

RM

RevalidatieMagazine

JAARGANG 22 | NUMMER 3 | SEPTEMBER 2016

THIS GARMENT HAS BEEN ENGINEERED
TO UNITE INNOVATION WITH
CRAFTSMANSHIP.
JUST THE PRODUCT
G-STAR RAW

Medische vooruitgang vraagt aangepaste revalidatie

Duchenne-expertise naar hoger niveau | 3D-printen op punt van doorbraak |
Impuls voor revalidatie na reanimatie | Aandacht voor voeding |
'Pijnrevalidatie goed product' | Prominentere rol ziekenhuisrevalidatie

Optimale kwaliteit van leven

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



Meer informatie over medisch specialistische revalidatie: www.revalidatie.nl
Revalidatie Nederland, Oudlaan 4, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht, 030 2739384, info@revalidatie.nl

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

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

Revalidatie 
Nederland

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 ongeveer met mij. Wanneer ik assistentie nodig heb, plaats ik een oproep en komt een ADE-assistent van Fokus mij assisteren."

Jan, Fokuscliënt

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

REHACARE
INTERNATIONAL



Vakbeurs en congres

Düsseldorf, Duitsland
28 sep. – 1 okt. 2016.

www.rehacare.de

Zelfbeschikkend leven



Messe
Düsseldorf

Organized by
Vakbeurs Revalidatie en ... 2017 2018 Revalidatie
Tel. 020 40111111 - Fax 020 40111111
info@revalidatie.nl - www.revalidatie.nl

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

Inhoud

REVALIDATIE MAGAZINE | JAARGANG 22 | NUMMER 3 | SEPTEMBER 2016

Berichten 8

Kwaliteitsvenster revalidatie goed bezocht 9

'Wie veel zit moet anders eten' 10

De Professor 13

Frans Nollet

Medische vooruitgang vraagt
aangepaste revalidatie 14

Column 17

Nu de triage bij hersenletsel nog!

Impuls voor revalidatie na reanimatie 20

De specialisten 23

De revalidatietechnicus

Positie PA en VS verstevigd 26

Analyse 28

Leren van Canada

Prominentere rol voor
de ziekenhuisrevalidatie 30



Duchenne-expertise naar hoger niveau

Nederland loopt voorop in kennis over spierziekte Duchenne. Toch worden nog niet alle patiënten bereikt, door onbekendheid van de ziekte. Het nieuw opgezette Duchenne Centrum wil de onderlinge samenwerking stimuleren, om meer grip te krijgen op de ziekte en nog betere therapieën te ontwikkelen.

TEKST Alice Broeksma

4



3D-printen op punt van doorbraak

3D printen wordt momenteel al op kleine schaal toegepast binnen de revalidatie. De techniek ontwikkelt zich snel. Wat zijn de mogelijkheden die 3D-printen biedt op de korte en langere termijn?

TEKST Adri Bolt

18



Na de revalidatie Fleur Jong

De arts in het ziekenhuis vertelde Fleur dat ze na haar amputatie niet meer kon lopen, maar tweeënehalf jaar later deed ze mee aan het wereldkampioenschap atletiek. 'Je moet patiënten stimuleren dingen uit te proberen en je moet ze helpen om grenzen te verkennen.'

TEKST Annelies van Lonkhuyzen

24



Duchenne- expertise naar hoger niveau

Nederland liep al voorop met kennis over de spierziekte Duchenne en heeft de expertise nu gebundeld. Onlangs werd het virtuele Duchenne Centrum Nederland opgericht, een initiatief mogelijk gemaakt door Stichting Spieren voor Spieren in samenwerking met universitaire medische centra en patiëntenverenigingen. Het centrum gaat tevens bijdragen aan verdere verbetering van de revalidatie, zegt revalidatiearts Imelda de Groot.

TEKST Alice Broeksma BEELD Inge Hondebrink

‘**D**e expertise is zo naar een hoger niveau gebracht. We zijn trots dat we dit voor elkaar hebben gekregen,’ zegt Marjolein Bolhuis-Eijsvogel, directeur van Stichting Spieren voor Spieren. Al vanaf de oprichting in 1998 zamelt deze organisatie geld in voor onderzoek naar spierziekten bij kinderen, met inzet van topsporters zoals Pieter van den Hoogenband. Voor nog betere resultaten wilde de stichting een expertisecentrum voor Duchenne creëren en sloeg daarvoor

de handen ineen met het academische LUMC, het Radboudumc en Kempenhaeghe. Hierbij werden ook het Duchenne Parent Project betrokken, Spierziekten Nederland en het Prinses Beatrix Spierfonds.

Wegwijzer

Het nieuwe en virtuele Duchenne Centrum Nederland - dat sinds dit jaar functioneert - is opgezet om ouders van patiëntjes zo goed mogelijk te begeleiden. ‘Mensen weten die weg soms niet te vinden, want diagnose, behandeling en zorg waren nog niet altijd goed gecoördineerd. Wij willen dat alle kinderen met deze aandoening in Nederland dezelfde zorg krijgen en toegang hebben tot de beste specialisten. In 2008 hebben we ook al het Spieren voor Spieren Kindercentrum opgezet, waar ouders en kinderen met een mogelijke spierziekte terecht kunnen voor een snelle en deskundige diagnose. We streven ook naar steeds meer samenhang in kennis en kunde, zodat alles goed op elkaar aansluit. Het Duchenne Centrum Nederland is een unieke mogelijkheid tot een gecoördineerd, integraal en kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod.’

‘Meer **samenwerking** is heel belangrijk om meer **grip** te krijgen op de ziekte’



Revalidatiearts Imelda de Groot: 'We liepen in de Duchenezorg in de wereld al behoorlijk voorop, en dat moeten we ook blijven doen.'

Gestegen levensverwachting

Imelda de Groot, voorzitter van de werkgroep Neuromusculaire Aandoeningen van revalidatieartsenvereniging VRA en revalidatiearts bij Radboudumc, noemt het expertisecentrum een goede ontwikkeling. 'Meer samenwerking is heel belangrijk om meer grip te krijgen op de ziekte, en om betere therapieën te kunnen bieden. Er zijn zo'n 500 Duchenne-patiënten in Nederland. Waarschijnlijk meer, we hebben ze nog niet allemaal in beeld.' Door betere behandel mogelijkheden is de levensverwachting fors gestegen, naar nu gemiddeld een jaar of 30, 35.

En die levensverwachting zal nog verder stijgen, zegt de revalidatiearts, mede door meer mogelijkheden om het proces te remmen. Voor de ziekte van Duchenne worden verschillende medicijnen getest. Er zijn uitkomstmaten ontwikkeld om effecten van behandelingen te testen in klinische studies. Ook het natuurlijk beloop van de ziekte is beter in kaart gebracht.

DUCHENNE SPIERZIEKTE

Duchenne is een erfelijke spierziekte die 1 op de 4000 tot 6000 jongens treft. Het zijn vrijwel alleen jongens door de locatie van het gen op het X-chromosoom; er zijn slechts enkele meisjes met de ziekte. Door het ontbreken van het eiwit dystrophine worden spieren aangetast en verzwakt. De eerste verschijnselen zijn al jong zichtbaar. Geleidelijk zal de spierkracht afnemen, en de meeste kinderen hebben tussen hun achtste en twaalfde een rolstoel nodig. Omdat ook de hartspier en de ademhalingspijnen steeds zwakker worden, is Duchenne spierziekte uiteindelijk fataal. Maar de levensverwachting van Duchenne-patiënten stijgt. Werden jongens met de aandoening een halve eeuw terug gemiddeld niet ouder dan 14 jaar, nu ligt de gemiddelde leeftijd tussen de 30 en 35 jaar.



Imelda de Groot: 'Bewegen is heel goed voor lichaam en geest, maar het is zeker niet vanzelfsprekend voor kinderen met Duchenne spierziekte. Zoeken naar mogelijkheden om hen toch te laten bewegen is onderdeel van goede zorg.'

Kinderrevalidatie

Kinderen met Duchenne gaan jaarlijks naar een academisch ziekenhuis, voor een multidisciplinaire screening op gebied van onder meer hart, longen, rug en gewrichten. Zes van de acht Nederlandse academische centra zijn hierin gespecialiseerd. Dagelijkse begeleiding krijgen de kinderen van een revalidatiecentrum in hun eigen woonomgeving. Het revalidatieteam ondersteunt onder meer door te zorgen voor de juiste therapie, hulpmiddelen en psychologische begeleiding. De Groot signaleert dat de situatie bij

revalidatie-instellingen is veranderd door de hogere levensverwachting. 'We hebben de Duchenne-patiënt lang vastgehouden in de kinderrevalidatie, we konden ze nergens anders kwijt. Te weinig volwassen mannen met Duchenne kwamen terecht bij de revalidatie. Nu zijn dat er al veel meer. De revalidatie moet mee-veranderen. De centra hebben nu, begrijpelijkerwijs, vaak nog te weinig kennis van volwassenen met Duchenne. Daar is dus informatie nodig, ook via het nieuwe virtuele centrum dat kartrekker is van de vernieuwing.'

Andere aspecten

Vroeger kreeg bijvoorbeeld bijna elke Duchenne-patiënt een scoliose, vertelt De Groot: een vergroeiing van de ruggengraat. 'Tegenwoordig zien we dat veel minder, maar we hebben nu te



WAT HET DUCHENNE CENTRUM NEDERLAND DOET OM DE ZORG TE VERBETEREN

Met subsidie van Spieren voor Spieren start het Duchenne Centrum Nederland vijf projecten om de zorg te verbeteren.

1

Database

Het verzamelen van gegevens over het beloop van de ziekte, om zo een betere voorspelling te kunnen doen hierover.

2

Zorg

Het inventariseren van de huidige situatie en de gewenste situatiedoor ouders/patiënten en zorgverleners, en het vormgeven van een Nederlandse richtlijn voor optimale zorg.

3

Uitkomstmaten

Het ontwikkelen van nieuwe maten voor het monitoren van veranderingen op spier-niveau en functioneel niveau.

4

Psychologische kenmerken

Het in kaart brengen van psychologische karakteristieken en het bestuderen van een gerichte interventie.

5

Biomarkers

Het detecteren van stoffen in urine of bloed als markers voor progressie van de ziekte.

maken met een verouderingseffect dat nog nieuw voor ons is. We zien bij volwassen mannen met Duchenne meer problemen met bijvoorbeeld voeding, darmen en blaas.' De insteek bij de begeleiding wordt daarom ook anders. 'We verwachten dat er nog andere aspecten aan het licht zullen komen. Zo kunnen er patiënten zijn die lichamelijk ernstig beperkt raken, maar bijvoorbeeld nog wel kunnen praten en kunnen aansturen met de ogen. De technologie is natuurlijk ook enorm vooruitgegaan. Dus moeten er meer technische ondersteuningsmogelijkheden worden ingezet.' Verder is er een nieuwe, psychosociale kant door de toegenomen levensverwachting. Werd voorheen volledig ingezet op comfort voor de patiënt, nu moet er worden nagedacht over scholing, een plek in de maatschappij, psychologische ontwikkelingen. Werk aan de winkel. Maar Imelda

de Groot benadrukt dat Nederland trots mag zijn op wat er al was bereikt. 'We liepen in de Duchenezorg en bij medicijnontwikkeling in de wereld al behoorlijk voorop, en dat moeten we ook blijven doen.'

'We hebben te maken met een **verouderingseffect** dat nog nieuw voor ons is'

Een nieuw soort app



Revalidatiecentrum Roessingh in Enschede heeft een nieuw soort app gemaakt. Revalidanten kunnen hiermee via hun smartphone of tablet afspraken inzien en navigeren door het gebouw.

Roessingh lanceerde - voor zover bekend als eerste Nederlandse revalidatiecentrum - eind vorig jaar een eigen app. De app biedt mensen via hun smartphone of tablet toegang tot beknopte informatie, die specifiek is gericht op patiënten. Via de app kun je doorklikken naar de website, waar uitgebreidere informatie te vinden is. Alle informatiefolders zijn via de app te bekijken, net als informatie over behandelaars, bezoektijden of contactgegevens. Onlangs is de app uitgebreid met een agenda- en navigatiefunctie. Elke week ontvangen cliënten van Roessingh een planning van de verschillende therapieën voor de aankomende week. Het was al mogelijk om via de website deze planning in te zien, maar nu is deze optie ook beschikbaar in de app. Voorwaarde om van deze dienst gebruik te maken, is dat cliënten zich aanmelden. Na aanmelding ontvangen ze per mail een inlogcode voor het beveiligde gedeelte van zowel de app als de website.

Nieuw is ook de mogelijkheid om met de app te navigeren in Roessingh. Cliënten en bezoekers kiezen een bestemming en krijgen vervolgens aanwijzingen en herkenningspunten te zien die hen naar hun bestemming leiden. Het navigeren gebeurt door middel van zogeheten iBeacons: kleine zendertjes die overal in het gebouw zijn aangebracht en die via Bluetooth draadloos verbinding maken met het apparaat van de app-gebruiker.

De app van Roessingh is inmiddels meer dan 1000 keer gedownload. Er zijn dagelijks minimaal 70 tot 100 actieve gebruikers. De Roessingh-app is te downloaden via Apple App Store, Google Play Store of Windows Store.

Zijn er meer revalidatie-instellingen met vernieuwende apps? Laat het ons weten op rm@revalidatie.nl!

BERICHTEN

Pijnrevalidatie goed product

Medisch specialistische revalidatie heeft hoogstwaarschijnlijk veel effect bij chronische pijn, ook op de langere termijn. Dat blijkt uit een recent onderzoek onder 165 patiënten. Voor onderzoeker Rob Smeets bevestigen de uitkomsten dat pijnrevalidatie een goed product is.

TEKST Adri Bolt **BEELD** Inge Hondebrink

“Ik krijg regelmatig de vraag: wat doet die pijnrevalidatie nu eigenlijk?”, vertelt Rob Smeets, hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan de Universiteit Maastricht en revalidatiearts bij Libra Revalidatie & Audiologie. ‘Het beeld is dat revalidatie bij veel patiënten geen effect heeft, of dat het effect van korte duur is.’ Daarom is Smeets blij met de onderzoeksresultaten die te vinden zijn in het artikel Long-Term Outcomes of Multidisciplinary Rehabilitation for Chronic Musculoskeletal Pain. Smeets: ‘Het bijzondere aan dit onderzoek is dat we de patiënten twee jaar lang hebben gevolgd, nadat ze vijftien weken behandeld waren bij het Rijnlands Revalidatie Centrum.’

Duidelijke verbetering

Daarbij bleek dat medisch specialistische pijnrevalidatie hoogstwaarschijnlijk een groot positief effect heeft, ook op de langere termijn. ‘Dat was het geval bij meer dan 70 procent van de onderzoeksgroep. Deze patiënten rapporteerden een duidelijke verbetering op het terrein van pijn, moeheid, ervaren beperkingen, vitaliteit, algemeen lichamelijke functioneren, zorggebruik en werkhervatting. Ook het geestelijk functioneren ging vooruit, zij het iets minder sterk.’ Doordat de studie geen controlegroep kende, zouden de verbeteringen ook andere oorzaken kunnen hebben dan de behandeling. Volgens Smeets is dat onwaarschijnlijk. ‘De behandelde patiënten hadden gemiddeld al meer dan vijf jaar pijnklachten, waarin geen verbetering optrad. Het ligt dus voor de hand dat de verbetering werd veroorzaakt door de behandeling.’

Eerste lijn

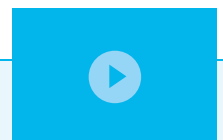
Wel denkt Smeets dat de pijnrevalidatie beter georganiseerd kan worden. ‘We moeten de keten anders inrichten. Er moet zo vroeg mogelijk, bij voorkeur in de eerste lijn, een goede analyse van het probleem gemaakt worden. Daartoe moet de medisch specialistische revalidatie haar kennis en kunde naar de eerste en anderhalve lijn brengen. Bijvoorbeeld door daar spreekuur te houden, en door diagnostische en andere kennis over te dragen aan verpleegkundigen.’ Dat leidt tot een risicoprofiel, waaruit blijkt welke patiënten in de eerste en anderhalve lijn behandeld kunnen worden. ‘Wanneer dat tijdig gebeurt, lopen de problemen niet uit de hand, en vermindert de druk op de tweede en derde lijn, die op dit moment groot is.’ Smeets denkt dat die ontwikkeling door gaat zetten. ‘Het gaat om een grote groep patiënten en hun lijden is groot. Daarom moeten we ervoor zorgen dat ze veel sneller aan een op maat gesneden behandeling kunnen beginnen.’

VLOG

AFLEVERING 1 - CEREBRALE PARESE

Wat dóet een kinderrevalidatiearts?

Inez van der Ham is kinderrevalidatiearts bij Rijndam Revalidatie, in Rotterdam en Dordrecht. Ze vertelt: ‘Ik werk met kinderen vanaf de leeftijd van vier jaar, en hun families. De kinderen bezoeken zowel speciale als reguliere scholen, en kunnen allerlei verschillende diagnoses of aandoeningen hebben, waardoor ze moeite hebben om zich te ontwikkelen. Het is echt heel erg mooi werk. Maar ik merk dat veel mensen zich niet zo goed kunnen voorstellen wat je in de dagelijkse praktijk nou eigenlijk dóet als kinderrevalidatiearts. Daarom leek het mij leuk om een paar vlogs te maken daarover.’ Haar eerste vlog gaat over cerebrale parese; later volgen er meer.





HOE VAAK WERD GEKEKEN?

Tot nu toe is www.nvz-kwaliteitsvenster.nl sinds de lancering een kwart miljoen keer bezocht, door (hoeveel?) unieke bezoekers die gemiddeld per sessie 4,4 pagina's bekeken gedurende 2,5 minuten. Het Kwaliteitsvenster Revalidatie had in het eerste jaar 12.000 unieke bezoekers. Gemiddeld bekeken zij ruim zes pagina's gedurende 3 minuten.

Kwaliteitsvenster revalidatie goed bezocht

Revalidatiepatiënten weten het Kwaliteitsvenster Revalidatie steeds beter te vinden. Dit deel van de uitgebreide site www.nvz-kwaliteitsvensters.nl trekt gemiddeld tweehonderd bezoekers per week. Revalidatiecentra geven zo openheid over de kwaliteit van hun zorg.

TEKST Carine Harting

De roep om betrouwbare informatie over de kwaliteit in de zorg resulteerde in 2014 in de website met kwaliteitsvensters, een initiatief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). In eerste instantie waren het ziekenhuizen die hier hun scores op tien verschillende onderwerpen plaatsen, zoals patiëntervaringen, sterftecijfers en wachttijden. Halverwege 2015 werd de site uitgebreid met het Kwaliteitsvenster Revalidatie. In totaal zijn er 49 kwaliteitsvensters van zeventien revalidatiecentra en 22 ziekenhuizen voor verschillende locaties. Het vijftigste venster is in de maak

ANDERE ONDERWERPEN

Astrid Verkaar, beleidsmedewerker bij de NVZ en projectleider Kwaliteitsvenster, vertelt waarom revalidatiecentra een eigen venster hebben binnen de site. 'Revalidatiecentra leveren andere zorg dan ziekenhuizen en rapporteren daardoor voor een deel over andere onderwerpen. Bijvoorbeeld over weer zelfstandig kunnen wonen en doorligwonden; onderwerpen waarover revalidatiepatiënten zeker meer willen weten. Terwijl de centra niet rapporteren over risicovolle operaties; een onderwerp dat voor ziekenhuizen

juist wel relevant is. Daarom is gekozen voor eigen kwaliteitsvensters.'

MEERWAARDE

De informatie over de kwaliteit van zorg van ziekenhuizen en revalidatiecentra is makkelijk toegankelijk voor patiënten en geïnteresseerden. De meerwaarde van de kwaliteitsvensters ligt in de combinatie van cijfers en toelichting, zegt Verkaar: 'Geïnteresseerden krijgen niet alleen een score te zien, maar ook informatie over de betekenis daarvan. In de toelichting geven centra bijvoorbeeld aan waarom een score is gestegen of gedaald ten opzichte van het jaar ervoor. Of waarom het cijfer afwijkt van de landelijke norm. Wat het beleid is om een score te verbeteren. Zo wordt het cijfer in context geplaatst en dit zorgt voor beter begrip bij de patiënt. Dat is een groot verschil met de cijferlijstjes in de grote kranten.'

ONDERLING VERGELIJKEN

De NVZ-projectgroep heeft met een online enquête de reacties gepeild van bezoekers aan het Kwaliteitsvenster Revalidatie. 'Bezoekers bekijken de scores, vinden de geboden informatie nuttig en geven

aan nog eens terug te willen komen. Wat we nog niet hebben onderzocht, is wat ze precies met de informatie dóen. Ons idee is dat de bezoeker vooral meer wil weten over het revalidatiecentrum waar hijzelf of een bekende revalideert of gaat revalideren.' Verkaar benadrukt dat de geboden informatie niet absoluut is. 'Iedere individuele behandeling is anders, iedere patiënt en aandoening is anders. De cijfers zijn bedoeld als indicatie voor wat je kan verwachten van een behandeling in een bepaald centrum.'

TOP DRIE

De meest bekeken onderwerpen op het Kwaliteitsvenster Revalidatie zijn patiëntervaring (circa 9.000 keer in het eerste jaar), actuele wachttijden (circa 6.500) en functioneren van artsen (circa 5.500). Astrid Verkaar: 'Duidelijk is dat bezoekers gemiddeld langer het Kwaliteitsvenster Revalidatie bezoeken en dat ze meer pagina's bezoeken. Het verschil is opvallend, maar misschien ook logisch aangezien een patiënt soms maanden wordt behandeld in een revalidatiecentrum. Dan wil je goed uitzoeken hoe het is gesteld met de kwaliteit.'

‘Wie veel zit moet anders eten’

Het risico op hart- en vaatziekten, diabetes en andere complicaties is voor mensen in een rolstoel veel hoger dan normaal. In haar nieuwste boek *The Sitting Chef* benadrukt publicist en spreker Annemarie Postma - zelf rolstoelgebonden - dat niet alleen beweging, maar ook de juiste voeding van levensbelang is als preventie.

TEKST Alice Broeksma **BEELD** Inge Hondebrink

Onderzoek wijst uit dat lang zitten de kans op vroegtijdig overlijden vergroot met 40 tot 60 procent, waarschuwt Annemarie Postma in haar nieuwe boek *The Sitting Chef*. ‘Uiterst relevante kennis voor mensen in een rolstoel, maar niet alleen voor die groep. Heel Nederland is gevangen in een zit-cultuur, en die zitcultuur is funest.’ Sedentair gedrag - te veel zitten en liggen - is iets anders dan inactiviteit. ‘Je kunt elke avond sporten en overdag toch te veel zitten; je kunt als rolstoeler tennissen of handbiken en toch je benen niet bewegen. Sedentair gedrag is apart gedrag met geheel eigen gezondheidsrisico’s. Dat komt voornamelijk doordat je je grootste spiergroep, de benen, niet beweegt. Daardoor vermindert je stofwisseling drastisch en stijgt na maaltijden je bloedsuikerspiegel tot grote hoogten. Bij wie veel zit blijft die bloedsuikerspiegel pieken met alle schadelijke gevolgen van dien. Denk bijvoorbeeld aan vaatbeschadigingen en insulineresistentie, en op termijn aan diabetes, visusklachten of een hogere kans op dementie. Veel zitten heeft ook een groot effect op je geestelijk welzijn. Met de juiste, op de sedentaire leefstijl afgestemde voeding zijn deze effecten te voorkomen en bestrijden.’

VOEDINGSADVIES

In haar nieuwe boek introduceert Postma als eerste een voedingsmodel dat is gericht op een sedentaire leefstijl. Zelf zit ze sinds haar twaalfde jaar - ze is nu 47 - door een incomplete dwarslaesie in een rolstoel. Als ‘zit-veteraan’ zocht ze voedingsadvies, maar vond nergens richtlijnen voor mensen in haar positie. ‘Omdat daar geen aandacht voor bestond, ben ik er zelf langdurig en diepgaand studie van gaan maken. Voor dit boek heb ik geput uit meer dan driehonderd wetenschappelijke studies. Zittend leven vraagt écht om opperste alertheid en om specifieke voedingskennis, discipline en bewuste keuzes die ondersteunen in plaats van extra belasten. Het zitten zelf is al zwaar genoeg voor je lijf én wat je erin stopt moet er ook weer uit. Dat is bij veel dwarslaesiepatiënten een groot probleem.’

SUIKER

Een eerder boek van haar hand, *Het lichaam is perfect*, kwam voort uit vragen van vrienden die wilden weten hoe ze in die rolstoel

toch zo slank en energiek bleef. Postma, ook voormalig fotomodel, schrapte de enkelvoudige koolhydraten - koolhydraten met een hoge zogeheten glycemische index, zoals geraffineerde suikers en granen - uit haar bestaan, net als onder meer tarwe, zetmeelrijke en suikerrijke producten en zuivel. ‘Deze voedingsmiddelen worden door je zittende lichaam, dat niks met deze hoeveelheid energie kan, omgezet in vet, ze verhogen de bloedsuikerspiegel en de triglyceridenwaarden, wat bijdraagt aan hart- en vaatziekten. Ze verhogen ook het risico op bloedklonters en trombose.’ In *The Sitting Chef* gaat ze dieper in op het verband tussen voeding en lichaamsbelasting, en op de vraag welke eetmethode het zittende lichaam juist zou kunnen helpen.

SIT-SMART-METHODE

Een belangrijke pijler in *The Sitting Chef* is de ‘Sit-Smart’-voedingsmethode, tevens basis van Postma’s adviezen aan restaurants, zorgcentra en ook revalidatiecentra. ‘In de ruim 36 jaar dat ik in een rolstoel zit, miste ik in de revalidatiesector aandacht voor voeding bij een sedentaire leefstijl. Tijdens mijn eigen revalidatie en alle jaren erna ben ik niet één behandelaar tegengekomen die tegen de gevaren van veel zitten waarschuwde. Gelukkig begint de medische sector die gevaren steeds meer te zien.’

LANDELIJKE CAMPAGNE

De Sit-Smart-methode zal ook deel uitmaken van Fit for Life, een landelijke campagne van het bedrijf Coloplast die binnenkort van start gaat. ‘Van organisaties die de Sit-Smart-methode willen invoeren vragen we om een duidelijk voedingsbeleid. We hebben een team van door mij getrainde voedingsdeskundigen, sedentair experts en organisatieadviseurs dat kan ondersteunen. De campagne begint met een voorlichtingsserie op internet, met informatie, kookvoorbeelden en leefstijlcoaching. Verder is er een ‘train-de-trainer’-traject, dat onder andere is gericht op revalidatieartsen, diëtisten, verplegend personeel en revalidanten. We willen met deze campagne informeren en inspireren. Zodat mensen die noodgedwongen een sedentaire leefstijl hebben op een vitale en gezonde manier ouder kunnen worden.’



‘Het zitten zelf is al
zwaar genoeg voor
je lijf én wat je erin
stopt moet er ook
weer uit’

VOEDINGSUITGANGSPUNTEN VAN THE SITTING CHEF

In *The Sitting Chef* legt Annemarie Postma onder meer uit waarom het drastisch beperken van dierlijke eiwitten zo belangrijk is, wat natuurlijke bloedverduunners zijn of welke voedingsstoffen het bloed juist verdikken en waarom eiwitrijke diëten voor mensen die zitten zo funest zijn. Ook legt ze uit waarom

je als zittend mens de inname van vooral donkere bladgroenten zoals boerenkool, snijbiet, postelein en spinazie moet verhogen en de inname van fruit juist moet beperken. ‘Het is belangrijk dat mensen weten waaróm dit van belang is. Dat het drinken van veel water cruciaal is voor je zittende lijf; dat het nodig is om de overmaat op te heffen. Mijn methode is vooral ook een anti aging methode, omdat hij erop is gericht om laaggradige

chronische ontstekingen van de vaatwanden te voorkomen en tegen te gaan. Mensen met een lichamelijke beperking lijden, zoals is aangetoond, eerder en veel heviger onder de gevolgen van ouder worden. Zitten is namelijk topsport en veel mensen zijn rond hun veertigste jaar al versleten. Met de juiste voeding kunnen we ons lichaam helpen.’

‘Bewustwording groeit in de centra’

Rogier Broeksteeg, fysiotherapeut bij Rijndam Revalidatie, is blij met de focus op voeding in het boek van Annemarie Postma. Hij was zelf in 2012 co-auteur van *Hoe blijf je fit met een dwarslaesie*, een naslagwerk dat nog steeds verkrijgbaar is, ook via Dwarslaesie Organisatie Nederland. Dit boek wijst eveneens op de fysiologische gevolgen van een zittend bestaan, en de voortvloeiende gezondheidsrisico's, met het voedings- en activiteitenpatroon als pijlers. 'Maar specifiek aandacht voor voeding is terecht en goed. Voorbeeldgerechten en adviezen voor mensen die noodgedwongen een meer sedentaire leefstijl hebben dan de lopende populatie, zijn een toegevoegde waarde.'

VERANDERING

'Annemarie Postma heeft gelijk als ze zegt dat het binnen de revalidatie met de voedingsaanpak nog niet altijd is wat het moet zijn,' zegt de fysiotherapeut. 'Maar er is wel degelijk stapsgewijs verandering gaande, de bewustwording groeit. Eerst lag de focus bijvoorbeeld op het tegengaan van ondergewicht van mensen die net een dwarslaesie hebben. Maar hun gewicht stijgt daarna vaak, zeventig procent wordt te zwaar. Dus nu richten we ons meer op preventie van overgewicht, ook door gezonde voeding.'

GOED METEN

Naar de juiste voedingssamenstelling is het nog zoeken, zegt Broeksteeg. 'Wel is in beeld dat mensen met een dwarslaesie 15 tot 27 procent minder energie verbruiken en dus minder calorieën nodig hebben.' Hij beveelt dringend aan de veranderende lichaamsamenstelling - verhouding spier- en vetmassa - goed te meten, want er is niet één standaard aanpak voor iedereen. 'De apparatuur voor die meting is duur, maar noodzakelijk. Want een patiënt met bijvoorbeeld spasmen, of met een bepaald medicijngebruik, kan een andere hoeveelheid calorieën nodig hebben. Ook is nog niet alles bekend over bijvoorbeeld de benodigde hoeveelheid extra eiwitten bij tegengaan van decubitus. De revalidatie heeft meer wetenschappelijk bewijs nodig over het effect van bepaalde voedingsstoffen op het zittend bestaan.' Zijn revalidatiecentrum hanteert als voedingsbasis de vernieuwde schijf-vanvijf-richtlijn *Gezonde Voeding* van de Gezondheidsraad, omdat dat op dit moment de officiële richtlijn is. 'Maar we staan altijd open voor nieuwe inzichten. We willen als organisatie blijven leren, en we willen onze revalidanten ook op dit vlak zo goed mogelijk begeleiden.'

TOTAALAANPAK

Rijndam wil gezondere voeding aanbieden tijdens de revalidatie, en ziet dit als onderdeel van een totaalaanpak. 'Waarbij ook coaching van groot belang is. Mensen hebben begeleiding nodig bij het veranderen van hun leefstijl. Actiever bewegen in een rolstoel, anders eten, dat doe je niet zomaar even.' Het revalidatiecentrum houdt nu een pilot met coaching, die onder meer bestaat uit een fitheid-



DWARSLAESIEWIKI

Samen met Dwarslaesie Organisatie Nederland gaat het kenniscentrum van De Hoogstraat Revalidatie een DwarslaesieWiki samenstellen. Subsidie komt van ZonMw. 'Om mensen met een dwarslaesie en hun familie betrouwbare en consistente informatie te bieden op internet', zegt Marcel Post, als hoogleraar gespecialiseerd in dwarslaesie. The ma's zijn onder meer medische risico's en het voorkomen van en omgaan met lichamelijke ongemakken bij dwarslaesie. Voor het voedingsblok wordt samengewerkt met de Universiteit van Wageningen. Een student zal worden agetrokken voor literatuuronderzoek. De hoogleraar bevestigt: 'Want dat tekort aan informatie is er wel binnen de revalidatie en van meer kanten is om onderzoek gevraagd. We merken zelf dat in de centra diëtisten vooral bezig zijn met - het voorkomen van - ondervoeding, maar minder kennis hebben van wat een goed voedingspatroon is voor het leven in een rolstoel. Dan verandert je stofwisseling en heb je minder calorieën nodig dan vroeger, en is het dus extra van belang dat je verstandig eet. Voeding kan bijvoorbeeld ook helpen om darmproblemen te voorkomen. Maar echte kennis over de juiste voeding voor dwarslaesiepatiënten is er in ons land niet. Vooralsnog lijkt het mij voor mensen in een rolstoel nuttig om de algemene voedingsadviezen te volgen zoals de vernieuwde Schijf van Vijf, en alles met mate. En zoveel als mogelijk is te bewegen. Dat is natuurlijk ook lastiger als je te zwaar bent.' Ook Marcel Post bepleit systematische begeleiding op langere termijn. Over nieuwe modules zegt de hoogleraar dwarslaesie dat die eerst moeten worden geëvalueerd voordat ze landelijk kunnen worden uitgerold. 'Maar het is natuurlijk heel goed als deze discussie bijdraagt aan een grotere bewustwording over voeding, en dat daar alom beter op wordt gelet.'

test, bewegingsadvies en standaard betrokkenheid van een diëtist. 'Coaching is zeker een half jaar nodig. Dit kan daarna bijvoorbeeld worden aangevuld met maandelijksse vervolgspraken, of e-health.' Samen met het ErasmusMC en het Centrum Gezond Gewicht heeft Rijndam voorts kennis gebundeld in een revalidatiemodule over gezonde leefstijl. Die is binnenkort rond. Broeksteeg denkt aan daaraan gekoppelde cursussen en studiedagen, die dan net zoals de module ook aangeboden zouden kunnen worden aan collega-revalidatiecentra. 'Iedereen zoekt nog naar nadere invulling van het voedingsthema, en brede samenwerking zou goed zijn. Binnen de revalidatie zijn we hiermee nog in een beginstadium.'

De strijd tegen het staartje van polio

TEKST John Ekkelboom BEELD Inge Hondebrink

Dankzij de introductie van de poliovaccinatie in 1957 raakte polio in ons land onder controle. Maar mensen die vóór dat jaar - of later vanwege hun ouders die vaccinatie weigerden - besmet zijn geraakt met het poliovirus en vaak succesvol zijn behandeld, kunnen na vele jaren opnieuw klachten krijgen. Door verzwakking van hun spieren functioneren ze slechter en raken ze ernstig vermoeid. Frans Nollet, hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, heeft zich gespecialiseerd in dit postpoliosyndroom (PPS). Volgens hem krijgt ruim de helft van de voormalige poliopatiënten daarmee te kampen. Om de aandoening beter te begrijpen en patiënten adequater te kunnen behandelen, zette hij in 2011 een landelijk expertisecentrum voor PPS op in het AMC.

Groeiende motorunits

Recent heeft de onderzoeksgroep van Nollet voor het eerst in de wereld via een langlopende studie het al vermoede ziekteverloop van PPS onomstotelijk bevestigd. Ter inleiding legt hij uit wat er gebeurt na een polio-infectie. Iedere zenuwcel in het ruggenmerg heeft uitlopers naar de spieren en die uitlopers sturen een bepaalde groep spiervezels aan. Door polio gaan er zenuwcellen verloren en ter compensatie vormen de nog intacte zenuwcellen extra uitlopers om meer spiervezels te kunnen bedienen. Zo ontstaan er grotere motorische eenheden. Nollet: 'We hebben bij een groep patiënten die motorunits bekeken en tien jaar later opnieuw. Heel duidelijk was dat die grote motorunits langzaam kleiner worden en dat hoe sterker die afname, hoe meer kracht mensen verliezen. Die nieuw gevormde uitlopers zijn van mindere kwaliteit en waarschijnlijk sterven ze bij PPS weer af. Vervolgens verdwijnen de bijbehorende spiervezels omdat ze niet meer worden aangestuurd.'

Ontsteking remmen

Wat precies het onderliggende ziektemechanisme is van dat afsterfingsproces, is nog onduidelijk. Een van de gedachten is dat het te maken heeft met een laag actieve chronische ontsteking, als blijvend restant van de acute polio-infectie. Een nieuw internationaal onderzoek, mede vanuit het expertisecentrum opgezet door Nollet, zal dit vermoeden nu wellicht onderbouwen. Twintig klinieken uit Amerika, Canada en Europa, waaronder het AMC, zullen de komende tijd in totaal 160 PPS-patiënten includeren. Alle deelnemers krijgen een jaar lang elke vier weken gedurende twee dagen een infuusbehandeling. Via loting bestaat die behandeling uit een enkele dosis immunoglobulinen om de ontsteking te remmen, een dubbele dosis ervan of een placebvolle stof. 'Als deze trial effect laat zien, komt er voor de patiënten eindelijk een behandeling beschikbaar om de achteruitgang tegen te gaan,' vertelt de hoogleraar.



Frans Nollet (Amsterdam, 1958) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. In het AMC en Reade specialiseerde hij zich tot revalidatiearts. In die functie werkte hij in het Westfriesgasthuis in Hoorn, in het VUmc in Amsterdam en vanaf 2003 in het AMC. Hetzelfde jaar werd hij hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan de UvA. Deze leerstoel combineert hij sinds vorig jaar met het directeurschap van het MOVEonderzoeksinstituut van de VU. Nollet heeft drie kinderen. Zijn hobby's zijn wielrennen en schaatsen. Hij reed vier keer de Elfstedentocht, waarvan twee keer ongeorganiseerd, en was tien jaar arts van de kernploeg van de Koninklijke Nederlandsche Schaatsrijders Bond.

Individuele aanpak

Zelf heeft het Amsterdamse expertisecentrum ongeveer duizend PPS-patiënten onder behandeling, van wie ongeveer een kwart allochtonen die in het buitenland polio hebben opgelopen. Het centrum is begonnen met een nieuwe benadering van het probleem. Hierbij wordt elke PPS-patiënt gedurende een dag gezien door een behandelteam dat bestaat uit een fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog en revalidatiearts. Tevoren mogen die patiënten ook vragen aan dat team stellen, legt Nollet uit. 'Op basis van het onderzoek, de vragen en een nabespreking krijgt iedere patiënt per brief een individueel advies toegestuurd, zo nodig ook over orthesen, waarvoor we overigens een landelijke richtlijn hebben ontwikkeld. Deze aanpak is heel succesvol. Bovendien is het inspirerend voor het team om met de patiënt naar de problematiek te kijken en daarvoor gezamenlijk naar een oplossing te zoeken.'

Medische vooruitgang vraagt aangepaste revalidatie



Doordat ziekenhuizen ernstige ziekten beter kunnen behandelen, blijven patiënten langer in leven. De medisch specialistische revalidatie krijgt hierdoor te maken met complexere patiënten of juist met mensen die kunnen volstaan met alleen poliklinische revalidatie. De medische vooruitgang vraagt om aangepaste revalidatiezorg.

TEKST John Ekkelboom BEELD Inge Hondebrink

De medische ontwikkelingen gaan in een sneltreinvaart. Specialisten in ziekenhuizen kunnen patiënten steeds beter diagnosticeren en behandelen. Hierdoor blijven meer mensen met een ernstige aandoening, voor wie voorheen geen adequate therapie voorhanden was, langer in leven. Een langer leven betekent overigens vaak ook een leven met extra kwalen en ziektes. En wanneer het om een patiënt met functiebeperkingen gaat, zal wellicht een beroep worden gedaan op de medisch specialistische revalidatie. Deze zorgsector krijgt daardoor met complexere patiënten te maken. Het tegengestelde komt ook voor: door nieuwe behandelingen in het ziekenhuis herstellen mensen beter en hebben daarna anders dan voorheen geen klinische revalidatie meer nodig.

INTRA-ARTERIËLE THERAPIE

Een mooi voorbeeld van dit laatste is volgens Anne VisserMeily, hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan het UMC Utrecht, het herseninfarct. 'Hiervoor zijn nieuwe behandelingen ontwikkeld de intraarteriële trombolyse en de trombectomie om het bloedpropje in de hersenen op te lossen of mechanisch te verwijderen. Door deze interventie neemt de kans af dat patiënten ernstige functionele beperkingen krijgen. Mensen hebben veel vaker voldoende aan poliklinische revalidatie, en in de kliniek blijven dus de ernstig getroffen patiënten over. Ook zien we vaker mensen die voorheen geen overlevingskansen hadden. Dit geldt bijvoorbeeld voor degenen die getransplanteerd zijn of revalideren na oncologische problemen. Door effectievere behandelingen blijven zij langer in leven, maar helaas wel met diverse beperkingen, zoals spierzwakte en cognitieve stoornissen naast interne problemen als hartfalen. Voor de revalidatie zijn dit complexe patiënten omdat ze vaak 'ziek' zijn. Ze hebben snel infecties, slikken veel medicatie, moeten op controle, enzovoort.'

EXPERTISETEAMS

Mede door dit soort ontwikkelingen is de zorg aan het verschuiven, zegt Visser. Zo gaan academische ziekenhuizen en topreferente perifere ziekenhuizen steeds meer met multispecialistische expertiseteams werken. Diagnosen die minder vaak voorkomen, worden nog maar in een paar centra in het land behandeld door specialistische teams. Deze trend zal zich volgens haar voortzetten. 'Daar kunnen we mooi op aansluiten. Immers bij de complexe ziektebeelden is veelal ook revalidatiegeneeskunde nodig. Vroeger werd dat nog niet zo herkend, maar nu wordt de meerwaarde van ons vak zeker gezien door de collega's.' Onlangs had Visser een bespreking op de intensive care van haar ziekenhuis, waar een ICarts haar vroeg of de revalidatie wel genoeg deed om 'zijn' ICpatiënten te helpen met hun terugkeer naar werk. 'Toen dacht ik: dat is toch wel een hele andere instelling dan toen ik ooit begon. Je merkt dat andere medisch specialisten de afgelopen twintig jaar anders zijn opgeleid, waarbij bijvoorbeeld ook aandacht is voor terugkeer naar werk, sport en sociale activiteiten. Dat betekent dat we veel vaker in consult zullen worden gevraagd.'

TRIAGE EN HERTRIAGE

Ook Sven Schiemanck merkt dat de afgelopen vijftien jaar de veranderingen in de ziekenhuiszorg snel zijn gegaan. Hij is revalidatiearts in het Leids Universitair Medisch Centrum en voorzitter van de VRA-werkgroep CVA Nederland. Een fenomeen dat volgens hem effect



JOS DEKKERS

APK'tjes als nazorg

De oorzaak van een dwarslaesie is lang niet altijd een ongeval, zoals vaak wordt gedacht, zegt Jos Dekkers. Hij is voorzitter van Dwarslaesie Organisatie Nederland. 'Steeds vaker zijn het mensen met een tumor of vaatlijden die dankzij betere behandelingen in leven blijven, maar daardoor wel een dwarslaesie oplopen. De medische vooruitgang heeft er ook voor gezorgd dat dwarslaesiepatiënten veel ouder worden dan vroeger. Dit alles betekent dat we met een veel oudere populatie te maken krijgen. Daar moet uiteraard de revalidatie zorg op worden afgestemd. Immers op je dertigste revalideren is toch iets anders dan op je zeventigste. De gemiddelde fitheid en souplesse van ouderen zijn minder. En losstaand van die dwarslaesie krijgen ze ook met ouderdomsverschijnselen te maken. Daarbij komen dan nog vroegtijdige slijtage, doordat je als rolstoeler altijd alles met armen en schouders moet doen, en een scala aan medische risico's, zoals decubitus. De revalidatie zal daardoor langer duren en de nazorg wordt steeds belangrijker. Als belangenorganisatie zijn we nu in gesprek met de revalidatieartsen van het Nederlands Vlaams Dwarslaesie Genootschap over hoe we een werkzame formule kunnen vinden voor die nazorg. Dat we bijvoorbeeld om de zoveel tijd een APK'tje krijgen in een revalidatiecentrum dat is gespecialiseerd in dwarslaesie. Verder pleiten we voor meer samenwerking met de eerste lijn, waar bijvoorbeeld wondverpleegkundigen onder supervisie van de medisch specialistische revalidatie thuis behandelingen kunnen geven. Er zijn al centra die de eerste stappen hiertoe hebben gezet. Essentieel om al die aangepaste zorg mogelijk te maken, is dat zorgverzekeraars deze problematiek erkennen en daarvoor extra ruimte geven.'

heeft op de revalidatiezorg is de kortere ligduur van patiënten in het ziekenhuis, mede door de benchmarking van de zorgverzekeraar. In het ziekenhuis is het streven om voor CVApatiënten de gemiddelde ligduur te verkorten naar zo'n vier tot zes dagen. Op zich vindt hij dit een goede ontwikkeling, maar die vergt wel een snellere triage. 'Op grond van de functionele prognose, belastbaarheid, trainbaarheid en andere indicatoren, kies je het meest voor de hand liggende uitstroomtraject waar de patiënt verder zal revalideren. Verwachten we dat iemand revalideerbaar en goed belastbaar is en een goede

‘Bedoeling is dat we allemaal op dezelfde manier systematisch patiëntenproblemen analyseren.’

functionele prognose heeft, dan verwijzen we door naar een revalidatiecentrum. Hebben we een minder vitale patiënt met een lage belastbaarheid door comorbiditeit, maar die wel naar huis kan, dan triageren we die persoon voor geriatrische revalidatie in een verpleeghuis.’ Aangezien de ligtijd in het ziekenhuis erg kort is geworden voor een goede voorspelling, acht Schiemanck het noodzakelijk om regelmatig een hertriage te doen binnen de zorgketen, zodat patiënten uiteindelijk altijd op de juiste plek komen. ‘Immers de patiënt herstelt en daardoor dienen de intensiteit en inhoud van de behandeling geoptimaliseerd te worden. Als revalidatieartsen moeten we nauwer samenwerken met verschillende instellingen in de keten, zoals de specialist ouderengeneeskunde en de anderhalve en eerste lijn. Verder moeten we goed op de hoogte zijn van de verwijskaart.’

NIEUWE INDICATIESTELLING

De medische ontwikkelingen in de ziekenhuizen hebben dus niet alleen gevolgen voor de ziekenhuisrevalidatie maar voor de hele keten. Yvette van Horn, revalidatiearts bij Adelante in Hoensbroek, heeft die veranderingen meegemaakt. Eerst op de afdeling voor amputatie en trauma en daarna op die voor dwarslaesiepatiënten. Hoewel het aantal patiënten de afgelopen jaren in Adelante stabiel is gebleven, ziet zij dat de gemiddelde zorgzwaarte is toegenomen. ‘Patiënten die nu via het ziekenhuis naar ons worden doorverwezen, zijn doorgaans ouder en/ of zieker. Al een tijdje geleden hebben we onze indicatiestelling daarop aangepast. Hanteerden we altijd een leeftijdsgrens van 65/70 jaar, nu laten we het afhangen van het niveau waarop iemand functioneerde vóór het incident. Als de patiënt een vrij actief en zelfstandig leven leidde, dan verwacht je een betere uitkomst dan van iemand die extreem gesteld achter de geraniums zat. De leeftijd is minder bepalend, hoewel het herstel bij ouderen natuurlijk minder snel gaat.’

KLINISCH REDENEREN

De zorg wordt complexer en zwaarder, constateert ook Van Horn. Steeds vaker verwijzen ziekenhuizen patiënten door die naast func-

tionele problemen ook kampen met diagnoses als suikerziekte, COPD en psychiatrische aandoeningen. Dit betekent volgens haar dat niet alleen de geleverde revalidatiezorg goed op orde moet zijn maar ook de basis-medische zorg. Pas dan is het mogelijk om naast de functiebeperkingen ook de comorbiditeit, zoals hoge bloeddruk, longontstekingen en urineweg-infecties, te behandelen. Om die extra zorg te bieden, heeft Adelante enkele jaren geleden samen met de Maastricht UMC+ Academie de bijscholingscursus Klinisch redeneren ontwikkeld voor de verpleegkundigen, verzorgenden en artsen van het revalidatiecentrum. Van Horn: ‘De bedoeling hiervan is dat we allemaal op dezelfde manier – volgens de ABCDEmethode – systematisch patiëntenproblemen analyseren en daarover op een eenduidige manier met elkaar communiceren. Voorheen gebeurde dat vooral gevoelsmatig. Natuurlijk lukt deze omwenteling niet van de ene op de andere dag. Zo’n cultuurverandering duurt jaren. Over de financiële gevolgen van die extra inzet zijn nog geen gesprekken met de zorgverzekeraars gevoerd. Deze trend is moeilijk in cijfers uit te drukken. We hebben namelijk nog geen voormetingen gedaan. Er zouden gelden van de ziekenhuizen naar ons moeten vloeien. Dit onderwerp gaan we zeker binnenkort aankaarten.’

MEER GEDULD

Ook op het gebied van amputaties ziet Van Horn dat het aantal problematische patiënten is toegenomen. Er zijn meer patiënten met ernstig vaatlijden die overleven, met als gevolg een noodzakelijke amputatie, steeds vaker dubbelzijdig. Door dat vaatlijden hebben zij dikwijls ook nier en cardiale problemen met soms een CVA erbij. Vaatproblemen zijn evenals oncologische problemen volgens Van Horn ook veel vaker de oorzaak van een dwarslaesie. ‘Vroeger had je vooral jongere traumatische dwarslaesiepatiënten. Nu zien we juist ouderen die dankzij een geslaagde behandeling van kanker of vaatlijden overleven, maar daardoor wel een dwarslaesie oplopen. Hun herstel duurt langer en vergt een andere aanpak van de therapeuten. Je moet meer geduld hebben en op een gepaste manier werken aan de spieropbouw. Ook moet je rekening houden met een eventuele partner die ouder wordt. Gaat het bij jongeren vooral over school, opleiding en/of werk, bij oudere patiënten is het essentieel dat er goede mantelzorg is.’

SNELLER OVERNEMEN

Met de omringende ziekenhuizen heeft Adelante inmiddels afspraken gemaakt om patiënten sneller te kunnen overnemen. Zo heeft het revalidatiecentrum sinds enkele jaren een SteppedCare-afdeling voor CVApatiënten, waar zij binnen 48 uur kunnen worden opgenomen mits zij stabiel zijn. Van Horn vermoedt dat er ook voor andere diagnosegroepen dergelijke afspraken zullen komen. ‘Met het Maastricht UMC+ hebben we nu de afspraak om hun traumapatiënten binnen vijf dagen over te nemen, om zo snel mogelijk hier



tionele problemen ook kampen met diagnoses als suikerziekte, COPD en psychiatrische aandoeningen. Dit betekent volgens haar dat niet alleen de geleverde revalidatiezorg goed op orde moet zijn maar ook de basis-medische zorg. Pas dan is het mogelijk om naast de functiebeperkingen ook de comorbiditeit, zoals hoge bloeddruk,

met het revalidatietraject te beginnen. Dat is een goede ontwikkeling. Het ziekenhuis kijkt toch minder met een revalidatiebril naar de patiënt. Hun taak is de patiënt zodanig beter te maken dat die snel de deur uit kan. Wij werken vervolgens toe naar hernieuwde zelfstandigheid.’



Nu de triage bij hersenletsel nog!

Recent bereikte ik een mijlpaal: ik ben twintig jaar directeur van een patiëntenvereniging. Of, zoals een oud-collega het verwoordde: ik sta twintig jaar op de barricaden voor mensen met hersenletsel. Zo'n moment nodigt uit tot reflectie.

De afgelopen decennia is er veel ten goede veranderd in de zorg voor mensen met hersenletsel, en dan met name voor de groep met een herseninfarct of -bloeding. De kennis over het herkennen van een CVA en hoe dan te handelen is bij het grote publiek enorm toegenomen. Mensen zijn na het ontstaan van een CVA gemiddeld sneller in het ziekenhuis en ze worden ook sneller behandeld. Daarbij zorgen methoden als trombolysie en trombectomie ervoor dat steeds meer mensen een CVA overleven, en ook dat de gevolgen van het CVA meer beperkt blijven.

Waar hersenletselpatiënten voorheen met grote regelmaat te horen kregen dat eerst het spontaan herstel werd afgewacht voor met revalidatie werd begonnen, komt dat anno 2016 - gelukkig maar! - steeds minder voor. Er wordt zo snel mogelijk begonnen met oefenen, en de oefeningen worden steeds beter afgestemd op de patiënt en zijn naasten. Dankzij inzet van ICT worden de oefeningen ook leuker.

'Slechts 15 procent komt in specialistische revalidatie terecht'

Kijkend naar deze positieve resultaten zou je verwachten dat de patiëntenvereniging inmiddels van de barricaden af is gekomen, om juichend plaats te nemen op de tribune. Het tegendeel is waar. Want dat steeds meer mensen een CVA overleven is prachtig, maar dat van die overlevers slechts circa 15 procent in de medische specialistische revalidatie terecht komt is op zijn minst zorgwekkend. En dit lage getal geldt voor de hele groep met hersenletsel, dus bijvoorbeeld ook voor mensen met letsel door een ongeval.

Het is goed dat in het ziekenhuis de diagnose snel wordt gesteld en de behandeling snel wordt gestart. Daarbij is er druk van verzekeraars om de behandeling zo kort mogelijk te houden. Dit betekent in de praktijk dat ook de triage snel - vaak te snel - plaatsvindt. De triage bepaalt hoe het revalidatietraject eruit zal zien. Kan een patiënt de intensieve behandeling in een revalidatie-instelling aan, is geriatrische revalidatie in een verpleeghuis op zijn plaats? Of kan iemand direct naar huis?

Veel te vaak worden mensen, jong én oud, naar huis gestuurd onder het motto 'te licht, revalidatie niet nodig'. Een omvangrijk probleem, dat ook stevast terugkomt in ons tweejaarlijkse symposium met de titel Het venijn zit in de staart.

Maar er is nog een andere groep: de mensen die naar het verpleeghuis worden gestuurd onder het motto 'te ernstig, niet revalideerbaar'. Ook dit komt nog veel te vaak voor. In het gunstigste geval komen patiënten op een afdeling voor geriatrische revalidatie, wat vaak neerkomt op drie keer per week een half uur fysiotherapie. Als iemand dan na een tijdje toch vooruitgaat, is het door de schotten in de financiering van de zorg niet zo eenvoudig een patiënt toch in dat revalidatiecentrum te krijgen.

Hersenletsel.nl pleit daarom krachtig voor het invoeren van hertriages binnen de zorgketen, bijvoorbeeld iedere twee maanden. In een aantal landen om ons heen is dat al heel gebruikelijk. Het probleem van de onderbehandelde patiënten met lichter letsel is daarmee niet opgelost. Maar patiënten die ondanks een eerdere sombere prognose vooruitgaan, krijgen dan de kans om alsnog op de juiste plek terecht te komen. Ook wie op de basisschool doubleert, moet de kans krijgen later een universitaire studie te volgen!

3D-printen op punt van doorbraak

3D-printen wordt incidenteel al toegepast binnen de revalidatie. Maar de techniek is relatief duur, en levert nog een matig product. Het wachten is op de juiste printer, zegt hoogleraar Hans Rietman, en daarna kan het snel gaan.

TEKST Adri Bolt ILLUSTRATIE Roel Seidell



De eerste grootschalige toepassingen van 3D-printen in de revalidatie zullen vooral op het terrein van de prothesen en orthesen liggen, denkt Hans Rietman. Hij is revalidatiearts bij Roessingh, onderzoeker bij Roessingh Research and Development en hoogleraar revalidatie-geneeskunde en -technologie aan de Universiteit Twente. 'De bestaande techniek is dat je een gipsmodel maakt, bijvoorbeeld van een onderarm en hand. Dat model stort je vol met een ander soort gips. Daarmee krijg je weer de vorm van die hand, en daaromheen maak je met bijvoorbeeld thermoplastisch kunststof de prothese of orthese.' Gips zet uit en krimpt, vertelt Rietman. 'Dat is maar een klein beetje, maar het is met deze techniek niet mogelijk een vorm exact te reproduceren. Met 3D-printen kan dat straks wel, maar eerst moeten nog een paar hordes genomen worden.'

Instrumentmaker

Neem het maken van een koker voor een beenprothese. 'Die koker moet niet alleen heel nauw aansluiten om de stomp, hij moet ook aangepast worden aan de plaatsen waar meer druk gegenereerd moet worden om het gewicht te dragen. Daar moet het materiaal minder meegeven, op andere plaatsen juist meer. Bij het maken van een prothese met een gipsen positief doet de instrumentmaker dat op basis van gevoel en ervaring. Wanneer je een prothese print, moet je die verschillende dichtheid apart in het computerprogramma verwerken. Dat kan ook al, maar er zijn nog geen printers die de gewenste variatie in dichtheid kunnen printen. Verder zijn de huidige printbare kunststoffen relatief zwak, tenzij je met een heel dure printer print. Een ander nadeel is dat het printen veel tijd kost en niet goed in serie mogelijk is. Dus is het maken van een goed product nog relatief duur.' Het wachten is daarom op een redelijk betaalbare printer die sterke materialen kan printen én variatie in de hardheid kan aanbrengen. De onderzoeksgroep van Rietman staat vooraan in de rij bij de ontwikkeling van zo'n apparaat. 'Wanneer het meezit is het eind dit jaar operationeel. Dan gaan we kijken wat we er echt mee kunnen. Waarschijnlijk beginnen we met het printen van specifieke prothesekokers en met orthesen waar bijzondere eisen aan gesteld worden.'

'Het zou de weg openen naar heel nieuwe technieken'

Inzicht

Daarnaast ziet Rietman perspectief in het 3D-printen van 'uitwendige skeletten' voor armen en benen. 'Die zijn er al, maar ze zijn nog te stijf en te zwaar. Wanneer je heel dunne, lichte en sterke materialen kunt printen, kun je daar een slag in maken. En over tien, vijftien jaar kunnen we mogelijk materialen printen die uitzetten en krimpen onder invloed van elektrische stroom. Die zouden als motor kunnen dienen om het skelet te laten bewegen. Veel kleiner en lichter dan de servomotoren die daar nu soms voor gebruikt worden. Dat zou de weg openen naar heel nieuwe technieken die mensen beter in staat kunnen stellen ondanks verlammingen of amputaties te bewegen.' Verder is 3D-printen nu al zeer relevant voor het maken van onderdelen voor prototypes. 'Daar maken we er veel van

PROTHESEHANDEN PRINTEN

3D-printen is ook in zijn huidige vorm relevant voor de revalidatie, wanneer de keuze gaat tussen een zwak product of geen product. Hans Rietman: 'Wanneer je in een minder ontwikkeld land woont, waar geen goede instrumentmakerij in de buurt is, is 3D-printen relatief bereikbaar. Op internet staan bijvoorbeeld al handleidingen en gratis software voor het printen van een prothesehand die een beetje kan knijpen bij het buigen van de pols. Het betreft open source software waarin iedereen aanpassingen kan doen. Met name studenten maken daar via online gemeenschappen al gebruik van om goedkope producten te printen. Bijvoorbeeld een beweegbare handorthese die nog geen 100 euro kost.'

'Het maken van een goed product is nog relatief duur'

op de Universiteit Twente. Zo hebben we 3D-printen gebruikt voor het maken van onderdelen van kleine kunstgewrichtjes voor de vingers van een myo-elektrische prothese. Voor kleine series is printen snel en goedkoop.' Belangrijk is ook, zegt Rietman, dat een goede 3D-printtechniek gecombineerd wordt met een goede scantechiek. 'Dat is namelijk de basis van het 3D printen, alleen met die combinatie kun je modellen maken. Tevens is het belangrijk goed inzicht te hebben in de interactie tussen materiaal en lichaam. Dit om te zorgen dat het ondersteunende materiaal zo goed mogelijk aansluit bij de karakteristieken van huid en onderhuidse weefsels.'

Comfortabel

Het zal nog een aantal jaren duren voordat geprinte prothesen en orthesen kunnen concurreren met de traditioneel gemaakte. Maar als het zo ver is, zal dat een wereld aan mogelijkheden openen. 'Het kan ook gaan om schijnbaar kleine dingen zoals het printen van een polsorthese die de vorm heeft van een soort net, dat de huid grotendeels vrij laat. Technisch misschien niet zo vernieuwend, maar wel veel comfortabeler voor de patiënt.'



Engelstalig filmpje met Greg Dennison, die zich aansloot bij de online gemeenschap e-NABLE en onder meer vijf prothesehanden printte voor zijn zoon Luke. Ook elders in de wereld lopen kinderen rond met geprinte handprothesen.



Impuls voor revalidatie na reanimatie

Jaarlijks vinden in ons land 1.900 succesvolle reanimaties plaats na een hartstilstand. Eenmaal uit het ziekenhuis krijgen de patiënten meestal hartrevalidatie aangeboden. Echter, bijna een kwart heeft ook een hersenbeschadiging opgelopen. Aanvullende cognitieve revalidatie kan de kwaliteit van leven sterk verbeteren. Een nieuw werkboek laat zien hóe.

TEKST Carine Harting **BEELD** Inge Hondebrink

Het Rijnlands Revalidatie Centrum (RRC) in Leiden heeft een uniek zorgplan opgesteld voor reanimatiepatiënten én hun partners. Initiatiefneemster is Paulien Goossens, revalidatiearts en medisch directeur van het RRC. Zij zag in haar praktijk gemiddeld vier

reanimatiepatiënten per jaar. 'Ik werkte met mensen die een forse hersenbeschadiging hadden overgehouden aan een hartstilstand. Zij volgden uitsluitend cognitieve revalidatie; aan hun lichamelijk herstel werd nauwelijks gewerkt. Ik voelde me onwetend over hoe ik deze patiënten fysiek kon belasten. Mijn collega's van de hartrevalidatie begeleidden op hun beurt ook reanimatiepatiënten. Zij zagen patiënten die moeite hadden om zich te concentreren en nauwelijks meekwamen in de revalidatiegroep. Het waren 'lastige' patiënten. Achteraf gezien hadden deze mensen te maken met lichte tot matige cognitieve problemen. Ze deden niet moeilijk, ze konden gewoon niet anders.'

Screening

Om reanimatiepatiënten en hun partners betere zorg te kunnen bieden, was een goede samenwerking nodig. 'Die samenwerking is vastgelegd in het zorgplan,' vertelt Liesbeth Boyce. Zij is onderzoeker, klinisch linguïst en schrijver van het werkboek *Revalidatie na reanimatie*, waarin het zorgplan is uitgewerkt. 'De kern is een gecombineerd revalidatietraject voor zowel het hart als de hersenen. Het begint allemaal in het ziekenhuis. Een gespecialiseerd verpleegkundige van het RRC zorgt dat alle patiënten die voor reanimatie op de spoedeisende hulp binnenkomen in beeld blijven. De patiënten die tijdens het ver-





blijf in het ziekenhuis al duidelijk forse hersenbeschadiging vertonen, krijgen direct een doorverwijzing voor cognitieve revalidatie, aangevuld met individuele hartrevalidatie. Andere reanimatiepatiënten verlaten na herstel het ziekenhuis en worden een maand later verwacht voor de intake bij de cardioloog van het revalidatiecentrum. In de tussentijd kunnen zij verder herstellen en krijgen ze bezoek van de gespecialiseerd verpleegkundige. Aan de hand van gesprekken en testen bepaalt de verpleegkundige of de patiënt mogelijke cognitieve problemen heeft als gevolg van de hartstilstand. Dankzij de screening komen deze problemen, die zich in het ziekenhuis vaak nog niet openbaren, in een vroeg stadium aan het licht.'

Passend traject

De gespecialiseerd verpleegkundige rapporteert aan de cardioloog die de patiënt vervolgens een passend revalidatietraject kan adviseren. Patiënten die tot dan toe geen cognitieve problemen hebben ondervonden, volgen de reguliere complexe hartrevalidatie van twaalf weken. Patiënten met milde tot matige cognitieve problemen starten met hartrevalidatie in een rustige groep, waarin zij veel aandacht krijgen. Als vervolgtraject is daarna algemene cognitieve revalidatie mogelijk. Niet alle patiënten kiezen voor het vervolgtraject, zoals ouderen die thuis goed worden verzorgd en kunnen

leven met de beperkingen. 'Het zijn meestal jongere patiënten die nog volop in het leven staan, die na de hartrevalidatie ook cognitieve revalidatie volgen,' zegt Paulien Goossens. 'Zij ondervinden veel hinder van een hersenbeschadiging. Wat volgens de

HERSENBESCHADIGING NA REANIMATIE

Jaarlijks worden in Nederland circa 16.000 mensen gereanimeerd na een hartstilstand. Voor 1.900 mensen is de reanimatie succesvol: het hart komt weer op gang. Tijdens de hartstilstand kunnen hersencellen beschadigen door zuurstofgebrek. Dit gebeurt al vier tot zes minuten nadat de bloedcirculatie stopt. De kans dat de patiënt dan last krijgt van cognitieve problemen is aanzienlijk. Denk aan aandachts-, geheugen- en gedragsproblemen, prikkelbaarheid, moeite met plannen en omgaan met stress. Met het nieuwe zorgplan van het Rijnlands Revalidatie Centrum worden deze problemen in een vroeg stadium opgemerkt en gericht aangepakt.



‘We leren
compensatie-
technieken aan’

definitie ‘licht’ is, kan de patiënt als zwaar ervaren. Met goede cognitieve revalidatie verbetert hun kwaliteit van leven. We kunnen de hersenbeschadiging niet ongedaan maken, maar leren compensatietechnieken aan. Bijvoorbeeld op het werk: bouw na twee uur vergaderen tien minuten rust in, zodat je weer tot jezelf komt en klaar bent voor de volgende twee uur.’

BETERE ZORG

Het revalidatieprogramma van het RRC wordt onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek onder de naam ZuPER, dat sinds 2011 wordt uitgevoerd. Onderzoeker Liesbeth Boyce: ‘Uit het onderzoek blijkt dat 23 procent van de patiënten die revalideren na een hartstilstand cognitieve problemen ondervinden. Extra revalidatie in de vorm van cognitieve therapie van twee à drie maanden zorgt voor een betere kwaliteit van leven. Aan de kant van de behandelaars heeft het nieuwe zorgplan vooral veel kennisvergroting opgeleverd. De hart- en cognitieve disciplines zijn nu veel beter van elkaars behandeling op de hoogte. Dat werkt ook in het voordeel van de patiënt.’

Goed nieuws

In de revalidatietrajecten ook in het traject voor reguliere hartrevalidatie is er extra aandacht voor de partner. ‘Veel partners hebben de reanimatie van dichtbij meegemaakt’, vertelt Liesbeth Boyce. ‘Dat is een zeer ingrijpende gebeurtenis. Ze zijn bang dat hun partner opnieuw getroffen wordt door een hartstilstand. Hun bezorgdheid en angsten kunnen het herstel van de patiënt in de weg staan. Soms krijgen zij zelf hartklachten. Met extra aandacht kunnen wij de partners helpen in de verwerking van wat er is gebeurd.’ Het zorgplan draait succesvol bij het RRC in Leiden en daarnaast bij Sophia Revalidatie in Delft. In juni presenteerden Boyce en Goossens het werkboek over het zorgplan, dat nu kosteloos beschikbaar is voor iedereen die de zorg voor reanimatiepatiënten wil verbeteren. Paulien Goossens: ‘Veel collega’s, juist uit de revalidatiesector, laten ons weten dat ze mogelijkheden zien voor verbetering van deze zorg. Een aantal revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen heeft ook al aangegeven te willen werken volgens het zorgplan. Er is eveneens belangstelling uit het buitenland: Zweden, Israël en Engeland hebben zich al gemeld. Dit is echt goed nieuws voor alle reanimatiepatiënten die na revalidatie hun leven weer willen oppakken.’

Werkboek Revalidatie na reanimatie

Over de expertise die bij revalidatie-instellingen aanwezig is.

‘Het is heel leuk en dankbaar werk’

WAT REVALIDATIETECHNIEK

WAAR DE HOOGSTRAAT REVALIDATIE, UTRECHT

WAAROM OMDAT SLIMME AANPASSINGEN DE ZELFSTANDIGHEID VAN MENSEN VERGROTEN
AAN HET WOORD ELLEN MOOIBROEK-TIEBEN,
REVALIDATIETECHNICUS

BEELD Steven Snoep



Hoe word je revalidatietechnicus?

‘Om revalidatietechnicus te worden kun je een cursus adaptatieadviseur volgen op mbo-niveau, met daarbij een vooropleiding in de techniek op mbo-niveau. Je kunt ook de hbo-opleiding bewegingstechnologie volgen. Dat laatste heb ik zelf gedaan, na eerst een opleiding tot ergotherapeut. Na die opleiding miste ik een stukje techniek om zelf aanpassingen te kunnen maken en daarom besloot ik om de opleiding bewegingstechnologie verkort, in twee jaar, te volgen. Tijdens de opleiding liep ik stage bij De Hoogstraat en zo kwam ik erachter dat dit het juiste werk voor mij zou zijn. Je werkt met mensen én met techniek, met je hoofd én met je handen, en je kunt cliënten enorm helpen. Nadat ik de opleiding ben ik bij De Hoogstraat blijven werken. Inmiddels doe ik het werk acht jaar, met veel plezier.’

Wat doen jullie zoal?

‘Voor klinische en poliklinische revalidanten bieden we tijdens het behandelproces technische ondersteuning bij het oplossen van praktische problemen die niet door bestaande hulpmiddelen opgelost kunnen worden. De revalidant kan terecht met vragen op het gebied van communicatie, omgevings- en computerbediening, persoonlijke verzorging, eten en drinken, verplaatsen en vervoer, houding en ondersteuning. Het kan gaan om dagelijks leven, school, werk, sport, muziek en andere hobby's. Zo maken we bijvoorbeeld veel gemodelleerde zitkussens en rugleuningen op maat, bestek- en typaanpassingen en tablethouders voor op rolstoel of bed. Ook mensen die niet revalideren komen naar ons toe voor adaptaties. Ze moeten dan zelf de eventuele vergoeding

regelen. Daarnaast hebben we een webshop waar we een aantal standaard producten verkopen, zoals een transferplank.’

Wat is het mooie van dit werk?

‘Het mooie van ons werk is dat we oplossingen bedenken en maken die mensen een stukje zelfstandigheid teruggeven. Ik werk zelf vooral met kinderen en volwassenen met een aangeboren of verworven arm- en/of handaandoening. Het is altijd weer een uitdaging om hun praktische problemen succesvol op te lossen, omdat geen hand of arm bij deze doelgroep hetzelfde is. Zo heb ik laatst voor een meisje met een aangeboren korte arm een aanpassing gemaakt - een bandage aan de arm met daaraan de strijkstok - waarmee ze viool kan spelen. Voor een hovenier die door een ongeval drie vingers mist heb ik een werkspalk gemaakt waarmee hij weer voldoende grip heeft op zijn gereedschap. Het hele ontwikkelproces - analyseren, een oplossing bedenken, die uitproberen en waar nodig verder optimaliseren - vind ik geweldig om te doen. En als ik dan zie hoe blij en tevreden iemand is met het resultaat, ben ik ook heel blij en tevreden.’

In hoeverre is jullie vak in ontwikkeling?

‘Ons werk is ambachtelijk en de technieken die we toepassen veranderen niet zo heel erg. Ook de hoofdmaterialen die we gebruiken blijven vrijwel hetzelfde: roestvrij staal, aluminium en de kunststof delrin. De machines zijn in wezen ook nog hetzelfde. Bij grotere producties kun je wel gebruikma-

ken van computertechnologie, maar dat is meer voor grotere producties. Wat wij doen, is toch vooral maatwerk. Een ontwikkeling die eraan zit te komen, is het 3D-printen. Tot nu toe doen we dit nog niet, maar we krijgen steeds meer vragen hierover en dan met name over 3D-geprinte prothesen voor kinderen. We zijn samen met De Hoogstraat Orthopedietechniek aan het onderzoeken of we hierin mee kunnen gaan. Vervolgens moeten we ontdekken of we er ook iets mee kunnen op adaptatiegebied. Tot nu toe is het nog efficiënter om de adaptaties handmatig te maken, maar dat kan door deze technische ontwikkeling deels gaan veranderen.’

Zijn er ook knelpunten?

‘Voor kleinere adaptaties voor revalidanten, zoals bestekaanpassingen, kunnen we een behandeltraject in rekening brengen. Wat kostbaarder adaptaties, zoals een gemodelleerde rolstoelzitting of een colonspoelhefboom, een hulpmiddel dat wordt gebruikt bij darmspoelen, moeten worden aangevraagd bij de gemeente, de zorgverzekeraar of het UWV. De verstrekende instanties hebben contracten afgesloten met leveranciers en hebben zo pakketten met standaardproducten samengesteld waar mensen uit kunnen kiezen. Ze geven niet altijd toestemming voor een adaptatie op maat, en dan is het vervelend dat je iemand niet kunt helpen zoals je wilt. Voor ons staat in ieder geval voorop dat we onafhankelijk zijn in ons advies en alleen kijken naar wat de beste en meest efficiënte oplossing is.’



‘Je kunt meer dan je denkt’

Vier jaar geleden leidde Fleur Jong een onbekommerd leven: ‘Ik was bijna zeventien en bezig met school, vriendinnen, uitgaan en dansen.’ Dansen deed ze op hoog niveau, met een team dat uitkwam op de Nederlandse kampioenschappen. Maar toen nam haar leven plotseling een wending, door een agressieve bacterie die in haar bloedbaan terechtkwam. ‘Ik was niet lekker, een griepje dacht ik. Het volgende dat ik weet is dat ik langzaam weer bijkwam in het ziekenhuis.’ Drie weken was ze in slaap gehouden, tot het levensgevaar was geweken. ‘Ik was nog heel ziek en zat onder de medicijnen. Er was niet veel van me over.’

TEKST Annelies van Lonkhuyzen BEELD Inge Hondebrink



FLEUR JONG HEEFT EEN ADVIES VOOR REVALIDATIEPROFESSIONALS:

‘Wees minder voorzichtig’

Fleur Jong: ‘Mijn ervaring is, en ik hoor dat van meer paralympische sporters, dat behandelaars soms te voorzichtig zijn. Het is logisch dat je je revalidanten heel wilt houden, maar ze kunnen vaak meer aan dan je denkt. Tegen mij zei de arts in het ziekenhuis dat ik niet meer zou kunnen lopen, terwijl zij dat helemaal niet kon weten. Je moet mensen niet zulke boodschappen meegeven, dat kan heel demotiverend werken. Je moet ze juist stimuleren om dingen uit te proberen en je moet ze helpen om grenzen te verkennen. Ieder mens is anders en wil weer andere dingen, en dus moet je als therapeut samen met de revalidant uitzoeken hoe ver iemand kan komen.’

deringen. Tot ze haar schooldiploma had gehaald en voor de keus stond: verder leren of zich helemaal toelagen op de sport. Ze besloot tot het laatste, verwierf de HP-status en werd full-time sporter. Tweeënhalf jaar nadat ze ziek was snel vorderingen. Tot ze haar schooldiploma had gewonnen stond ze op het wereldkampioenschap gehaald en voor de keus stond: verder leren of atletiek, waar ze brons won op de 200 meter.

Fleur geniet van haar leven als topsporter. ‘Het is de leukste baan die je kunt hebben. Ik mag elke dag doen wat ik het liefste doe en elke dag probeer ik weer beter te worden. Het is geweldig dat ik bij de Paralympische Spelen kan zijn, en natuurlijk wil ik heel graag een medaille winnen. Maar het enige dat écht telt is dat ik mijn beste race ooit loop. Je hebt toch niet in de hand wat de anderen doen, alleen wat je zelf doet. Wat er ná Rio gaat gebeuren weet ik niet, daar denk ik nog niet over na. Vroeger plande ik veel, maar dat heb ik losgelaten. Ik weet dat het ineens zomaar helemaal anders kan lopen. Je moet niet zo moeilijk denken, maar gewoon gáán en dan wijst het zich vanzelf. Kinderen doen dat ook zo. Ik was laatst bij een open training en daar waren kinderen met allerlei beperkingen. Zij vroegen zich echt niet af of iets wel zou lukken en gooiden zich er gewoon in. Als je dat doet, kun je vaak meer dan je zelf denkt.’

Atletiek, zegt Fleur, is ontzettend goed voor iedereen die met prothesen loopt. ‘Je moet met overtuiging je passen zetten net zoals met je echte benen en dat doe je als je vertrouwt op je prothesen en op je eigen vaardigheden. Door atletiek krijg je een heel goede basis. Je merkt wat je allemaal kunt op je prothesen, leert nieuwe trucjes, je houding verbetert. Ik liep binnen de kortste keren heel goed op mijn nieuwe benen, dankzij de atletiek.’

Volg de paralympische ploeg op www.teamNL.org

Door de bacterie waren Fleurs onderbenen te weinig doorbloed geweest, net als de bovenkanten van acht vingers. Dus toen ze genoeg was aangesterkt werden die geamputeerd. Fleur praat er nuchter over. ‘Het moest gewoon gebeuren en vanaf dat moment kon ik voor mijn gevoel eindelijk echt gaan opbouwen. Zo ben ik ook opgevoed: als er iets vervelends gebeurt mag je boos of verdrietig zijn, maar daarna is het wel klaar en ga je weer verder. Je moet niet blijven hangen. Dat heb ik ook niet gedaan. Ik wist nog niet wat mijn situatie zou zijn of hoe dat moest, leven zonder benen, maar dacht: ik zie wel hoe het zich allemaal oplost.’

Na drie maanden in het ziekenhuis volgden twee maanden revalidatie, grotendeels poliklinisch. ‘Het was vooral weer conditie opbouwen en sterker worden.’ Al snel vroeg Fleur zich af hoe dat nou moest met sport, want dansen zou niet meer lukken. Ze kwam terecht bij een talentendag van NOC*NSF en vanaf dat moment ging het hard. Ze begon met rennen, gewoon op haar dagelijkse prothesen. ‘In de media zie je altijd blades, maar die heb je pas nodig als je op toptniveau gaat sporten’ en maakte zeer snel vor-

Positie PA en VS versterkt

Ook binnen de revalidatie is een taakherschikking gaande. Hierbij nemen physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten (VS'en) routinematige handelingen over van revalidatieartsen, zodat die zich meer kunnen richten op specialistische zorg. De beroepsverenigingen van revalidatieartsen (VRA), van PA's en van verpleegkundig specialisten stelden over dit onderwerp onlangs een consensusdocument vast. Anne Marie ter Steeg, VRA bestuurslid en medisch manager divisie revalidatie bij Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie, licht toe.

TEKST Alice Broeksma BEELD HOW Communicatie | Creatie

WAT WAS OOK ALWEER EEN PA EN VS?

Om **physician assistant** te worden moet je een hbo opleiding in de zorg hebben afgerond, bijvoorbeeld verpleegkunde of fysiotherapie, en minimaal twee jaar werkervaring hebben. Je kunt dan een masteropleiding van tweeënhalf jaar volgen aan een hbo. De PA kan taken overnemen van een huisarts of specialist. Bijvoorbeeld het lichamelijk onderzoek, het in kaart brengen van klachten, het stellen van een diagnose en het bepalen van de behandeling bij veel voorkomende, vaak chronische ziekten. PA's kunnen bepaalde medische ingrepen doen. De opleiding is generalistisch.

Om **verpleegkundig specialist** - in het Engels nurse practitioner - te worden moet je een verpleegkundige hbo opleiding hebben afgerond en werkervaring hebben. Dan kun je de tweejarige opleiding volgen aan een hbo. VS'en worden opgeleid voor een van de volgende specialismen: chronische, preventieve, acute of intensieve zorg, of geestelijke gezondheidszorg. Een VS kan zich maar voor één specialisme laten registreren en is binnen de revalidatiegeneeskunde werkzaam op het gebied van chronische zorg.

Waarom moest dit document er komen?

'Er zijn al sinds 2001 physician assistants in Nederland, naar Amerikaans model, en er komen steeds meer PA's en verpleegkundig specialisten bij. Bij de laatste telling vonden we bij revalidatieinstellingen minimaal 43 bevoegde PA's en vijftien in opleiding, en minimaal dertien VS'en en vijf in opleiding. Een paar jaar geleden was er tijdens een VRA-congres een zeer levendige discussie over hun rol, met de conclusie dat deze collega's zeer waardevol zijn binnen ons vakgebied. Ook dat de taakverdeling en bevoegdheden heel goed geregeld moeten worden, en liefst vanuit een duidelijke standaard. Daar is dit document voor ontwikkeld. Het consensusdocument biedt handvatten voor gezamenlijke afspraken binnen instellingen en ondersteunt de verdere invulling van de bevoegdheid van PA en VS om zelfstandig bepaalde handelingen te indiceren en verrichten. Het gaat om borging van de kwaliteit van zorg en het versterken van de positie van PA en VS binnen de organisatie.'

Wat is de inhoud van het document?

'Omschreven zijn onder meer de functie en opleiding, registratie-eisen, de huidige praktijk rond de VS en PA binnen de revalidatiegeneeskunde, en het proces van taakherschikking. Tot dit proces hoort het bepalen van de bijdrage van PA en VS aan het zorgproces. Ook welke randvoorwaarden er zijn. Zo moet de kwaliteit van zorg het uitgangspunt zijn, en moet sprake zijn van een



heldere verantwoordelijkheidsverdeling. Verder wordt de noodzaak genoemd van het monitoren van de inzet van de PA en de VS en van samenwerkingsafspraken. Er zijn meer aanbevelingen. Zo zijn de nieuwe bevoegdheden vaak nog niet verwerkt in de functieomschrijvingen, en die zouden dus herzien moeten worden. En de positionering naar de cliënt toe moet beter. Vaak staan de PA en de VS nog niet in de folder van de centra, hun rol is nog niet goed bekend.'

'Hun rol is nog niet goed bekend'

Voor wie is het?

'Voor de betreffende beroepsbeoefenaren en hun organisaties. Revalidatieartsen zien de inzet van PA's en VS'en op wat voorheen hun vakgebied was als nuttig, en vinden dat de taken meestal goed afgebakend zijn. Maar ze vinden ook dat hun positie binnen de organisatie nog beter gedefinieerd moet worden. De meningen waren verdeeld over de inzetbaarheid in de basis-medische zorg: spoedeisende zorg en huisartsgeneeskundige zorg voor opgenomen patiënten. Hierover bestonden de meeste twijfels. En nog liggen de zaken gevoelig. Vertrouwen tussen de betrokkenen is essentieel en

het is begrijpelijk dat een vertrouwensrelatie in een nieuwe situatie soms moet groeien. Het document kan hier zeker bij helpen.'

Wat is uw eigen visie op de rol van PA en VS?

'Ik ben overtuigd van hun meerwaarde. Ze zijn geen bedreiging, maar een kans. De PA's en VS'en hebben vaak meer tijd voor de patiënt en voeren minder complexe, routinematige handelingen uit waarvan risico's te overzien zijn en die volgens richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen worden verricht. Wij medisch specialisten blijven back-up voor vragen en advisering en worden ingezet waar dat echt nodig is. PA's en VS'en hebben voor hun taken dezelfde scholingseisen als medisch specialisten en blijven zich net als wij ontwikkelen. Samen met hen kan de revalidatiearts beter inspelen op de steeds veranderende zorgmarkt.'

Leren van Canada

Canada en Nederland: twee westerse landen die grote verschillen vertonen, maar qua cultuur sterk op elkaar lijken. Kinderrevalidatiearts Jan Willem Gorter werkt er nu al acht jaar. Onlangs had hij een sabbatical in Nederland. Welke ervaringen deed op in Canada en wat kan de Nederlandse revalidatie daarvan leren? Vijf punten om over na te denken.

TEKST Adri Bolt **BEELD** Inge Hondebrink



1 • Meer servicegerichtheid

‘De Canadese mentaliteit is sterk service- en klantgericht’, zegt Jan Willem Gorter. ‘Mensen verwachten keuzemogelijkheden. In de kinderrevalidatie betekent het dat je meer tijd moet nemen om te vragen wat kind en ouders zouden willen, en om samen te zoeken naar de aanpak die op dat moment het beste aansluit bij hun behoeften en wensen.’ Uiteraard is de deskundigheid van de revalidatiearts daarbij belangrijk. ‘Maar die breng ik niet in door meteen behandelopties voor te schotelen. Daardoor ontstaat meer ruimte voor gesprek. Dan kan blijken dat ouders van een kind met cerebrale parese op zoek zijn naar informatie, maar ook dat ze op zoek zijn naar een concreet handelingsplan of naar emotionele steun. Zij kiezen nadrukkelijk zelf wat op dat moment bij hen en hun gezins-situatie past. Die werkwijze bevalt mij heel goed, ook omdat een beslissing waar het gezin helemaal achter staat het beste resultaat geeft. Mijn advies: geef revalidanten en hun naasten zoveel mogelijk de kans om te kiezen. Neem ruim de tijd voor een open gesprek waarin je zoekt naar de ‘vraag achter de vraag’. Geef pas behandelopties na dat gesprek, en houd ook in het vervolgtraject oog voor de werkelijke behoeften van de betrokkenen.’

2 • Meer verantwoordelijkheid voor de niet-arts

‘Het was voor mij wennen hoe zorgverleners in Canada samenwerken. Net als in Nederland vormen revalidatiearts en therapeuten een team rond patiënt en gezin, ieder vanuit de eigen expertise. Maar

dat gebeurt meer vanuit gelijkwaardigheid. De revalidatiearts is niet per definitie de centrale figuur.’ Meer gelijkwaardigheid houdt ook in dat de revalidatiearts niet per se aan de organisatorische touwtjes trekt. ‘Dat geldt voor de teambehandeling, maar bijvoorbeeld ook op het niveau van de organisatie. Zo is het hoofd van onze ziekenhuisafdeling geen hoogleraar of onderzoeker, maar wel een heel goed afdelingshoofd. Zelf vind ik dat erg prettig; ik hoef relatief weinig tijd in de organisatorische kant van mijn werk te steken. Dat betekent dat ik me beter kan positioneren als vakspecialist en hoogleraar-onderzoeker.’ Niet dat Gorter bepleit dat de revalidatiearts nooit de organisatorische eindverantwoordelijke zou moeten zijn. ‘Dat kan in sommige situaties heel zinnig zijn. Maar het is goed om te experimenteren met verschillende mogelijkheden. De tijd van de artsen is immers beperkt en kostbaar. Maar ik beseft dat dat binnen het Nederlandse financieringssysteem lastiger is dan binnen het Canadese systeem, waar de basiszorg integraal door de overheid gefinancierd wordt.’

3 • Meer samenhang in onderzoek

Ook als onderzoeker heeft Gorter positieve ervaringen in Canada. ‘Er is veel betrokkenheid van ervaringsdeskundigen en het onderzoek is heel samenhangend en praktijkgericht. Zo koppelen we op het gebied van cerebrale parese of CP basaal-wetenschappelijk onderzoek naar genetische achtergronden van de aandoening aan onderzoek naar revalidatiebehandelingen, om daarmee een breder

beeld te krijgen. Daar hebben we een vijfjarig onderzoeksprogramma voor, waarbij ik zelf kijk naar stress, cognitieve functies en geestelijke problemen bij jongvolwassenen met CP.' Deze brede onderzoeksgroep deelt zijn gegevens weer met andere onderzoeksgroepen, bijvoorbeeld een groep die kijkt naar epilepsie. 'Zo kun je constateren dat er bij beide aandoeningen soortgelijke vraagstukken zijn, zoals slaapproblemen. Daar kun je vervolgens samen op doorgaan. Het is belangrijk om dergelijk onderzoek op een grote schaal te doen, en daar moet de overheid impulsen voor geven.' En daar dreigt een gevaar in Nederland. 'Het Nederlandse onderzoek staat op een hoog niveau en er is veel bereikt, met name dankzij de eerdere onderzoeksprogramma's van ZonMw. Daar mag Nederland trots op zijn, maar een goed vervolg ontbreekt, terwijl Nederland juist zou moeten doorpakken. Dat is belangrijk om op de langere termijn geld te besparen, want we moeten op zoek naar efficiëntere vormen van zorg. Daarvoor zijn grote, samenhangende onderzoeksprogramma's cruciaal.'

4 • Systematisch zorg evalueren

In Canada gaat veel aandacht uit naar het evalueren van zorg. 'De provinciale overheid financiert de specialistische revalidatie. Die wil weten welke gezondheidswinst dat oplevert, én wat de ervaringen van cliënten zijn. Zo hebben we afgelopen jaar een evaluatieonderzoek gedaan naar de ervaringen van ouders van kinderen met autisme. Dat onderzoek konden we bij duizenden gezinnen doen omdat de overheid deelname voor zorginstellingen verplicht stelde. Dat leverde een schat aan informatie.' Belangrijk was dat de instellingen, na aanvankelijke koudwatervrees, steeds enthousiaster werden. 'Ze wilden graag weten hoe ze het deden, en waar ze zich konden verbeteren. Verder konden we kijken wat de ervaringen waren met verschillende soorten behandelingen, zoals meer individuele versus groepsbehandelingen.' Een zeer relevant resultaat was dat de ouders informatieverstrekking heel belangrijk vinden, en dat de instellingen daar relatief laag op scoren. 'Daar moet je als sector wat mee. Juist in een tijd van internet, hebben ouders behoefte aan informatie die betrouwbaar en begrijpelijk is.' Het Nederlandse financieringssysteem lijkt dergelijke centraal georganiseerde, groot-schalige evaluaties niet te bevorderen, en legt de nadruk meer op kostenbeheersing. 'Toch zijn die evaluaties heel belangrijk. Daar zouden bijvoorbeeld de zorgverzekeraars en Revalidatie Nederland werk van kunnen maken.'

5 • Leren van elkaar

Tenslotte benadrukt Jan Willem Gorter het belang van informatie-uitwisseling en samenwerking tussen onderzoeksgroepen en tussen landen. 'In Nederland is het, net als in Canada, de trend om sterk specialistische zorg te concentreren en de zorg in de plaatselijke omgeving en in het onderwijs te versterken. Maar in Canada is dat meer het geval: zo is in de provincie Ontario de klinische kinder-revalidatie gecentreerd in Toronto. Het is goed om te bestuderen hoe dat uitpakt: hoe functioneren de centra in Nederland en Canada, wat zijn de ervaringen van de revalidanten, en wat kunnen we van elkaar leren?' Op een ander niveau ziet Gorter dat veel van de vragen die revalidatieprofessionals hebben, bijvoorbeeld op het gebied van kinderen met ontwikkelingsbeperkingen, elders terugkomen.



JAN WILLEM GORTER:

'Mensen verwachten keuzemogelijkheden'

Jan Willem Gorter legde zich als revalidatiearts toe op de kinder-revalidatie. Hij combineerde zijn opleiding met een promotieonderzoek in de neurologie. Vanaf 2000 werkte hij onder andere bij De Hoogstraat Revalidatie en het Wilhelmina Kinderziekenhuis en was hij een van de oprichters van NetChild, een digitale ontmoetingsplaats voor onderzoekers op het gebied van ontwikkelingsbeperkingen bij kinderen. Met het oog daarop werkte Gorter in 2002 zes maanden als onderzoeker bij het voorbeeld voor NetChild, CanChild, bij de McMaster University in Hamilton, Canada. In 2008 vertrok hij opnieuw naar Canada, dit keer voor lange tijd. Tegenwoordig is hij er hoogleraar aan de McMaster University en directeur van onderzoeksgroep CanChild. Daarnaast werkt hij twee dagen per week als kinder-/jeugd-revalidatiearts bij het McMaster Children's Hospital, met speciale aandacht voor transitie. Hij woont in Dundas met zijn man Ton de Kok, die een bed & breakfast runt. Jan Willem Gorter is enthousiast watersporter en zeilt graag wedstrijdjes op het meer van Ontario. Daarnaast heeft hij zijn muziek-liefhebberij van vroeger weer opgepakt, en speelt hij op de baritontuba in de Dundas Concert Band. In 2016 bracht hij in het kader van een zogeheten research leave drie maanden door bij de revalidatieafdeling van het Erasmus Medisch Centrum. Hij werkte met revalidatiearts Wilma van der Slot en senioronderzoeker Marij Roebroek aan een nieuw Engelstalig handboek over transitie in de revalidatie.

 [Jan Willem Gorter op Twitter](#)

'Met name zorgvraagstukken, zoals die rond de transitie naar de volwassenenzorg, komen eigenlijk bij alle chronische aandoeningen terug. Door systematische vergelijking leer je wat er algemeen, en wat er specifiek is aan 'jouw' patiëntengroep. Het helpt daarbij sterk om niet in categorieën of diagnoses, maar in termen van gevolgen van de aandoening te denken. De revalidatiesector moet veel meer naar buiten leren kijken!'

Prominentere rol voor de ziekenhuisrevalidatie

Op 1 juli nam de ledenvergadering van Revalidatie Nederland de nieuwe Visie op de ziekenhuisrevalidatie aan. De medisch specialistische revalidatie moet de spil in de regionale keten worden. Daarbij zijn revalidatiecentrum en revalidatieafdeling van het ziekenhuis gelijkwaardig. Zij nemen samen de regie.

TEKST Adri Bolt ILLUSTRATIE Roel Seidell

Ziekenhuisrevalidatie is een essentieel onderdeel van de revalidatiezorg, stelt Jean-Paul Essers, bestuurslid van Revalidatie Nederland en bestuursvoorzitter van Adelante zorggroep. 'Vaak vindt daar het eerste contact met de patiënt plaats. Daarmee is het ziekenhuis, naast zelf aanbieder van revalidatie, ook meteen de poort tot het revalidatiecentrum.' Ook financieel is de ziekenhuisrevalidatie belangrijk. 'Er gaat jaarlijks ongeveer 100 miljoen euro in om, tegen zo'n 600 miljoen in de revalidatiecentra.'

In ontwikkeling

Daarbij is de ziekenhuisrevalidatie sterk in ontwikkeling en werd de multidisciplinaire samenwerking met andere specialismen in het ziekenhuis de afgelopen jaren steeds sterker. 'Waar revalidatieafdelingen vroeger regelmatig letterlijk in de kelder waren gehuisvest, wordt de expertise van de medisch specialistische revalidatie meer en meer erkend. Daarmee is de zichtbaarheid van het vak toegenomen. Revalidatieartsen krijgen steeds vaker de vraag om mee te doen aan multidisciplinaire spreekuren en overleggen. Zij worden eerder betrokken bij de behandeling omdat ook de andere specialisten zien dat het revalidatieproces dan beter verloopt.' Reden genoeg dus, om met de branchevereniging nog eens goed te kijken naar de positie van de ziekenhuisrevalidatie. 'We willen de ziekenhuisrevalidatie een prominentere rol geven binnen de structuur van Revalidatie Nederland. En we formuleerden een nieuwe visie op de toekomst.'

Ketenzorg

Die visie moest recht doen aan de veranderende positie van de medisch specialistische revalidatie binnen het ziekenhuis. Daarnaast moest de visie aansluiten op maatschappelijke ontwikkelingen. 'Belangrijk is de toenemende ketensamenwerking, ook met de eerste lijn. Cliënten worden steeds minder klinisch, en steeds meer poliklinisch behandeld. Waarbij er meer dan in het verleden sprake zal zijn

van een transitie naar de eerste of anderhalve lijn.' De nieuwe visie maakt geen onderscheid meer tussen ziekenhuisrevalidatie en revalidatie in de centra. 'Het gaat om medisch specialistische revalidatie, alleen de locatie verschilt.' Daarbij organiseren het ziekenhuis en het revalidatiecentrum gezamenlijk de regionale revalidatie. 'Zij doen dat met elkaar, in samenwerking met de ketenpartners. Ze zorgen voor triage en regie, zodat de patiënt op de juiste plek de juiste zorg met de juiste intensiteit krijgt. Dat betekent ook dat de revalidatiearts bij voorkeur al vanaf de opname van de patiënt in het ziekenhuis betrokken wordt.' De logistiek van centra en ziekenhuizen moet naadloos op elkaar gaan aansluiten. 'Zodat patiënten makkelijk en precies op tijd kunnen doorstromen naar het revalidatiecentrum.'

Consulentenrol

Heel concreet verwacht Essers dat de ziekenhuis-revalidatie steeds vaker een consulentenrol gaat krijgen in de eerste en anderhalve lijn. 'Zo'n ontwikkeling is er al in transmurale ketens rond bijvoorbeeld pijnrevalidatie. Nu al zie je veel initiatieven waarin de





medisch specialistische revalidatie een rol heeft vanaf de eerste lijn tot en met de derde lijn. Naast de verwijzing naar het revalidatiecentrum zal er sprake zijn van transitie naar de eerste- en anderhalvelijnszorg, bij meerdere doelgroepen, die met name in de chronische fase zorg krijgen. Bijvoorbeeld bij chronische pijn, de chronische fase van hersenletsel of bij oncologische aandoeningen. Daar moeten we als revalidatie in het ziekenhuis op voorbereid zijn en op inspelen. Bijvoorbeeld door de patiënten daar snel te zien, door steeds vaker spreekuur te houden in de eerste lijn en door een rol als ketenregisseur of expertfunctie naar professionals in de eerste lijn na te streven.' Komend jaar gaat het RN-bestuur de visie in de regio's bespreken met de ziekenhuisafdelingen en centra. 'We gaan bespreken hoe we de ziekenhuisrevalidatie nog beter op de kaart kunnen zetten, hoe we de samenwerking met de instellingen kunnen optimaliseren en hoe we de rol van de revalidatie in de keten zo kunnen vormgeven dat we die regierol ook kunnen waarmaken. Vervolgens is het aan de ziekenhuizen en revalidatiecentra om op de visie voort te bouwen.'

'Je ziet al **veel initiatieven** waarin de revalidatie een rol heeft vanaf de eerste lijn tot en met de derde lijn'

De inbedding van ziekenhuisrevalidatie kan nu nog sterk verschillen. Jean-Paul Essers: 'Revalidatieafdelingen in het ziekenhuis kunnen volledig onder het ziekenhuis vallen. Dan zijn de artsen in dienst van het ziekenhuis, en worden de productieafspraken met de zorgverzekeraars door het ziekenhuis gemaakt. In andere gevallen valt de revalidatieafdeling van het ziekenhuis volledig onder een revalidatiecentrum. En er zijn verschillende tussenvormen mogelijk.'



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



Lees het volledige verhaal van Henk Schouten

Second opinion

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

De Hoogstraat
Orthopedietechniek

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

De kracht van de aanpassing