatie door over een set prestatie-indicatoren. Die gaan over de kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg. Leenders: 'De indicatoren zijn vooral ontwikkeld om intern een beeld te krijgen van structuur en proces, en om die binnen de individuele instellingen waar nodig te verbeteren. Nu gaat het steeds meer om de externe verantwoording.'

In ontwikkeling

Het ontwikkelen van die databank wordt een grote klus die in fasen wordt aangepakt, vertelt de beleidsmedewerker. De vereniging van revalidatieartsen VRA, Revalidatie Nederland en zorgverzekeraars

'Het gaat erom op basis van vergelijking te leren en te streven naar de **beste behandeling tegen de beste prijs**'



‘Het doel is excellente zorg, en **EBP** is daar het middel voor’

CZ en Zilveren Kruis hebben eerder al een intentieverklaring ondertekend. In een business plan wordt nu vastgelegd welke meetinstrumenten uniform zullen worden ingezet – USER zal er daar één van zijn – en wat de kosten en opbrengsten zijn. In het proces wordt goed gekeken naar al bestaande databanken, zoals die van de Stichting Benchmark GGZ. ‘EBP is een domein in ontwikkeling’, concludeert Michel Leenders. ‘En de Landelijke Databank Uitkomstmaten past als centrale faciliteit helemaal in die ontwikkeling. Het gaat erom op basis van vergelijking te leren en te streven naar de beste behandeling tegen de beste prijs.’ Het eindresultaat zal ver reiken. ‘We willen uiteindelijk bij alle aandoeningen in de revalidatie de vooruitgang meten op verschillende domeinen, zoals communicatie en mobiliteit.’

‘Voortdurend vernieuwen met EBP’

Het Rijnlands Revalidatie Centrum werkt met vierhonderd man personeel aan het verbeteren van de zelfstandigheid van patiënten. Het centrum, dat jaarlijks 3200 revalidanten ziet, gebruikt principes van evidence-based practice (EBP) waarbij behandelingen worden geboden op basis van drie pijlers: de wensen van de patiënt, de laatste wetenschappelijke literatuur en de expertise van behandelaars. Op deze manier is de patiënt verzekerd van de best mogelijke zorg, zegt Marieke de Jonge-Algra, coördinator EBP-werken en adviseur kwaliteit. ‘Daarbij wordt steeds gewerkt aan verbetering van de behandeling. ‘Het is een grondige zoektocht: naar relevante richtlijnen in binnen- en buitenland, en naar de beste behandelmethoden. Voorheen werd er alleen opgeschreven wat we al deden tijdens de behandeling. Nu vernieuwen we voortdurend, voor een goed onderbouwde, veilige en patiëntgerichte zorg. Daar zetten wij echt op in, en dat proces doen we samen met onze medewerkers. Het doel is excellente zorg, en EBP is daar het middel voor.’

Strategisch speerpunt

Al in 2009 maakte het RRC een strategisch speerpunt van EBP, en dat is het nu nog steeds. ‘Dat dit zo expliciet is gebeurd, is in de revalidatiewereld uniek. We investeerden onder meer in opleiding van de medewerkers en het ontwikkelen van EBP-proof behandelprogramma’s. En ieder van de elf behandelteams heeft een aandachtsfunctionaris die twee uur per week heeft om EBP binnen zijn of haar team te waarborgen.’ Een concreet resultaat van deze aanpak zijn bijvoorbeeld de praktijkkaarten voor de verpleging in de kliniek. ‘Op één geplastificeerd A4 staat een beschrijving van een verpleegkundige handeling, gebaseerd op de meest recente richtlijn, die verpleegkundigen gebruiken tijdens de dagelijkse zorgverlening. Zo weten verpleegkundigen dat ze steeds werken volgens de laatste richtlijnen.’

Cyclus

De coördinator legt uit dat EBP in haar centrum een cyclus is, die uit vier stappen bestaat: het opstellen van een behandelprogramma, de behandeling zelf, evaluatie van de resultaten en - waar nodig – aanpassing van het programma. ‘Bij de start en aan het einde van een behandeling nemen behandelaars testen en vragenlijsten bij patiënten af. De resultaten worden gebruikt door het behandelteam om de vooruitgang van een individuele patiënt te kunnen zien. Maar de resultaten worden óók gebruikt voor effectrapportages op groepsniveau. We hebben al vijf resultaatkaarten gemaakt, bijvoorbeeld over pijnrevalidatie. Hierdoor kunnen patiënten en ketenpartners precies zien wat onze behandelresultaten zijn. Eenvoudig, overzichtelijk en transparant. We hebben hierover een wetenschappelijk artikel gepubliceerd, dus zo dragen we zelf ook weer bij aan het genereren van evidence.’

Verdieping

Het RRC levert, zoals alle leden van Revalidatie Nederland, met het oog op transparantie op gezette tijden cijfers over de prestatie-indicatoren in bij de brancheorganisatie. Het RRC gebruikt deze cijfers ook om behandelingen te verbeteren. ‘Zo hebben we sinds 2013 ieder jaar de gegevens van de USER gebruikt voor terugkoppeling door de EBPfunctionaris aan het behandelteam: in hoeverre gaan CVA-patiënten vooruit, wat zijn kenmerken van de patiëntengroep? Daaraan koppelen we verdieping over het meetinstrument en discussie over verbeteringen in de behandeling. Dat werkt heel goed.’ De EBP-coördinator van het Rijnlands Revalidatie Centrum raadt andere centra aan om óók EBP in de praktijk toe te passen. ‘Het is heel goed om behandelresultaten te laten zien aan behandelteams en aan de buitenwereld, en om met elkaar continu de behandeling te verbeteren op basis van nieuwe bewijzen. Door daarin te investeren, zijn we in staat onze patiënt de best mogelijke zorg te geven. Daar doen we het allemaal voor!’

Boekje Evidence Based Practice, uitgave van het RRC.

‘DAT ENE PLAN IS ECHT BELANGRIJK’

Veranderde wetgeving en bezuinigingen, onder andere op het speciaal onderwijs binnen nieuw gecreëerde samenwerkingsverbanden van scholen, kunnen de zorgvuldig opgebouwde samenwerking tussen onderwijs en revalidatie moeilijker maken.

TEKST Adri Bolt BEELD Inge Hondebrink

‘De belangrijkste recente ontwikkeling is de invoering van de wet Passend Onderwijs, augustus 2014’, vertelt Gerrie Eikelboom. Zij is bestuurder van Revalidatie Friesland en vertegenwoordiger van Revalidatie Nederland in het Netwerk LOOK: Landelijk Overleg Onderwijs en Kinderrevalidatie. Eikelboom: ‘De wetgever wil kinderen zo dicht mogelijk bij hun woonhuis naar school laten gaan. Om dat doel te bereiken, participeren alle typen van basis en voortgezet onderwijs in regionale samenwerkingsverbanden. Het kan moeilijk zijn voor het speciaal onderwijs - waaronder mytyl- en tytylscholen, waar de kinderen naartoe gaan die ook revalidatie nodig hebben - om zich aan de nieuwe werkelijkheid van zo’n groot samenwerkingsverband aan te passen.’

VERLIES AAN ZEGGENSCHAP

De samenwerkingsverbanden moeten de financiële middelen verdelen over de deelnemende scholen. ‘Speciaal onderwijs is relatief duur, omdat er veel speciale aanpassingen voor de kinderen zijn en deze kinderen meer aandacht en tijd nodig hebben. Dan kan het idee zijn: dat kan goedkoper.’ Daarnaast regelt het samenwerkingsverband ook de indicatiestelling en plaatsing van de leerlingen. Daarmee verliezen de ouders aan zeggenschap. ‘Het komt wel voor dat kinderen niet op een mytyl- of tytylschool geplaatst worden, terwijl de ouders dat wel willen. Of omgekeerd. .’

AFSTEMMING

Ook de afstemming rond de zorg kan een probleem worden. ‘Mytyl- en tytylscholen hebben van oudsher een intensieve samenwerking met de revalidatiecentra waar de kinderen behandeld worden. Het is de gedachte van één kind, één plan: in overleg met de ouders worden onderwijs en behandeling afgestemd, zodat ze elkaar versterken. Vaak wordt het kind ook deels in schooltijd behandeld. Wanneer een kind met een spraakstoornis bijvoorbeeld bezig is met het leren van de getallen tussen één en honderd, kan de logopedist dat onderwijsdoel in de spraaktherapie meenemen. Maar het omgekeerde kan ook. Wanneer de fysiotherapeut zegt dat het voor de houding van een kind goed is dat het een tijdlang staat met een statafel, kan de school ervoor zorgen dat dat in de klas gebeurt.’ Omdat de scholen nu onderdeel zijn van een samenwerkingsverband is die afstemming organisatorisch wat lastiger te realiseren.

FACTSHEET

Wat ook meespeelt, is dat mytyl- en tytylscholen nu veel sterker worden gehouden aan de eisen van de onderwijsinspectie, bijvoor-



beeld wat betreft het aantal kinderen dat een diploma haalt en het aantal uren dat kinderen les krijgen. ‘Zo moeten scholen beter aantonen dat therapie tijdens onderwijstijd ook deel uitmaakt van het onderwijs. Dat kan vaak prima.’ Omdat onduidelijk was of en hoe kinderen onder schooltijd therapie mogen krijgen, maakte LOOK het factsheet Therapie tijdens onderwijstijd. ‘Dat geeft precies aan voor welke therapiedoelen en behandelingen onderwijstijd gebruikt mag worden.’

KEURMERK

Om de samenwerking tussen revalidatiecentrum, school en ouders te behouden en stimuleren, presenteerde LOOK vorig jaar het keurmerk Eén Kind Eén Plan. ‘Dat keurmerk geeft aan dat deze drie partijen samenwerken aan ontwikkeldoelen van het kind. We zijn er vorig jaar mee begonnen. Negen scholen en revalidatiecentra ontvingen al een eerste versie van het keurmerk. We willen het verder ontwikkelen en ook een onafhankelijke visitatiecommissie de scholen laten bezoeken.’ Het keurmerk is er voorlopig alleen voor mytyl- en tytylscholen en de betreffende revalidatieafdelingen; op termijn kunnen mogelijk ook reguliere basisscholen het gaan halen.

AUTONOMIE

Keurmerk en factsheet zijn een begin, vermoedt Eikelboom. ‘Ik verwacht dat de afstemming van onderwijs en revalidatie de komende jaren onze aandacht blijft vragen. Want dat ene plan is echt belangrijk. Vanuit LOOK zullen we hiervoor landelijke projecten opzetten. Zo wordt het volgend schooljaar begonnen met deskundigheidsbevordering van nieuwe medewerkers in onderwijs en revalidatie. We denken ook na over manieren waarop we de autonomie en eigen regie van onze leerlingen verder kunnen vergroten. Want dat hebben die extra kwetsbare kinderen hard nodig om zich te handhaven in een maatschappij die steeds individualistischer wordt.’

Eerder artikel in RM over dit onderwerp:

‘De onzekerheden van passend onderwijs september 2014



Filmpje uit het digitale RM, september 2014

Over de expertise die bij revalidatie-instellingen aanwezig is.

‘Muziek raakt een diepere kern’

WAT MUZIEKTHERAPIE

WAAR DE HOOGSTRAAT REVALIDATIE, UTRECHT

WAAROM OMDAT MUZIEK OP VEEL MANIEREN

THERAPEUTISCH INGEZET KAN WORDEN

AAN HET WOORD INGER LANGEVELD,

MUZIEKTHERAPEUT

BEELD Inge Hondebrink



Wat is eigenlijk muziektherapie?

‘Als muziektherapeut heb je een hbo-opleiding gevolgd waarin je leert hoe je muziek kunt inzetten als therapeutisch middel.

Tijdens de therapie maken revalidanten zelf muziek of luisteren ze naar muziek, individueel of in een groep. Er zijn werkvormen gericht op het fysieke, cognitieve, emotionele, spirituele en sociale gebied. Muziek heeft zoveel kanten en juist daardoor zijn er ook zoveel mogelijkheden. Zo kan muziek je aanzetten om te bewegen, is het een communicatiemiddel, heeft het invloed op je stemming en gedrag en oefen je er cognitieve vaardigheden mee.’

Hoe ziet uw dagelijks werk eruit?

‘Muziektherapie wordt ingezet voor alle afdelingen, afhankelijk van de hulpvraag. Op aanvraag doen mijn collega Saskia Hoogendam en ik individuele en groeps-therapie. Zo werk ik momenteel bij de kleuters op de groep en begeleid ik samen met een psycholoog elke week een groep jongeren met chronische pijn of vermoeidheid. Ook begeleid ik samen met een fysiotherapeut wekelijks een koor voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel en voor mensen met een vraag gericht op ontspanning en vrijetijdsbesteding. Bij het zingen komen veel aspecten aan bod, van sociale aspecten tot aan spraak-, ademhalings- en ontspanningsoefeningen. Verder geef ik met een logopedist de combi-behandeling Speech-Music Therapy for Aphasia of SMTA, die is bedoeld voor mensen met een taalstoornis - afasie of verbale apraxie - door een hersenbeschadiging. In de behandeling wordt een klank, woord of zin gekoppeld

aan een melodie. Hierdoor kan iemand gemakkelijker klanken, woorden of zinnen vormen en herhalen, en zo laten inslijpen.’

Wat kan muziektherapie toevoegen aan de revalidatie?

‘Muziektherapie is een nonverbale therapievorm met veel mogelijkheden. Therapeut en cliënt stellen samen doelen vast, die heel divers kunnen zijn. Door te luisteren naar muziek of door zelf muziek te maken raken mensen in contact met hun emoties, en dat kan bijdragen aan handicapverwerking. Ook kan muziek een middel zijn om spraak en taal te stimuleren. Als iemand weer woorden en zinnen kan uitspreken die eerst niet lukten, groeit de eigenwaarde. Een nieuwe of oude hobby willen oppakken kan ook een hulpvraag zijn. Via revalidatietechniek is er veel mogelijk als het gaat om aanpassingen aan instrumenten. Of zingen: vaak zeggen mensen dat ze dat niet kunnen, maar meestal is onzekerheid de boosdoener en gaan ze zingend de deur uit! Verder kan muziek een beroep doen op cognitieve functies als geheugen, planning en informatieverwerking. Je kunt die functies bijvoorbeeld trainen door bladmuziek of liedteksten te volgen. De structuur en spanningsboog van de muziek geven de cliënt houvast en de muziek maakt het trainen leuk. Daarnaast heeft muziek een grote sociale functie, omdat je het samen met anderen kunt maken. Samenvattend kun

je dus met muziektherapie nieuwe vaardigheden en inzichten aanleren, en ontwikkelingen in gang zetten.’

Geef eens een paar voorbeelden?

‘Song-writing kan helpen bij verwerking. Als iemand het lastig vindt om te praten over alles wat er gebeurd is, kan het schrijven van een eigen nummer hierbij helpen. Het nummer kan op CD worden gebrand en met anderen worden beluisterd. Emoties krijgen de ruimte en er kan een wezenlijk gesprek ontstaan. Kleuters kun je met zang en muziek uitdagen, bijvoorbeeld om twee handen te gebruiken tijdens het spelen op een trommeltje of om lekker hard te zingen door de microfoon en zo de stem te gebruiken’

Hoe gaat het landelijk gezien met muziektherapie?

‘Nog lang niet alle revalidatiecentra bieden muziektherapie. Landelijk wordt muziektherapie wel steeds meer erkend en in de media wordt muziek als therapeutisch middel steeds vaker genoemd en aanbevolen, bijvoorbeeld voor mensen met dementie. Ik hoop dat iedereen in de revalidatiesector kritisch blijft nadenken over waar het in de revalidatie nou echt om gaat. Dat is een uitdaging in deze tijd, maar er is altijd ruimte om te blijven zoeken en om die keuzes te maken die cliënten zoveel als mogelijk de regie over hun eigen leven teruggeven.’

Zo brengen we e-revalidatie naar volgend niveau

In de revalidatiesector is er steeds meer aandacht voor innovatie op het gebied van eHealth. En dan bedoelen we: met behulp van technologie verzamelen, uitwisselen en verwerken van informatie die bijdraagt aan gezondheid. Denk bijvoorbeeld aan een e-consult tussen arts en revalidant, een app voor het verzamelen van gezondheidsgegevens op een mobiele telefoon of het doen van oefeningen met behulp van instructiefilmpjes op een tablet. Er zijn veel mogelijkheden, maar toch omarmt de revalidatiesector eHealth nog niet zo grootschalig als zou kunnen. Ondanks de voordelen lijken instellingen er niet echt klaar voor te zijn. Emma Heesbeen maakte als stagiaire bij Revalidatie Nederland een inventarisatie. Ze vroeg Marit Dekker, onderzoeker bij Roessingh Research & Development, om commentaar en komt zo tot een analyse.

TEKST Emma Heesbeen BEELD Karin van Londen

Marit Dekker is als onderzoeker al tien jaar bezig met de implementatie van e-revalidatie. Ze zegt: 'Je hoort van iedere revalidatie-instelling dat ze iets willen en moeten op dit gebied, maar de daadwerkelijke stap naar adoptie is erg moeilijk.' Hierdoor komt grootschalige implementatie lastig van de grond. Bij losse instellingen zijn weliswaar mooie initiatieven te vinden, maar op landelijk niveau ontbreekt nog samenhang en overeenstemming.

> DIT ZIJN DE BARRIÈRES

• Bruikbare systemen

Een belangrijk probleem is de integratie van systemen, content en apps. Een nieuwe toepassing moet kunnen worden opgenomen in de bestaande systemen. Dit blijkt echter vaak lastig te zijn, omdat oude systemen niet ingericht zijn voor koppeling aan nieuwe toepassingen. Toch is het niet onmogelijk. Marit Dekker noemt een voorbeeld: 'Telerevalidatie.nl en de VIR hebbende handen ineengeslagen en bieden een koppeling van beide systemen aan.' Daarnaast vindt Dekker goede gebruiksvriendelijkheid van e-revalidatietoepassingen essentieel, net als stabiele technologie. Apparaten kunnen stukgaan, stroom kan uitvallen of WiFi kan niet werken. Dit kan gevaarlijke situaties opleveren. Het is belangrijk dat instellingen nadenken over deze nieuwe risico's en voorzorgsmaatregelen treffen.

• Financieringsproblemen

Het ontwikkelen en implementeren van e-revalidatie is een langdurig en kostbaar proces. Veel mooie initiatieven redden het uiteindelijk niet, omdat er ergens tijdens dit proces iets misloopt met de financiering. Er is geld nodig voor het ontwikkelen van de innovatie, het uitvoeren van pilots, het aantonen dat de inzet meerwaarde heeft ten opzichte van bestaande zorg, en voor implementatie en opschaling. Marit Dekker: 'Dat e-revalidatie nog onvoldoende vergoed wordt is een veel gehoorde reden om na een tijdelijk innovatieproject niet meer met de toepassingen verder te gaan.' Dit wordt echter ook wel gebruikt als 'smoes': innovatie scoort en het voortzetten van een initiatief is vaak moeizaam en minder sexy. Dan ontbreekt het dus ook aan voldoende wil om door te gaan met het initiatief.

• Ieder werkt voor zich

Instellingen hebben al gauw het idee dat iets dat elders is ontwikkeld net niet bij de eigen situatie past. Bovendien willen ze trots hun eigen producten kunnen tonen en speelt onderlinge concurrentie een rol. Dekker: 'Er wordt veel dubbel werk gedaan, omdat er te weinig kennisoverdracht en samenwerking is. Instellingen houden erg vast aan hun eigen projecten, en steken daar vaak veel tijd en geld in.'

• Interne weerstand

Weerstand bij de medewerkers is volgens Dekker de grootste en moeilijkste barrière, zeker als je net begint met een e-revalidatieproject. 'Behandelaars zijn bang dat technologie hun plaats inneemt en

dat ze op termijn hun baan verliezen.' Ook het feit dat hun rol verandert, baart hen grote zorgen. Een ander issue is de zorg over privacybescherming. Er bestaat een kans dat dit misgaat, bijvoorbeeld door een datalek of hackaanval. Daarnaast maken medewerkers zich zorgen over de toegankelijkheid van nieuwe technologie. Bepaalde groepen, zoals ouderen, allochtonen en laaggeletterden, kunnen er moeite mee hebben. Het is erg belangrijk dat instellingen aandacht hebben voor dit soort zorgen. Als er niets mee gedaan wordt, kunnen die zorgen ontaarden in grote weerstand tegen innovatie.

• Slim omgaan met geld

Voor succesvolle implementatie en opschaling van e-revalidatie is voldoende financiering nodig. Dit klinkt vanzelfsprekend, maar toch gebeurt het nog vaak dat instellingen niet goed nadenken over hoe ze een innovatie op de lange termijn gaan bekostigen. Op het open platform www.zorgvoornoveren.nl is allerlei informatie te vinden over financiering, met tips voor zorginstellingen, bijvoorbeeld over mogelijke financieringsbronnen, acties voor opschaling van een innovatie, het maken van een kosten-batenanalyse en het opstellen van een business case.

> DIT KUN JE ER ALS INSTELLING AAN DOEN

• Aandacht voor barrières

Bij implementatie van een nieuwe e-revalidatietoepassing is het van belang dat de besluitvormers aandacht hebben voor alle hiervoor genoemde barrières. Dus zeker ook voor de onzichtbare barrière van interne weerstand. Want een innovatie kan perfect zijn, maar als artsen en andere behandelaars de meerwaarde er niet van inzien, is er weinig kans van slagen.

• Verandermanagement

Goed verandermanagement, waarbij ook wordt gekeken naar de zorggebruiker, dus de revalidant, kan interne weerstand voorkomen of weg nemen. Marit Dekker: 'Mensen zo vroeg mogelijk betrekken in het proces, duidelijk maken wat de voordelen zijn en hen zélf de meerwaarde van de technologie laten ontdekken.' Dit geldt niet alleen voor behandelaars. 'Ook de ICT-afdeling is een belangrijke partij, die vaak wordt vergeten.'

• Draagvlak creëren

In het proces van innovatie is draagvlak cruciaal. Draagvlak creëren kan bijvoorbeeld door binnen het centrum een groep ambassadeurs bij elkaar te brengen: behandelaars die geloven in het nut van de innovatie en dit ook actief naar hun collega's willen uitdragen. Dekker: 'Een enthousiaste collega kan meer draagvlak creëren dan een manager.'

• Klein beginnen

Een andere sleutel tot succes is klein beginnen. Start bijvoorbeeld met een pilot of richt een proeftuin in, zodat medewerkers kunnen kennismaken met een nieuwe technologie. Door klein te beginnen en te zorgen voor duidelijke doelen en evaluatiemomenten kunnen

problemen worden opgespoord en opgelost. In de opschalingsfase hoef je dan geen beginnersfouten meer te maken.

• Samenwerken

Bij grootschalige implementatie van e-revalidatie is samenwerking tussen instellingen onmisbaar. Dekker: 'Revalidatie-instellingen zijn te weinig op de hoogte van wat andere instellingen doen, en dat is zonde. Je hebt elkaar nodig om grote stappen te kunnen zetten.' Daarom hebben acht revalidatiecentra op dit punt de krachten gebundeld. Het samenwerkingsverband is nu bijna twee jaar bezig en heeft onder meer de inhoud van de CVA-module van Telerevalidatie.nl ontwikkeld.

• Wat wil de revalidant?

Behandelaars vinden van alles van e-revalidatie, maar wat willen revalidanten eigenlijk zelf? Marit Dekker merkt dat patiënten binnen Roessingh positief zijn over de ontwikkelingen op e-revalidatiegebied. 'In het drukke leven dat men tegenwoordig leidt met werk en kinderen, zien veel mensen het echt als een uitkomst. Een slimme innovatie kan zowel de patiënt als zijn thuisfront veel tijd en moeite besparen.' Dekker denkt dat patiënten geen belemmerende, maar juist een stimulerende invloed zullen hebben op het gebruik van e-revalidatie. 'Zij willen wel. De grootste bottleneck ligt echt bij de zorgverleners. Positieve reacties van patiënten kunnen zeker helpen om de wat afwachtende zorgverlener over de streep te trekken.'



Emma Heesbeen (1993) volgt de masteropleiding Organisaties, Verandering en Management aan de Universiteit Utrecht. Zij richt zij zich op veranderprocessen binnen organisaties, vanuit de overtuiging dat gestandaardiseerde stappenplannen en simpele oplossingen niet geschikt zijn voor succesvolle organisatieverandering. 'Je krijgt als verandermanager te maken met zaken als organisatiecultuur, weerstand, conflict en betekenisgeving. Hoe maak je deze menselijke processen inzichtelijk en hoe ga je er op de juiste manier mee om?' Emma loopt stage bij Revalidatie Nederland in het kader van haar afstudeeronderzoek, waarin zij kijkt naar zorgketens binnen de revalidatiesector. Ze onderzoekt de factoren die van invloed zijn op de samenwerking en het leiderschap binnen dit soort ketens.



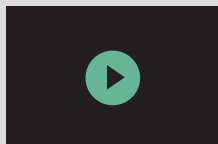
Capacity

Capacity, gaat het fotoboek heten dat nu wordt gemaakt door fotografen **Inge Hondebrink** en **Hélène Wiesenhaan**. Zij volgen het Nederlands paralympisch atletiekteam in de aanloop naar de Paralympische Spelen in Rio de Janeiro, en tijdens de spelen zelf.

Het gaat om atleten met een A-status van NOC*NSF, wat inhoudt dat ze een salaris ontvangen en fulltime sporter zijn. Het boek zal sportbeelden bevatten, maar zal vooral ook laten zien wat er nodig is om op dit niveau te sporten. Wat moeten deze topsporters doen en laten, en wat krijgen ze ervoor terug? De fotografen willen met hun boek mensen inspireren en ze willen zichtbaar maken dat je ondanks een handicap volwaardig topsporter kunt zijn.

In het -Engelstalige -boek komen columns te staan van de hand van Abdelkader Benali (auteur), Bibian Mentel (paralympisch kampioen boardercross), Craig Spence (director of Media and Communications bij het Internationaal Paralympisch Comité) en John Volkers (journalist Volkskrant).

De fotografen brengen Capacity in eigen beheer uit. Bezoek de [website](#) voor meer informatie



RM-fotograaf Inge Hondebrink fotografeerde bij verschillende topsportevenementen, op verschillende plaatsen in de wereld. Hierboven een impressie. Samen met collega-fotograaf Hélène Wiesenhaan werkt Inge aan een fotobundel over professionele atleten die zich voorbereiden op de Paralympische Spelen in Rio de Janeiro.