



RM

RevalidatieMagazine

JAARGANG 22 | NUMMER 4 | DECEMBER 2016

Sneller herstel door vroegere revalidatie

Reportage: revalidatie in beeld | 'Oncologische revalidatie is geen luxe' |
Het eigen dossier digitaal inzien | Klaar voor na de revalidatie |
Vijf jaar Knowledge Brokers Netwerk CVA

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
- Rijndam Revalidatie
- Rijnlans Revalidatie Centrum
- Roessingh, Centrum voor Revalidatie
- Saxenburgh Groep
- Sint Maartenskliniek
- Sophia Revalidatie
- Tolbrug
- Treant Zorggroep
- UMCG Centrum voor Revalidatie
- VieCuri Medisch Centrum
- Vogellanden, Centrum voor Revalidatie en Bijzondere Tandheelkunde
- VU medisch centrum
- Wilhelmina Ziekenhuis Assen
- Winnock Zorg
- Ziekenhuis St Jansdal
- Zuyderland

Revalidatie 
Nederland

LEES Revalidatie Magazine ALS EERSTE!

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

INSCHRIJVEN



RevalidatieMagazine

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

Fokus

Er zijn bijna
100 Fokusprojecten
in meer dan 60 plaatsen
in Nederland. Er is dus altijd
een Fokusproject in de buurt.
T (050) 521 2272
E servicepunt@fokuswonen.nl

In een
Fokuswoning
kan ik doen en laten
wat ik wil.
Niemand bemoeit zich
ingevraagd met mij.
Wanneer ik assistentie
nodig heb, plaats ik
een oproep en komt
een ADL assistent
van Fokus mij assisteren.

Ian, 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

Inhoud

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

REVALIDATIE MAGAZINE | JAARGANG 22 | NUMMER 4 | DECEMBER 2016

Berichten 6

'Het netwerk richt zich op
implementatie van A tot Z' 7

'Inzage wordt heel snel vanzelfsprekend' 8

Na de revalidatie 10

Frans Penninx

Digitale gespreksgroep voor
ALS-patiënten succesvol 12

De Professor 13

Henk Stam

De specialisten 17

De GZ-psycholoog

Met de C-BiLLT beter inzicht in taalbegrip 18

Klaar voor daarna 22

Analyse 24

Hoogleraren: belang van
ziekenhuisrevalidatie nog meer erkennen

Leren leven met een dwarslaesie 24

Jeroen Kooij



Het effect van: Oncologische revalidatie

De gevolgen van kanker kunnen zeer divers en ingrijpend zijn. Oncologische revalidatie kan de kwaliteit van leven van kankerpatiënten verhogen. Toch is dat besef nog niet overal doorgedrongen. Daar moet verandering in komen.

TEKST Alice Broeksma

4



Sneller herstel door vroege revalidatie

IC- en traumapatiënten kunnen veel baat hebben bij vroege revalidatie in het ziekenhuis. Speciale oefeningen kunnen het herstelproces flink versnellen. Verschillende centra delen hun ervaringen met deze vorm van revalidatie.

TEKST John Ekkelboom

14

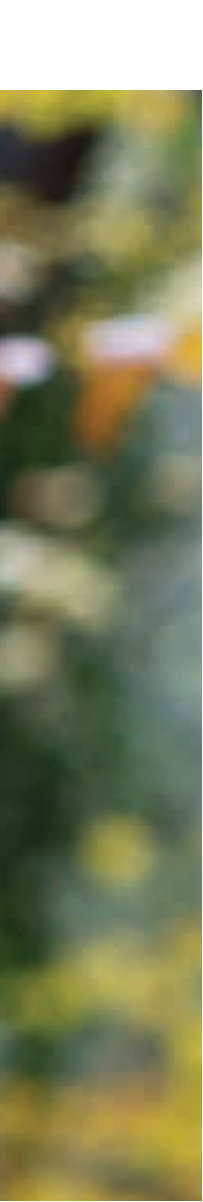


Project Kees: de patiënt centraal

Het UMCG Centrum voor Revalidatie maakt werk van patiëntgerichtheid. Met het Project Kees geeft zij op een bijzondere manier vorm aan haar ambities, met succes.

TEKST Adri Bolt

20



HET EFFECT VAN...

‘Oncologische revalidatie geen luxe’

‘Medisch specialistische oncologische revalidatie is geen luxe maar bittere noodzaak.’ Dit zegt Bas van de Weg, revalidatiearts en voorzitter van de werkgroep oncologische revalidatie van de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). ‘Er loopt wetenschappelijk onderzoek dat moet bewijzen dat het werkt. Wij zien dat zelf al dagelijks. Het levert een belangrijke bijdrage aan beter functioneren.’

TEKST Alice Broeksma BEELD Inge Hondebrink

Na de behandelingen en stamceltransplantatie kon Mechteld van den Beld deelnemen aan de EXIST-studie in het AMC, wat inhield dat ze een zeer intensieve training volgde. Op dit moment is ze ‘schoon’ en ze is overtuigd dat het trainen positief heeft bijgedragen. ‘Ik kon hierdoor ook een tweede behandelingsronde in en aan, die nodig was omdat het lymfoom was teruggekomen. Zonder de EXIST-studie en fysio-fitness was mijn gezondheid absoluut niet zo geweest als nu, waarbij ik weer heerlijk sport, vrijwilligerswerk doe en er kan zijn op momenten dat het nodig is. Waarom revalidatie belangrijk is, had ik al zo vaak uitgelegd in mijn rol voor het Revalidatiefonds. Maar toen ik zelf zo ziek werd begreep ik pas hoe belangrijk revalidatie wérkelijk is. In mijn geval alleen door training, voor anderen zeker ook door mentale begeleiding en praktische ondersteuning. Kanker kan je totaal ontwrichten, specialistische hulp kan je weer op de been brengen.’

Hoe kan het eigenlijk ook anders. Kanker, en de behandeling ervan, raakt zoveel gebieden. En zoveel patiënten hebben ermee te maken: sinds 2000 is in ons land het aantal overlevenden na kanker verdubbeld tot 700.000, mede door betere diagnostiek en behandeling. Ruim 200.000 van hen kampen jaren na afloop van de behandeling nog met ernstige vermoeidheidsklachten, een lagere kwaliteit van leven, verminderd functioneren en een lagere parti-

cipatie op de arbeidsmarkt. De VRA richtte in 2011 de werkgroep Oncologische Revalidatie op, om deskundigheidsbevordering te faciliteren, een register op te zetten van gespecialiseerde revalidatieartsen en kwaliteitseisen te borgen in samenwerking met het Integraal Kankercentrum Nederland. Een ander belangrijk doel was het omzetten van de aanbevelingen uit de richtlijn naar de dagelijkse praktijk.

Richtlijn

Deze richtlijn, gebaseerd op wetenschappelijke kennis, werd vanaf 2012 in zes pilotcentra geïmplementeerd: zowel revalidatiecentra als revalidatieafdelingen van ziekenhuizen. De ervaringen uit de pilotcentra werden benut om de landelijke uitrol te vergemakkelijken. Inmiddels bieden meer dan twintig instellingen medisch specialistische oncologische revalidatie, soms op meerdere locaties. Nieuwe modules zijn ontwikkeld, ook voor de palliatieve fase. Revant, het centrum waar Bas van de Weg werkt, heeft voor oncologische revalidatie bijvoorbeeld nieuwe modules ontwikkeld met thema's als voeding, intimiteit en seksualiteit, psycho-educatie en re-integratie naar werk. Volgens de herziene richtlijn, die een dezer dagen verschijnt, wordt nog meer gewerkt aan het systematisch herkennen van klachten en behoeften, en aan het versterken van de positie van oncologische revalidatie. De richtlijn moet houvast geven voor triage en voor het aanbieden van de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats.



MECHTELD VAN DEN BELD

Mechteld van den Beld (52), voormalig directeur van het Revalidatiefonds, hoorde in 2011 dat ze een zeldzame vorm van Non-Hodgkin had, stadium IV. 'Ik kom zelf uit de revalidatiewereld en heb dus altijd gezegd hoe belangrijk revalidatie is,' zegt ze nu. 'Maar ik heb voor mijn eigen revalidatie moeten vechten. Ik was ineens ernstig ziek en behandelaars zagen revalidatie op dat moment niet als prioriteit. Toen ben ik zelf aan de slag gegaan. Ik liep voordat ik ziek werd een halve marathon en had grote behoefte aan fysieke stimulatie. Iedereen weet dat een goede conditie een belangrijke voorwaarde is voor het doorstaan van behandelingen en herstel. Dus ben ik zelf gaan bewegen. Wandelen, en op de hometrainer.' Als moeder van jonge kinderen, met een zo zware diagnose, wilde ze doen wat ze kon. 'Ik was ziek en alles gebeurde razendsnel. Ik had geen tijd en wilde hándelen.'

Toegankelijk

De meeste patiënten kunnen met hun klachten terecht bij de eerstelijns hulpverlening. Als er echter twee of méér samenhangende functioneringsproblemen zijn, kan medisch specialistische revalidatie aangewezen zijn. Maar over de vraag wie dat moet betalen, loopt een grote discussie. Zorgverzekeraars vinden dat dit uit het huidige revalidatiebudget moet komen. Dat betekent dus bezuinigen op andere revalidatiezorg. Revalidatiearts Van de Weg kan zich over die gelddiscussie flink opwinden. 'Oncologische revalidatie moet zonder obstakels toegankelijk zijn. De zorgverzekeraar die veronderstelt dat het, door het zo vaak voorkomen van kanker, gaat om een enorm grootpubliek en dus een grote kostenpost zit eraan. De kosten zijn, op het hele bedrag van de totale oncologische behandeling, echt peanuts.' Want maar vijf tot tien procent van de kankerpatiënten heeft, bij goede triage, medisch specialistische revalidatie nodig. Bijvoorbeeld de vrouw die door een borstkankeroperatie niet alleen zit met een lymfe-oedeem, maar ook met psychologische problemen en moeite op het werk of in het huishouden. Van de Weg: 'Op dit moment komt nauwelijks één procent van de kankerpatiënten bij medisch specialistische revalidatie. Bij een beroerte of dwarslaesie betwist niemand de indicatie. Waarom zou dat bij kanker anders zijn? Het gevolg van die ziekte raakt alle terreinen. En uitval van mensen treft niet alleen henzelf en hun naasten, maar ook de maat-

schappij. Alle partijen hebben er baat bij dat wij deze zorg kunnen blijven leveren. De opbrengsten – denk alleen al aan verminderde medische consumptie – kunnen heel groot zijn.'

Praktijk nog weerbarstig

De meerwaarde van oncologische revalidatie is duidelijk, stelt Van de Weg. 'Zo heeft Revant binnen het eigen centrum aangetoond dat er door een interdisciplinaire aanpak sterke verbetering is op gebied van vermoeidheid, en dat bijna twee derde van de patiënten een hogere kwaliteit van leven ervaart. Er is echter meer onderzoek nodig naar de landelijke effecten. Aan het VUmc is een heel actieve onderzoeksgroep verbonden, die doorlopend onderzoek doet naar de effectiviteit van revalidatie bij kanker.' Voor de landelijke vormgeving van medisch specialistische oncologische revalidatie is, zegt hij, echter nog veel tijd nodig. Niet alle patiënten in ons land hebben nu dezelfde mogelijkheden. 'Dat moet uniform, de praktijk is nog weerbarstig. Maar laat ik het duidelijk zeggen. Het belangrijkste is dat steeds beter is aan te tonen dat medisch specialistische oncologische revalidatie effectief is. Dat mensen er een betere kwaliteit van leven door hebben. Wel 80.000 euro uitgeven aan een medicijn dat het leven een paar maanden rekt, en geen 2.000 euro uittrekken voor een behandeling die aantoonbaar de kwaliteit van leven verbetert: immoreel en onethisch!'

Meer bewegen effectief bij spierziekte FSHD

In oktober promoveerde Nicole Voet, revalidatiearts bij Klimmendaal en vlogger voor dit RM, op onderzoek naar beweging bij de spierziekte FSHD. De uitkomsten van haar onderzoek kunnen ook voor andere spierziekten van belang zijn.

Facioscapulohumerale musculaire dystrofie (FSHD) is een progressieve spierziekte. Mensen met FSHD zijn vaak ernstig vermoeid, en dagelijkse handelingen zijn een grote inspanning. Je zou verwachten dat rustig aan doen helpt om energie te sparen, maar uit de studie van Voet blijkt dat het tegendeel waar is.

Tijdens de studie volgden 57 FSHD-patiënten zestien weken een training: ofwel cognitieve gedragstherapie, ofwel fietstraining. Ook waren er deelnemers die op een wachtlijst werden geplaatst en geen specifieke behandeling kregen. Beide behandelingen uit het onderzoek hadden hetzelfde doel: opbouwen van fysieke activiteit.

In de onderzoeksperiode nam de vermoeidheid van de deelnemers die een training volgden fors af en werden zij fysiek actiever. Dit gunstige effect was bij de meeste mensen ook drie maanden nadat de trainingen waren gestopt nog aanwezig. Bij alle deelnemers werden tevens voor en na de trainingsperiode MRI-metingen verricht van de bovenbeenspieren. Hieruit bleek dat vervetting van de bovenbeenspieren, een proces dat plaatsvindt bij FSHD, door de toegenomen activiteit werd afgeremd. Meer bewegen is dus effectief bij FSHD en remt de ziekteprogressie.

Een vergelijkbaar onderzoek wordt momenteel uitgevoerd bij patiënten met myotone dystrofie type 1. Ook bij andere langzaam progressieve neuromusculaire aandoeningen wordt een goed effect verwacht van beide behandelingen. Een onderzoek waarin de twee behandelprincipes geïntegreerd zijn zal moeten uitwijzen of dit effect er inderdaad is. Nicole Voet zet haar onderzoek als postdoc bij Klimmendaal voort, in nauwe samenwerking met het Radboudumc.

Proefschrift van Nicole Voet

BERICHTEN

Máxima maakt kennis met innovatie in de revalidatie

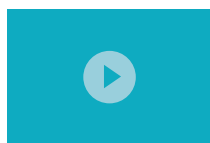
BEELD Eric Brinkhorst



HandsOn, een therapeutische revalidatiegame voor het trainen van de arm- en handfunctie van kinderen met cerebrale parese. Kinderen besturen de game door het oppakken en verplaatsen van objecten.

Op 22 november bracht koningin Máxima een werkbezoek aan revalidatiecentrum Roessingh en Roessingh Research and Development in Enschede. Onderwerp van het bezoek: innovatie in de revalidatie.

Tijdens het bezoek sprak de koningin met revalidanten, behandelaars, onderzoekers en bestuurders. Ze kreeg verschillende demonstraties, onder andere in het gangbeeldlab, waar heel precies het looppatroon en de loopbeweging in kaart kunnen worden gebracht. Ook werd gedemonstreerd hoe innovatieve ontwikkelingen op het gebied van robotica, virtual reality en telemedicine kunnen worden toegepast in de revalidatie. Getoond werden onder meer twee robotische toepassingen voor mensen met een beperkte arm- en handfunctie na bijvoorbeeld een beroerte: de ArmeoBoom, een oefenapparaat dat de arm slim ondersteunt zodat armbewegingen beter kunnen worden getraind, en de Iron-Hand, een robotische handschoen die de handfunctie kan versterken bij dagelijkse handelingen.



RTV Oost besteedde aandacht aan het werkbezoek.

VLOG



Looptraining met de Grail

Revalidatiearts Nicole Voet werkt op de afdeling NAHersenletsel van Klimmendaal in Arnhem. Voor het maartnummer van RN maakte ze een vlog over neglect, het verschijnsel waarbij een deel van het lichaam niet wordt waargenomen. Dit keer laat ze zien hoe er in de revalidatie gewerkt wordt met de Grail, een geavanceerd oefenapparaat.

*Eerder artikel in RM over dit onderwerp:
Topdiagnostiek én looptraining December 2014*



‘Het netwerk richt zich op implementatie van A tot Z’

Het Knowledge Broker Network CVA ondersteunt ziekenhuizen, revalidatiecentra en verpleeghuizen bij de implementatie van behandelrichtlijnen. In vijf jaar tijd is het uitgegroeid tot een samenwerkingsverband van 120 knowledge brokers van 52 organisaties. De coördinatoren van het netwerk, Eugenie Brinkhof en Marike Jansen, vertellen wat er is bereikt.

Eugenie Brinkhof: ‘De kracht van het Knowledge Broker Network CVA is dat het de behandelrichtlijnen echt vertaalt naar de zorgpraktijk. In het netwerk wisselen de leden niet alleen kennis en ervaring uit, maar ze doen ook elk jaar in hun instelling een project dat bijdraagt aan het werken volgens de richtlijn. Het netwerk biedt hen daarvoor een duidelijke projectstructuur en tijdslijn. Het richt zich op de implementatie van A tot Z en daardoor is er meer kans op een succesvol resultaat. Dat geeft energie.’ De leden van het netwerk zijn knowledge brokers, verpleegkundigen en paramedici die dus de praktijk heel goed kennen. Om hen te helpen met hun implementatieprojecten zijn goede voorbeelden verzameld waar ze uit kunnen putten, zoals het gebruik van de oefengids, de inzet van een therapeutische lunchgroep of weekendtherapie. Brinkhof: ‘Je vindt op de site van het netwerk per goed voorbeeld tips voor de implementatie, namen van knowledge brokers die hier al ervaring mee hebben en praktische producten, zoals protocollen en voorlichtingsmateriaal voor de patiënt. Je hoeft dus niet zelf het wiel uit te vinden.’

Leren van elkaar

De knowledge brokers ontmoeten elkaar twee keer per jaar tijdens netwerkdagen. Dit gebeurt in drie regionale groepen. Naast coördinator van het landelijke netwerk zijn Jansen en Brinkhof zelf ook knowledge broker bij De Hoogstraat Revalidatie. Ze noemen de netwerkdagen inspirerend. Marike Jansen: ‘Het helpt om je project levend te houden. Je krijgt ideeën en leert van elkaar. Een voorbeeld: wij hebben enkele

jaren geleden weekendtherapie ingevoerd en liepen er tegenaan dat therapeuten niet verplicht konden worden om op zaterdag te werken. Daar is een werktijdenregeling voor nodig. Als andere knowledge brokers nu met weekendtherapie aan de slag gaan, zeg ik altijd: realiseer je dat het een beleidsverandering van je organisatie vraagt. Dat is niet iets wat jij kunt regelen.’

Opdrachtgever

Om echt verandering te kunnen realiseren, hebben de knowledge brokers steun van hun instelling nodig. Om dit te borgen tekent de verantwoordelijk manager, de opdrachtgever, een overeenkomst. Jansen benadrukt het belang van deze opdrachtgever: ‘Om een project te doen slagen heb je een opdrachtgever nodig die eindverantwoordelijkheid voelt en achter je staat als het lastig wordt. Dat helpt om wat bedacht is echt uit te voeren en de collega’s enthousiast te houden. Voordat wij via deze werkwijze werkten, merkten we dat het team vaak moe werd van alle plannen. Nu komen dingen beter van de grond en voelt iedereen zich meer betrokken.’

Betere revalidatie

Uit een evaluatie die dit voorjaar is gedaan, blijkt dat bijna alle knowledge brokers en hun managers vinden dat de inzet van knowledge brokers in hun organisatie tot betere revalidatiebehandeling heeft geleid. De werkwijze met knowledge brokers draagt in hun ogen ook bij aan meer samenwerking met andere organisaties. Brinkhof: ‘Organisaties functioneren minder op een eiland. Als ik ergens iets over wil weten,



weet ik altijd wel iemand die ik kan benaderen. Ik heb namen en gezichten bij organisaties, en daardoor is de drempel veel lager om contact op te nemen.’ Het netwerk van knowledge brokers is een groot succes, maar het is spannend hoe het vanaf volgend jaar verder zal gaan. Het netwerk is namelijk onderdeel van het Kennisnetwerk CVA NL, dat geen structurele financiering meer krijgt. Daarom moeten instellingen gaan betalen om deel te nemen aan het Knowledge Broker Network CVA. Brinkhof: ‘Het is jammer dat deelname niet kosteloos blijft, maar dit netwerk heeft zijn waarde ruimschoots bewezen. Voor elke organisatie die in de CVA-behandeling wil werken volgens de richtlijnen, is het een kansrijke manier om het vorm te geven.’

Mia Willems

Mia Willems is zelfstandig projectmanager. Ze is vanaf het begin betrokken bij de opzet, evaluatie en uitrol van het Knowledge broker netwerk CVA.

‘Inzage wordt heel snel vanzelfsprekend’

De revalidatiesector werkt hard aan de invoering van patiëntenportalen, die mensen digitaal toegang geven tot relevante persoonlijke informatie. Een belangrijk doel daarbij is om alle revalidanten digitaal inzage te geven in het eigen dossier. Dit is nu alleen nog mogelijk bij de revalidatieafdelingen van het UMC Utrecht en het Radboudumc, en bij zelfstandig behandelcentrum Ciran. Maar het is de verwachting dat de hele sector binnen een paar jaar grotendeels zo ver is.

TEKST Adri Bolt ILLUSTRATIE Roel Seidell



‘Wij waren de eerste revalidatie-instelling die patiënten via internet volledige toegang gaf tot het eigen dossier’, vertelt Wim Wertheim, hoofd van het team van vier revalidatieartsen bij Ciran. ‘De dossiers zijn al zeven jaar toegankelijk, ook het professioneel-inhoudelijke deel. We maakten dit mogelijk omdat we veel waarde hechten aan de autonomie van de patiënt. Toegang tot het volledige eigen dossier maakt deel uit van die autonomie. Het stelt mensen in staat om meer de regie te nemen bij alle processen die hun gezondheid en hun kwaliteit van leven moeten verbeteren. Ze moeten daar niet alleen volwaardige partner worden, maar ook degene die uiteindelijk de beslissingen neemt.’

Zorgvuldig formuleren

Het is de ambitie van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen dat alle leden, waaronder revalidatie-instellingen, in 2020 een eigen patiëntenportaal hebben. Al in 2018 moeten alle patiënten in Nederland hun dossier digitaal kunnen downloaden. De cultuuromslag die daarvoor nodig is valt mee, vindt Wertheim. ‘De behandelaars van Ciran weten inmiddels niet anders meer. Je moet zorgvuldig formuleren wanneer je iets in het dossier zet, maar dat is alleen maar goed, en het went snel. De grotere autonomie van patiënten maakt het voor artsen ook makkelijker. Je denkt minder óver patiënten en meer mét hen. Daarmee deel je de verantwoordelijkheid, zoals dat ook hoort.’



Overigens hebben niet alle patiënten daar evenveel behoefte aan. 'Ongeveer driekwart kijkt in het dossier, een kwart niet. De mensen die erin kijken, vinden het heel prettig. Ze brengen soms ook verbeteringen aan, want ze kunnen hun dossier zo nodig laten aanpassen.' De moderne patiënt ervaart het portaal nu al niet meer als een extra, stelt Wertheim. 'Het zal heel snel iets vanzelfsprekends worden.'

Stortvloed aan vragen

Ook de revalidanten bij het Radboudumc kunnen sinds 2012 een deel van het eigen dossier digitaal inzien. 'De reacties zijn heel

positief', vertelt Laurien Honing-Broenland. Zij is secretaresse op de afdeling revalidatiegeneeskunde en participeert namens die afdeling in de werkgroep die het ziekenhuisbrede patiëntenportaal mijnRadboud bestiert. 'In het begin waren zowel patiënten als behandelaars wat terughoudend, maar die koudwatervrees was snel verdwenen.' De twijfel bij behandelaars lag vooral bij de nieuwe mogelijkheid voor patiënten om hun behandelaar digitaal vragen stellen in een beveiligde omgeving. 'Behandelaars waren bang dat dat tot een stortvloed aan vragen zou leiden, maar dat valt erg mee. Patiënten maken er verantwoord gebruik van. En het heeft als voordeel dat de vragen en antwoorden altijd terug te vinden zijn.' Nog lang niet alle revalidanten maken gebruik van de nieuwe mogelijkheden. 'Op de afdeling revalidatiegeneeskunde doet zo'n 28 procent mee. Dat is al meer dan we verwachtten, maar we zien het nog als begin.' Radboudumc heeft de laatste jaren hard gewerkt aan mijnRadboud omdat het de patiënt als partner ziet: 'We willen dat de patiënt onderdeel is van het behandelteam. Daarvoor is het essentieel om het eigen dossier makkelijk te kunnen inzien.'

'We willen dat de patiënt
onderdeel is van het
behandelteam. Daarvoor is
het essentieel om het **eigen**
dossier makkelijk te
kunnen inzien.'

Nieuwe werkelijkheid

Overigens gaat het bij een patiëntenportaal om veel meer dan het kunnen inzien van het eigen dossier. Bij Radboudumc kan de patiënt via het portaal onder meer zelf vervolgspraken maken, vragenlijsten invullen en de uitslagen van onderzoeken inzien. Bij Ciran vormt het portaal zelfs de basis van de werkwijze, zegt revalidatiearts Wim Wertheim: 'Al voor de intake vult de patiënt allerlei gegevens in op het portaal. Ook beantwoordt hij daar vragenlijsten, bijvoorbeeld over zijn gezondheid. Uiteindelijk komt alle informatie die patiënten, fysiotherapeuten en psychologen aanleveren bij mij. Aan de hand daarvan gaan we in gesprek met de patiënt over het al dan niet beginnen van een behandeltraject.' En ook na dat traject blijft het portaal relevant. 'Zo hebben we therapeutische games ontwikkeld die rechtstreeks gekoppeld kunnen worden aan het dossier. Patiënten kunnen daarmee doorgaan wanneer de behandeling is afgerond.'

Het is een ontwikkeling die nu heel snel gaat. Laurien Honing-Broenland van Radboudumc: 'Zo kunnen onze patiënten de ruwe notities van artsen en diagnoses nog niet digitaal inzien. Deels heeft dat technische redenen, die we nu proberen weg te nemen.' Wim Wertheim: 'Digitale inzage in het eigen dossier lijkt nu misschien nog een gunst voor de patiënt, maar over een jaar of twee loop je achter wanneer je het niet biedt. De nieuwe werkelijkheid wordt dat de patiënt voortdurend in het eigen dossier kan kijken.'



‘Zie je de **obstakels** of
zie je de **sluiproutes**?’

Frans Penninx (59 jaar) liep op zijn dertiende een hoge dwarslaesie op bij een val uit een uitkijktoren. Tijdens de vijf maanden plat op zijn bed - dat was toen heel gebruikelijk - besepte hij dat hij zijn geld later met zijn hoofd moest verdienen. Gezegend met een goed stel hersens rond- de hij zijn studie bedrijfseconomie af en had vervolgens een bloeiende carrière, onder meer als bestuurder in de revalidatiesector.

TEKST Anne Merkies **BEELD** Inge Hondebrink

'Na mijn ongeluk verbleef ik vijf maanden in het ziekenhuis, waarna ik anderhalf jaar heb gerevalideerd. De houding was keihard; anders dan nu. Zij wisten wat goed voor je was, dus deed je dat. Of je wilde of niet. Ik 'haatte' mijn fysiotherapeut tijdens de therapie. Hij liet me duizend keer oefenen om vanuit mijn rolstoel een transfer te maken zonder plankje, wat 999 keer mislukte. Maar ik leerde het en ik doe het nu nog steeds zonder plankje. Tegenwoordig is de klant koning en de vraag van de klant het uitgangspunt. In intentie is dat heel goed, maar je kan die klant daarmee ook tekort doen. Als je bijvoorbeeld niet goed kunt rijden met een rolstoel, ga je toch elektrisch rijden en gebruik je je energie voor dat wat jij zelf belangrijk vindt? Ik denk dat je in die eerste fase juist moet worden gepusht tot - voorbij - het gaatje; daar heb je later veel profijt van!

'Hoewel ik denk dat de onbezorgdheid van mijn jeugd op mijn dertiende ophield te bestaan, heeft mijn dwarslaesie me nooit belemmerd om de dingen te doen die ik graag wilde. Dat heeft voor een groot deel te maken met mijn karakter. Zie je eerst de obstakels, of zie de sluiproutes? Voor mij geldt het laatste. Het is pas nee als ook echt blijkt dat het nee is. Ik heb diepzeedoken met mijn zoon, een duospiong gemaakt met een parachute en in een zweefvliegtuig gevlogen. Ik realiseer me wel dat ik geluk heb gehad. Ik kon studeren, leerde al jong mijn vrouw Corry kennen, kreeg twee kinderen en kon mooi werk doen.'

'Op mijn 29ste was ik directeur van een revalidatiecentrum voor kinderen. Ik denk

dat mijn ervaringsdeskundigheid impliciet een rol heeft gespeeld in mijn managementfuncties in de zorg. Zonder dat overigens zelf als uitgangspunt te nemen, want dat zou ik een zwaktebod hebben gevonden. Ik hoefde het er niet over te hebben. Als ik bijvoorbeeld met zorgverzekeraars aan het onderhandelen was, zagen ze heus wel dat ik zelf ook 'lijdend voorwerp' was. Wat mij altijd heeft gedreven in mijn werk, is het zoeken naar evenwicht tussen ziel en zakelijkheid. Je met hart en ziel inzetten voor de patiënt, omdat je het maximale wilt hebben, maar daarbij de zakelijkheid niet uit het oog verliezen. Want als je als organisatie alleen het belang van de patiënt centraal stelt, ben je overmorgen failliet.'

'Sinds een aantal jaar werk ik voor mezelf en maak ik meer tijd vrij voor andere dingen. Met Corry trek ik bijvoorbeeld twee keer per jaar een maand lang in ons campertje rond door Europa. Wat ik moeilijk vind, is dat zij dan elke keer alles alleen moet inpakken. En er moet veel mee wanneer je vier weken weggaat! Ik zit me dan in mijn rolstoel te verbijten terwijl ik haar heen en weer zie rennen om alles voor elkaar te krijgen. Op zulke momenten zeg ik dan meestal maar dat ik iets heel belangrijks moet doen op de computer.'

FRANS PENNINX

'Goede nazorg is van groot belang'



Dwarslaesie Organisatie Nederland is dé belangenorganisatie voor mensen met een dwarslaesie of caudalaesie en hun naasten. Frans Penninx is bestuurslid. 'We bestaan

dit jaar veertig jaar. Ik ben er trots op dat we al veel bereikt hebben, dat een heel goede samenwerking is opgebouwd met de acht gespecialiseerde revalidatiecentra en dat we in de revalidatiewereld goed op de kaart staan. Maar er is ook nog genoeg te doen. Zo schrijven we bijvoorbeeld op dit moment mee aan het nazorgprotocol dat door de gespecialiseerde behandelcentra wordt opgesteld. Mensen raken na de eerste revalidatieperiode namelijk vaak uit het zicht, terwijl lichamelijke en dus ook andere problemen voortdurend op de loer liggen. Goede nazorg is van groot belang. Daarnaast strijden we voor de inzet van ervaringsdeskundigen in alle dwarslaesiecentra. Het is toch anders als je van iemand met een dwarslaesie hoort hoe bepaalde zaken werken. Het mooie van dit bestuurswerk vind ik dat ik nu echt maar één belang heb; dat van de patiënt.'

Digitale gespreksgroep voor ALS-patiënten succesvol



Na een geslaagde pilot vervolgt Sophia Revalidatie een digitale gespreksgroep voor ALS-patiënten. Deze innovatieve werkwijze kan waarschijnlijk ook goed voor andere revalidatiegroepen worden ingezet.

TEKST Alice Broeksma **BEELD** Sophia Revalidatie

Het idee om e-health op deze manier te gebruiken, kwam van maatschappelijk werker Anneliese Ouwehand. Zij deed de suggestie om beeldbellen in te zetten voor groepsgesprekken van patiënten met de ongeneeslijke neurologische ziekte ALS. Met dit idee won ze de innovatieprijs van Sophia Revalidatie; met het prijzengeld kon ze met twee projectleden het concept realiseren. 'We hebben eerst onderzocht of de behoefte er werkelijk was onder patiënten, en die wás er,' zegt Ouwehand. 'Mensen met ALS kunnen door hun ernstige aandoening moeilijk van huis voor lotgenotencontact, en bleken enthousiast over beeldbellen omdat het een sociaal isolement kan helpen doorbreken.'

Knoppenles

De pilot eerder dit jaar bestond uit tien keer beeldbellen, eenmaal per week, met een proefgroepje van vier ALS-patiënten. Eerst maakten de deelnemers in het echt kennis met elkaar. Ze kregen 'knoppenles' om te kunnen omgaan met een tablet, die in bruikleen werd meegegeven. Een dame op hogere leeftijd kreeg bij het eerste digitale groepsgesprek thuis wat extra hulp van een computervaardige stagiaire van het revalidatiecentrum.

'Het groepsgesprek stond wekelijks ingepland in het rooster van de patiënten, dat ze samen met het revalidatiecentrum hebben opgesteld. Toch wisten we eerst nog niet of het vanwege het ziekteproces zou lukken de deelnemers elke week op hetzelfde tijdstip virtueel bij elkaar te krijgen. Dat bleek geen enkel probleem te zijn, iedereen zat steeds keurig op tijd klaar. De deelnemers keken er ook echt naar uit, blij dat ze met elkaar konden praten vanuit hun eigen huis.'

Regels

Door het succes komt er binnenkort een meer permanente beeldbelgroep met - net zoals bij een fysieke meeting van lotgenoten - maximaal zes deelnemers om voldoende spreektijd voor iedere deelnemer te waarborgen. Van te voren worden voor het digitale groepsgesprek een paar regels afgesproken. Zo treedt een maatschappelijk werker op als gespreksleider en krijgen alle deelnemers de kans om zonder onderbreking te vertellen wat er voor hen op dat moment speelt. 'Prettig om goed je verhaal te kunnen doen. Maar het heeft ook een

technische reden. We gebruiken een computerprogramma waarbij één spreker tegelijk hoorbaar is. Onze ICT-afdeling verkent nu meer technische mogelijkheden.'

Obstakels

Voor zover bekend is Sophia Revalidatie het eerste Nederlandse revalidatiecentrum dat beeldbellen voor een groep toepast. Andere centra bieden al wel één-op-één-gesprekken tussen patiënt en arts of therapeut. Op een ALS-congres laatst kreeg Anneliese Ouwehand te horen dat andere centra het knap vonden dat het Sophia Revalidatie die groepsuitdaging was aangegaan, omdat er technische obstakels zijn te overwinnen. De projectleider geeft daarvan een voorbeeld. 'Op onze vaste werkplekken staan pc's zonder camera, zodat we van daaraf niet het gesprek kunnen begeleiden. Ook zijn digitale communicatieprogramma's niet standaard op die computers geïnstalleerd. Maar ieder revalidatiecentrum heeft een ICT-afdeling en die kan daar inspringen. Belangrijk, want groepsbeeldbellen heeft beslist meerwaarde voor patiënten. Hopelijk komt er dus ook een goede oplossing voor installatie van software op de privé-computers bij de mensen thuis. Want we kunnen natuurlijk geen tablets blijven uitdelen.'

Toekomst

Sophia Revalidatie start nu een onderzoek om te zien of de beeldbelgroep structureel extra kosten met zich meebrengt, of dat dit financieel juist iets gaat opleveren. Ouwehand: 'Nu is het een initiatief naast de bestaande revalidatiebehandeling. De kosten die we maken beschouwen we dus als extra kosten. Maar het is niet ondenkbaar, natuurlijk, dat er juist wordt bespaard, omdat een maatschappelijk werker door het wekelijkse digitale lotgenotencontact bijvoorbeeld minder op huisbezoek hoeft. Want lotgenotencontact kan voor de cliënt heel ontlastend werken.' De uitslag van deze kostenberekening wordt volgend jaar zomer verwacht.

Gekeken wordt nu ook of het principe kan worden toegepast voor andere revalidatiegroepen. 'Zoals bijvoorbeeld voor mensen met MS, andere neuromusculaire aandoeningen, of voor mantelzorgers die ook niet makkelijk van huis kunnen voor lotgenotencontact. Het principe heeft voor het Sophia Revalidatie zijn waarde bewezen.'

Kijken naar de onderliggende mechanismen

TEKST John Ekkelboom BEELD Inge Hondebrink

Henk Stam van het Erasmus MC in Rotterdam is de langstzittende hoogleraar revalidatiegeneeskunde van ons land. Onder zijn leiding zijn inmiddels heel wat onderzoeken voltooid en tevens initiatieven ontplooid. Zo heeft hij vanuit zijn afdeling de handrevalidatie in Nederland op de kaart gezet. Verder heeft hij samen met Rotterdamse collega's Medigrip ontwikkeld (Linken naar www.medigrip.org), een app die dagelijks via een redactie commentaar geeft op één recent wetenschappelijk artikel op het gebied van medisch specialistische revalidatie. Onder andere hiervoor ontving hij als tweede Europeaan in 2013 de prestigieuze Sydney Licht Lectureship Award. 'Veel artsen en therapeuten hebben moeite met het bijhouden van hun vakliteratuur. Deze app is makkelijk te raadplegen. Wereldwijd wordt er gebruik van gemaakt. Met jaarlijks 25.000 bezoeken vinden we het gebruik nog wel te beperkt.'

Fundamenteel onderzoek

Het zwaartepunt van zijn onderzoeken ligt bij neurologische revalidatie. Een van de projecten, in samenwerking met de afdeling neurowetenschappen, richt zich op het opnieuw leren bewegen van mensen met een hersenbloeding. Stam vertelt dat het vooral om fundamenteel onderzoek gaat. 'We zetten een stapje terug in de analyse van het probleem. De nadruk ligt al jarenlang op de kwaliteit van leven, tevredenheid en participatie. Dat zijn ontzettend belangrijke thema's, maar we zijn een beetje vergeten om te kijken naar de onderliggende mechanismen en hoe we die kunnen aanpakken.' De afdeling van Stam heeft via unieke studies met controlegroepen aangetoond dat spiegeltherapie bij deze doelgroep erg goed werkt. 'Nu onderzoeken we of transcranial direct current stimulation, waarbij elektrische stroompjes de hersenen stimuleren, ook het herstelproces kan bevorderen. Deze therapie lijkt eveneens veelbelovend.'

Motivational interviewing

Tijdens onderzoek naar fysieke fitheid en fysieke activiteit, een thema dat Stam eveneens bestudeert, merkte hij dat veel revalidatie-diagnosegroepen - bijvoorbeeld mensen met een dwarslaesie, cerebrale parese of MS - daarin achterblijven. In vergelijking met gezonde personen kan dat zelfs 50 tot 60 procent minder zijn. De hoogleraar wil nu kijken op welke wijze het mogelijk is deze mensen actiever en fitter te maken. 'Alleen trainen is onvoldoende. Je moet er ook voor zorgen dat ze actief blijven. Dat is een mentale kwestie die je kunt beïnvloeden via motivational interviewing of cognitieve gedragstherapie. Bij dwarslaesiepatiënten hebben we die gecombineerde aanpak getest. Daaruit blijkt dat je een langdurig effect sorteert als je dit niet in een chronisch stadium maar al aan



Henk Stam (Rotterdam, 1953) studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Hij specialiseerde zich tot revalidatiearts bij Rijndam Revalidatie, waar hij sinds 1984 staflid is, met een onderbreking van drie jaar als consulent in de provincie Zeeland. In 1990 promoveerde hij op onderzoek naar spierkrachtmetingen van de knie en vier jaar later werd hij hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan het Erasmus MC. Stam is getrouwd en heeft twee kinderen. Zijn hobby's zijn snowboarden, skiën, mountainbiken, golfen en hardlopen.

het eind van het initiële revalidatieprogramma aanbiedt. Dan zitten mensen nog in een fase dat ze hun leven op een andere manier gaan organiseren.'

Vergeten groep

Transitie en levensloop bij kinderen met een cerebrale parese is een andere onderzoekspoot van de hoogleraar. Samen met collega's volgde hij jarenlang jongeren van hun 16e tot 24e levensjaar. Het bleek dat deze groep in vergelijking met gezonde leeftijdgenoten achterliep op gebieden als zelfstandig wonen, zelfstandig met geld omgaan, werk vinden en seksualiteit. Na die bevinding heeft de Rotterdamse groep behandelmodules ontwikkeld om de achterstanden weg te werken. Deze zijn of worden ook elders in het land ingezet. Stam: 'Cerebrale parese is niet alleen een kinderaandoening, beseften we tijdens onze studie. Het aantal volwassenen met CP is veel groter. Uit ons vervolgonderzoek blijkt dat hun fysieke en psychosociale problemen met het klimmen van de jaren toenemen. Daarom hebben we voor hen een speciale polikliniek opgezet voor screening en voorlichting, zodat ook deze vergeten groep de gepaste aandacht krijgt.'



Sneller herstel door vroege revalidatie

Omdat IC- en traumapatiënten erg kwetsbaar zijn, worden ze in het ziekenhuis doorgaans zo min mogelijk belast. Toch blijkt uit ervaring dat zij veel baat hebben bij vroege revalidatie. Hoewel het hen veel inspanning kost, kunnen aangepaste oefeningen het herstelproces aanzienlijk bekorten.

TEKST John Ekkelboom BEELD Inge Hondebrink

Vroege revalidatie op de trauma- en IC-afdelingen is in de Nederlandse ziekenhuizen nog lang niet standaard. De eerste stappen zijn inmiddels gezet. Een van de pioniers is het AMC in Amsterdam, waar Marike van der Schaaf de kartrekker is. Zij is fysiotherapeut van de revalidatieafdeling en sinds juni dit jaar lector Revalidatie in de Acute Zorg aan de Hogeschool van Amsterdam. In 2009 promo-

veerde zij op een onderzoek, waarvoor ze 450 IC-patiënten in de tijd volgde. Daaruit bleek dat veel van deze patiënten een jaar na ontslag nog steeds fysieke, cognitieve en/of psychische problemen hadden en dat hun familieleden kampten met angsten. Mede dankzij deze bevinding kreeg dit complex van symptomen een naam: het Post Intensive Care Syndrome. Naar schatting worden in ons land jaarlijks 25.000 tot 28.000 mensen met PICS uit het ziekenhuis ontslagen.

LICHAMELIJK EN MENTAAL

Het klachtenpatroon bij PICS is volgens Van der Schaaf divers. 'De patiënten hebben pijn in de gewrichten en verliezen tijdens hun opname veel aan spierkracht. Per week kan dat wel 20 procent zijn. Deze spieraftake komt niet alleen door het liggen maar ook door kritieke ziektes als sepsis en meervoudig orgaanfalen. Er ontstaan ontstekingsprocessen met een combinatie van spierverval en gevoelsstoornissen tot gevolg.' Naast deze lichamelijke aspecten heeft volgens de lector een op de vijf patiënten mentale stoornissen, zoals posttraumatische stress, angst en depressie. 'Deze zijn allemaal gerelateerd aan de IC-opname. In feite is de IC een trauma op zich. Om PICS zoveel mogelijk te voorkomen, is het belangrijk de patiënt in een vroeg stadium te mobiliseren en te activeren. Daarbij is het essentieel een juiste afweging te maken en overbelasting te voorkomen. Het gaat immers om zeer ernstig zieke patiënten.'

MOBIELE LOOPBAND

Op basis van literatuuronderzoek en in samenwerking met een groep experts heeft de revalidatieafdeling van het AMC criteria opgesteld die aangeven wanneer het veilig is een patiënt te revalideren. Van der Schaaf: 'We willen zo vroeg mogelijk trainen, terwijl de patiënt nog aan de beademing en het infuus ligt. Dan kun je denken aan zitten, staan en bewegen via een bedfiets. We onderzoeken nu wat de beste manier is: interval-, duur- of piektraining. Verder hebben we samen met Motekforce Link, een bedrijf dat hightech revalidatie-apparatuur ontwikkelt, een mobiele loopband ontwikkeld waarop IC-patiënten in een draagvest kunnen oefenen. Met heel weinig spierkracht is het al mogelijk de looptraining te beginnen. Een pilot heeft aangetoond dat dankzij deze innovatieve methode veel eerder met looptraining kan worden gestart. Dit is echt grensverleggend.' Van der Schaaf benadrukt dat naast training ook de cognitieve en mentale stoornissen van PICS moeten worden aangepakt. Dat kan volgens haar alleen met een multidisciplinair team - met als centrale spil de revalidatiearts - dat patiënten ook volgt na de IC.

FAST TRACK

Peter Brink, hoogleraar traumatologie aan de Universiteit Maastricht, vertelt dat het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) bij ongevalspatiënten ook het beleid van vroege revalidatie toepast. Zijn doel is zo snel mogelijk te beginnen. 'Elke week dat je niets doet, kost een maand extra revalidatie. Revalidatie heeft op alle organen effect en ik heb het gevoel dat je daarmee ook depressies kunt voorkomen.' Patiënten die in Maastricht op de gecombineerde afdeling traumatologie/IC belanden, krijgen een revalidatieprogramma, bestaande uit oefeningen, instructies en zo mogelijk fietstraining. Brink vermoedt dat dit regime in grote lijnen overeenkomt met dat van het AMC. Het AZM heeft tevens de afspraak dat Adelante in Hoensbroek post-IC-patiënten, die op korte termijn niet geopereerd hoeven te worden, zo snel mogelijk opneemt. Volgens het programma Fast Track, dat samen met revalidatiearts Bea Hemmen - zij werkte destijds bij Adelante en nu in het AZM - werd opgezet, moet die overplaatsing binnen vijf dagen na aanmelding door de revalidatiearts van het ziekenhuis gebeuren.

DOGMA DOORBREKEN

Onderzoek van Adelante heeft aangetoond dat dankzij Fast Track traumapatiënten drie maanden sneller revalideren dan controlepa-



'Nog een fitnessapparaat'

Onderzoeker Massimo Mischi van de TU Eindhoven heeft met zijn groep een fitnessapparaat ontwikkeld dat volgens hem wellicht ook gebruikt kan worden bij vroege revalidatie. Deze MaxDFM, die door Hipermotion op de markt wordt gebracht, is een toestel waarbij de gebruiker aan een kabel met pulley trekt die in hoogte instelbaar is. Het bijzondere is dat dit apparaat over een elektromotor beschikt die dertig keer per seconde het gebruikte gewicht afwisselend 60 procent lichter en 60 procent zwaarder maakt. Die razendsnelle gewichtsverandering is nauwelijks merkbaar, maar de extra prikkeling van de spieren geeft wel 40 tot 100 procent meer resultaat. Het laagste instelgewicht is 200 gram, waardoor het mogelijk is met minimale inspanning en belasting een training te starten. Ervaringen op IC- en trauma-afdelingen zijn er nog niet, wel bij sportverenigingen en revalidatiecentra.

tiënten die conventionele zorg kregen. Brink: 'Dit is alleen mogelijk als een revalidatiecentrum bereid en in staat is een aantal ziekenhuistaken uit te voeren, zoals het inbrengen van infusen en blaaskatheters, het verzorgen van wonden en het toedienen van antibiotica. Zelf ga ik regelmatig naar Hoensbroek om een helpende hand te bieden.' Verder wil het AZM samen met revalidatiearts Yvette van Horn van Adelante het dogma van chirurgie en orthopedie, dat voorschrijft dat traumapatiënten na operatie van ernstige beenletsels drie maanden niet mogen lopen, definitief doorbreken. De bedoeling is dat daarover voortaan de revalidatiearts van het ziekenhuis beslist



Jordi-Mike van der Leij (20) uit Venhuizen maakte in 2013 tijdens vakantiewerk bij een bollenkweker in zijn woonplaats een val van tien meter. Zwaar gewond belandde hij op de IC van het AMC, waar hij wekenlang in coma werd gehouden en diverse operaties onderging. Volgens zijn moeder Arijenne werd vanaf de tweede dag al de revalidatie in gang gezet. 'De

fysiotherapeut en de ergotherapeut kwamen elke dag op bezoek. Ze leerden ons de voeten, kuit en linkerhand van Jordi-Mike masseren. Die waren niet beschadigd. Na enige tijd probeerden ze hem een beetje rechtop te zetten. Als ouders vonden we dat eng, maar achteraf denken we dat dit heel goed voor hem is geweest. Toen Jordi-Mike met zijn duim reageerde op

opdrachten - hij kon niet praten - gingen diverse therapeuten hard aan de slag met hem. Terwijl hij in feite nog in de 'zwarte wolk' zat, schopte hij vanuit de stoel een bal terug. Na zes weken was hij medisch stabiel en ging hij voor zeven maanden intensieve revalidatie naar Heliomare, waar hij nu nog steeds poliklinisch revalideert.' Jordi-Mike, die iets vertraagd praat maar zich uitstekend kan uiten, vertelt dat het naar omstandigheden goed met hem gaat. 'Ik heb nog wel balansproblemen. Eerst zat ik in een rolstoel en daarna kon ik lopen met een rollator. Die gebruik ik nu alleen nog bij langere afstanden. Kortere stukken doe ik met de stok of zonder. Ik volg een mbo-4 ICT-opleiding en wil straks op hbo-niveau verder. Viermaal per week fiets ik met een driewielers met trapondersteuning naar mijn werkervaringsplaats tien kilometer heen en terug. Hoewel het herstelproces nu langzamer verloopt dan in het begin, maak ik gelukkig nog steeds vorderingen.'

volgens de methode 'weight bearing as tolerated', waardoor patiënten sneller en beter zullen revalideren. Adelante heeft een protocol en cursus ontwikkeld om de betrokken zorgverleners te instrueren. Via een effectiviteitsonderzoek, waarvoor Brink nog subsidiegevers zoekt, wil hij kijken of vroege revalidatie inderdaad tot snellere en betere resultaten leidt.

OPTIMUM CARE

Heliomare in Wijk aan Zee gaat nog een stapje verder met de revalidatie van IC-patiënten. In juni vorig jaar heeft dit revalidatiecentrum de afdeling Optimum Care geopend, als tussenstation om de grote overgang tussen de IC's van ziekenhuizen en het centrum te overbruggen. Hier worden IC-patiënten gerevalideerd van wie de vitale functies stabiel zijn maar die eventueel nog wel beademing, infusen, monitoring en nierdialyse behoeven. De afdeling heeft twaalf bedden en een team van vijftig zorgverleners. Volgens revalidatiearts Tijs van Bezeij, een van de initiatiefnemers, vergde dit concept de nodige voorbereiding. 'We hebben veel op gebied van scholing, organisatie en techniek geïnvesteerd. Dit was mede mogelijk dankzij de financiële ondersteuning van het zorginnovatiefonds Agis.' Het streven van Heliomare is dat patiënten zes weken op de Optimum Care verblijven, om vervolgens naar een andere eigen afdeling of een ander revalidatiecentrum te gaan. De eerste ervaringen zijn inmiddels vergeleken met een gelijkwaardige populatie patiënten van voor het Optimum Care-tijdperk, vertelt Bezeij. 'We zien dat door een eerdere start van intensieve revalidatie zowel het ziekenhuis- als het revalidatietraject wordt ingekort en het aantal terugplaatsingen naar het ziekenhuis afneemt. Gemiddeld gaat het om vijftig dagen minder, wat niet alleen een enorme winst is voor

de patiënt maar ook financieel voor de samenleving. We gaan nu onderzoeken of patiënten er ook functioneel op vooruitgaan.'

MARKT VOOR REVALIDATIE

Die snelle overstap van ziekenhuis naar revalidatiecentrum is erg belangrijk, vindt ook Henk Stam. 'Mijn betoog is dat de revalidatiearts op de IC in het ziekenhuis aanwezig moet zijn, daar de revalidatie moet starten, waarna de patiënt zo vlug mogelijk naar een revalidatieinstelling gaat, klinisch of poliklinisch.' Stam is hoogleraar revalidatie-geneeskunde in het Erasmus MC in Rotterdam. Onder zijn eindredactie werd in 2012 het boek *Acute medical rehabilitation* uitgegeven, dat wereldwijde aandacht kreeg en zelfs werd vertaald in het Chinees. Samen met Marike van der Schaaf organiseerde hij in diverse landen workshops over PICS. 'Hoewel we in Nederland al aardig op weg zijn wat vroege revalidatie betreft, hebben we vanuit de revalidatie op het fenomeen PICS nog geen duidelijk antwoord. Met uitzondering van het AMC is er geen gestructureerde follow-up voor deze patiënten. Hier ligt nog een grote markt voor de revalidatie. Als je als revalidatiesector actief bent in de acute fase, kun je je eigen stroom patiënten sturen en voorkom je ook dat de specialist verkeerde patiënten doorverwijst.' Van der Schaaf pleit voor een richtlijn. Zij is verheugd dat de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en de intensivisten van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) daar eveneens het belang van inzien en PICS-patiënten als een revalidatiegroep erkennen. 'Belangrijk onderdeel van die richtlijn moet worden dat we PICS-patiënten screenen voor medisch specialistische revalidatie. We richten ons niet op patiënten met lichte klachten. Die kunnen in de eerste lijn worden behandeld. Het gaat om patiënten die baat hebben bij een multidisciplinaire aanpak.'

DE SPECIALISTEN

Over de expertise die bij revalidatie-instellingen aanwezig is.

‘Het is boeiend om de **veerkracht van de mens** te zien’

WAT GZ-PSYCHOLOOG, WAARBIJ GZ STAAT VOOR ‘GEZONDHEIDSZORG’

WAAR VOGELLANDEN, ZWOLLE

WAAROM OMDAT DE PSYCHE EEN GROTE ROL SPEELT IN DE REVALIDATIE

AAN HET WOORD MONIEK MEDEMA-VELDKAMP, GZ-PSYCHOLOOG

Wat houdt jullie werk in?

‘Ik werk samen met mijn collega-gz-psycholoog Anke Schuur met mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Dit kan bijvoorbeeld ontstaan door een ongeval, CVA, hersentumor of MS. We doen zowel klinisch als poliklinisch onderzoek en behandeling. Veelal gaat het hierbij om het zichtbaar maken van wat wel ‘de onzichtbare gevolgen van NAH’ worden genoemd: de moeilijk grijpbare emotionele, gedragsmatige en cognitieve veranderingen. We maken deze gevolgen inzichtelijk door middel van diagnostiek en begeleiden revalidanten en hun naasten bij het leren omgaan met die gevolgen. Daarbij speelt verwerking en acceptatie vaak een grote rol. Ook behandelen we eventuele psychische stoornissen bij revalidanten, zoals een stemmings- of angststoornis, die een belemmerende rol kunnen spelen in het revalidatieproces. In de kliniek geven we daarnaast adviezen aan de verpleging en collega behandelaren ten aanzien van de gedragsbenadering van revalidanten. Want ook gedrag en gedragsverandering zijn bij uitstek het terrein van de gz-psycholoog.’

Hoe is de werkwijze?

‘Binnen de neurologie zien we vrijwel iedere revalidant voor een intake. Tijdens het intakegesprek beoordelen we of er een hulpvraag ligt op psychologisch gebied en of nadere diagnostiek verricht moet worden, zoals neuro-psychologisch onderzoek. De psycholoog bespreekt vervolgens de bevindingen met de revalidant en naastbetrokkenen. Als uit de intake een behandelvraag naar voren komt, volgen behandelgesprekken. We stellen hiervoor met de revalidant een behandelplan op en kiezen afhankelijk daarvan een therapie-insteek. We werken

breed en maken gebruik van diverse methodieken, zoals cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering, oplossingsgerichte therapie of Acceptance and Commitment Therapy, een therapievorm gericht op acceptatie en het vinden van een toekomstperspectief gebaseerd op iemands waarden. Als het gaat om cognitieve revalidatie, waarbij dus het cognitief functioneren niet één van de revalidatiedoelen maar het hoofddoel is, spelen we een centrale rol.’

Wat is het effect van jullie begeleiding?

‘We leren mensen, vaak samen met de ergotherapeut, hoe ze strategieën kunnen toepassen voor het omgaan met hun cognitieve beperkingen, waardoor ze daar minder hinder van ondervinden. Maar het gaat om compensatie: de beperkingen zelf zijn vaak blijvend, en dan kan het een hele worsteling zijn voor mensen om te moeten aanvaarden dat hun functioneren dus blijvend is veranderd. Dit is vaak verbonden met allerlei gedachtenpatronen, bijvoorbeeld verwachtingen die iemand van zichzelf heeft. Door deze patronen samen te verhelderen en iemand te helpen hier meer afstand van te nemen en te kijken naar wat voor hem of haar belangrijke waarden zijn in het leven, creëer je ruimte voor het zoeken naar een nieuw toekomstperspectief. Zo zie je mensen vaak weer in beweging komen.’



Wat vind je het bijzondere van je werk?

‘Het is elke keer weer boeiend om de veerkracht en flexibiliteit van de mens te zien en deze te helpen versterken. Revalidanten stellen zich in gesprekken doorgaans open en kwetsbaar op. We horen en zien dingen die ze vaak lastig of helemaal niet met anderen delen. Het vertrouwen dat je krijgt geeft een gevoel van waardering en zorgt ervoor dat je in een behandeling het uiterste uit jezelf wilt halen om mensen weer in hun kracht te krijgen.’

Zijn er ontwikkelingen gaande in je vak?

‘Er wordt in de revalidatie-psychologie steeds meer gewerkt met e-health. Ook worden er nieuwe behandelmodules ontwikkeld, bijvoorbeeld gericht op het verbeteren van de sociale cognitie na hersenletsel, dus de wijze waarop mensen denken over zichzelf en hun sociale omgeving. Mijn collega Anke heeft verder met een ergotherapeut een inzichtmodule gemaakt, bedoeld om het ziekte-inzicht bij revalidanten met hersenletsel te vergroten. Daarnaast gaan we kijken of we ons behandelaanbod voor een bredere doelgroep kunnen inzetten, bijvoorbeeld voor revalidanten met geheugenproblemen door burn-out-klachten of met neuropsychiatrische beelden zoals milde vormen van adhd.’

Met de **C-BiLLT** beter inzicht in taalbegrip

Hoe toets je de taalbegripsontwikkeling van kinderen die niet of nauwelijks kunnen spreken en zich niet zelfstandig kunnen bewegen? Joke Geytenbeek, logopedist en logopediewetenschapper aan het VUmc, ontwikkelde met haar onderzoeksteam een test die dit mogelijk maakt: de C-BiLLT. Het meetinstrument wordt al aanbevolen in de meest recente behandelrichtlijn voor kinderen met een spastische cerebrale parese.

TEKST Carine Harting

Cerebrale parese (CP) is een houdings- en bewegingsstoornis die ontstaat door een aanlegstoornis of hersenbeschadiging voor het eerste levensjaar, en die onder meer invloed heeft op het bewegen. Zeventig tot tachtig procent van de kinderen met CP is spastisch en een kleiner percentage heeft een dyskinetische CP, waarbij het kind ongecontroleerde bewegingen maakt. Afhankelijk van de ernst van de hersenbeschadiging zijn kinderen meer of minder motorisch beperkt. Eén op de vier kinderen kan door de ernstige motorische beperking niet praten. Dit maakt communiceren op het niveau dat aansluit bij het kind heel moeilijk. Zonder betrouwbare testen is immers niet met zekerheid vast te stellen wat deze kinderen wel of niet begrijpen van gesproken taal. De C-BiLLT - wat staat voor Computer-Based instrument for Low motor Language Testing - maakt dit wel mogelijk.

Waar is de auto?

De C-BiLLT is een taaltest op de computer, die online wordt afgenomen. Het kind ziet op het computerscherm foto's waarover vragen worden gesteld. De foto's stellen voorwerpen, situaties of personen voor. Een eenvoudige vraag is bijvoorbeeld: Waar is de auto? Op het scherm ziet het kind een auto en een ander voorwerp. De vragen bouwen op van heel eenvoudig tot complex, overeenkomend met de ontwikkeling van het taalbegrip van het zich normaal ontwikkelende kind.

De C-BiLLT is genormeerd voor kinderen in de leeftijd van anderhalf tot zeven jaar: de periode waarin de taal zich ontwikkelt van losse

woordjes tot de juiste bouw van eenvoudige tot samengestelde zinnen. Na het zevende jaar blijft de taal zich ontwikkelen, maar is dan meer een verrijking van de woordenschat.

Besturingsmogelijkheden

'Ik heb letterlijk naast de programmeur gezeten, om de C-BiLLT precies zo te krijgen als ik wilde,' zegt Joke Geytenbeek, die ruim 25 jaar ervaring heeft in haar werkveld. 'Het resultaat is een instrument met verschillende besturingsmogelijkheden, uitgaande van de bewegingen, hoe gering ook, die een kind wél kan maken. Zo kan een kind met de ogen, of met een infraroodcamera middels oogbesturing, naar het scherm kijken en de afbeeldingen selecteren. Het kind kan ook navigeren door een links/rechtsbeweging te maken met het hoofd tegen de hoofdsteun van de rolstoel. Of door het touchscreen aan te raken. En dan hebben we ook nog een knop, die we daar kunnen plaatsen waar het kind hem kan bedienen. Bijvoorbeeld met een voet, vinger, kin, knie, noem maar op. Er is dus altijd een manier waarop het kind zelf de vragen van de test kan beantwoorden, hoe lichamelijk beperkt het ook is.'

Ruimte voor twijfel

Dit maakt de C-BiLLT anders dan andere taalbegripstesten. 'De uitkomsten van andere testen lieten ruimte voor twijfel,' vertelt Geytenbeek, 'omdat het onduidelijk bleef of het kind niet antwoordde vanwege de motorische beperking of omdat het de vraag niet begreep. Veel taaltesten vragen namelijk een motorische handeling



van het kind. Bijvoorbeeld: “zet de pop op de stoel”. De testleider moet dan als alternatief voor de handeling bijvoorbeeld de kijkrichting of oogbeweging van het kind volgen en zo het antwoord interpreteren. Maar heeft de behandelaar het kind wel goed begrepen? Keek het echt naar de pop of toch alleen naar de stoel? Kan het kind de – kleine – testmaterialen wel goed zien?

Een onduidelijke uitkomst van een taalbegripstest kan leiden tot onderschatting of overschatting van een kind, wat verstreckende gevolgen kan hebben. Niet alleen de manier waarop met het kind wordt gesproken kan te moeilijk of juist te makkelijk zijn, het werkt ook door in de keuzes rondom het revalidatietraject, passend onderwijs of de invulling van de dagbesteding.

‘Weten wat een kind **wel of niet begrijpt**, is zó belangrijk’

Niet alleen voor CP

Het meetinstrument is ook geschikt voor oudere kinderen of jongvolwassenen bij wie een verstandelijke beperking wordt vermoed. In dat geval worden de testresultaten uitgedrukt in leeftijdsequivalenten. Joke Geytenbeek: ‘De test is in veel situaties inzetbaar. Denk aan meisjes met het Rett Syndroom, die vaak alleen met hun ogen communiceren. Kinderen met het Syndroom van Down reageren eveneens heel goed op de test. En onlangs heb ik een jongen van negen jaar getest met een locked-in-syndroom. Hij zat als het ware opgesloten in zijn lichaam; communiceren met de mensen om hem heen was niet mogelijk. Alleen zijn rechtervoet kon hij naar voren of achteren schuiven. Ik heb de knop bij zijn voet gezet, en merkte dat hij de vragen las die optioneel bovenin het scherm staan. Daarna maakte hij dWe hele test in zijn eentje en had alle vragen goed. Weten wat een kind wel of niet begrijpt, is zó belangrijk. Niet alleen voor de ouders, ook voor iedereen om het kind heen. Voer bijvoorbeeld geen slechtnieuwsgesprek over het hoofd van een kind dat jou heel goed kan volgen.’

46 locaties

De C-BiLLT wordt al op 46 locaties in Nederland succesvol gebruikt: bij 25 revalidatiecentra, 14 mytilscholen en 7 zorginstellingen. Joke verwacht dat deze aantallen nog verder zullen stijgen. ‘We hebben al 75 logopedisten en 2 psychologisch medewerkers opgeleid voor het afnemen en beoordelen van de test. Inmiddels zijn we aan de vijfde volgeboekte cursusgroep toe. We krijgen nu ook al aanmeldingen uit België en is er een internationale aanvraag ingediend in samenwerking met Canada, Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Australië voor een Engelse versie van de C-BiLLT.’

Lees over het onderzoek naar C-BiLLT

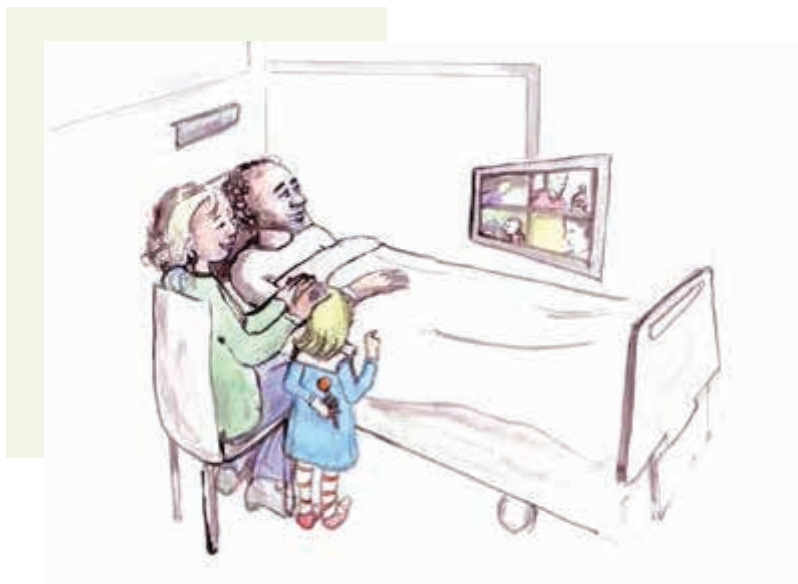
<http://www.c-billt.com/>



Project Kees: de patiënt centraal

Patiëntgerichtheid is een belangrijk streven binnen de revalidatiesector. Zo'n ambitie concreet vormgeven is best een uitdaging. Het UMC Groningen - Centrum voor Revalidatie (CvR) startte een bijzonder project. Doel: verbetering van de zorglogistiek en de begeleiding.

TEKST Adri Bolt ILLUSTRATIES Dienke Nauta



De verbouwing van de centrale hal van Beatrixoord - naast het UMCG de tweede locatie van het CvR - speelt een belangrijke rol binnen het 'project Kees', vertelt Marjan Hamstra, programma-manager bij het CvR. 'De nieuwe centrale hal kent geen balies', schetst zij het toekomstbeeld. 'Het is een open ruimte, waar nieuwe patiënten bij binnenkomst worden ontvangen door een medewerker die precies weet wie er gaan komen. Als een patiënt vragen heeft, neemt de medewerker hem of haar mee naar een tafeltje om die vragen te bespreken. Patiënten die al bekend zijn in het centrum kunnen zich melden op een aanmeldzuil. Die geeft precies aan waar ze moeten zijn, en meldt de behandelaar dát de revalidant er is. Als er even gewacht moet worden kan dat in een aangename, rustige omgeving, maar iemand kan ook bij een van de aanwezige werkplekken nog even aan de slag.'

Verhaal van Kees

Het CvR maakt werk van patiëntgerichtheid, vertelt Hamstra. 'We willen de best mogelijke medisch specialistische revalidatie bieden, en daar hoort bij dat je de patiënt echt centraal stelt. Zo onderscheiden we ons van andere aanbieders op de markt. We waren er al op veel plaatsen binnen de organisatie mee bezig, maar die initiatieven waren versnipperd. Niet alleen waren het allemaal aparte projecten, die projecten hadden ook een zorggerichte óf een bedrijfskun-



dige insteek. Verder werd de patiënt bij die projecten nauwelijks gehoord.' Om een integrale aanpak te bereiken, werkt het CvR nu vanuit een verhaal. 'In dat verhaal, over onze hypothetische cliënt Kees, hebben we onze ambities verwerkt. Het werd voorjaar 2015 op papier gezet, in een flyer voor alle personeelsleden.'

Bejegening

Het project Kees heeft drie pijlers, zegt Hamstra, met de bouwkundige aanpassing van de hal als één van de pijlers. Daarnaast zijn er twee niet-materiële pijlers: zorglogistiek en ICT, en bejegening. 'Bejegening raakt letterlijk alle werknemers van het CvR, op onze beide locaties. Daarom zijn we najaar 2015 een 'gangmakerstraject' gestart, met een enthousiaste groep van zo'n veertig mensen. We hebben verkend wat gastvrijheid is, en hoe we die vorm kunnen geven. Daar hebben we vervolgens ook afspraken over gemaakt.' Bij het CvR werken bijvoorbeeld veel artsen in opleiding. 'Dus staan er soms wel vijf mensen om een patiënt heen. Is het dan voldoende wanneer de arts bij het bed vraagt of het goed is dat die mensen meekijken? Heeft iemand dan nog ruimte om te weigeren? We hebben geconcludeerd dat je het beter van te voren kunt vragen. Zo hebben we veel onderdelen van het pad dat een patiënt in ons centrum aflegt nagelopen.' Een belangrijk onderdeel van de bejegening is het bevorderen van eigen regie. 'Daar hebben we het uitgebreid over gehad. Dat resulteerde bijvoorbeeld in het uitgangspunt dat je eerst naar de hulpvraag luistert, voor je alle behandelmogelijkheden uit de kast haalt.'



'Bejegening raakt letterlijk alle werknemers van het CvR, op onze beide locaties.'



Een aantal mensen uit die eerste gangmakersgroep wordt opgeleid tot trainer. 'Zij gaan met de collega's vergelijkbare trajecten doen. Het is de bedoeling dat uiteindelijk alle medewerkers, medisch en niet-medisch, discussiëren over de bejegening, en dat met elkaar vastgesteld gedrag de norm wordt. Verder komt de bejegening terug in jaargesprekken, en bij werving en selectie. Daarmee geven we aandacht voor bejegening structureel een plek in onze werkwijze.'

Zorglogistiek en ICT

De derde pijler - zorglogistiek en ICT - heeft wat meer tijd nodig. 'Er zijn al wel kleine verbeteringen. Zo doen we de eerste registratie tegenwoordig in de ontvangsthal; vroeger moesten patiënten

daarvoor naar een andere verdieping.' Binnenkort gaan mensen er meer van merken. 'Zo willen we een aanmeldzuil in de ontvangsthal plaatsen. Dat is een proefproject, we willen eerst leren hoe het werkt voor we het verder uitbouwen. In samenwerking met de cliëntenadviesraad gaan we vanaf het najaar nog meer van dat soort zorglogistieke proefprojecten ontwikkelen. Bijvoorbeeld om meer afstemming te creëren tussen onze twee locaties. Een patiënt moet nu nog veel dubbel doen, zoals zich aanmelden. Dat moet echt anders.' In de wat verdere toekomst wil het CvR ook de informatievoorziening aanpakken. 'Informatie is nu nog veel te versnipperd. Zodra de doorverwijzing er is moet een patiënt, wie hij ook spreekt, belt of mailt binnen het CvR, 80 procent van zijn vragen meteen beantwoord krijgen. Voor de overige, meer gespecialiseerde vragen wordt hij direct naar de juiste persoon doorverwezen.' Verder krijgen patiënten veel meer de regie. 'Ze kunnen makkelijk bij hun dossiers en kunnen zelf hun afspraken inplannen.'

Gehele organisatie

Eén van de aanleidingen voor het hele proces was dus de verbouwing van de centrale hal, die inmiddels gaande is en duurt tot de zomer van 2017. Marjan Hamstra: 'Met die zorglogistieke verbeteringen gaan we daarna gewoon door, maar Kees als project stopt dan. Het is een bijzonder traject, vooral omdat we het als gehele organisatie doen, en dus niet als afdeling of dienst. Medisch en niet-medisch personeel en patiënten zitten samen in de projectgroep. Verder is het bijzonder dat we werken vanuit een duidelijke visie, verwoord in een verhaal. Dat spreekt de mensen aan.'

Klaar voor daarna

Om klinische revalidanten aan het leven na de revalidatie te laten wennen, wordt therapie aangeboden buiten het revalidatiecentrum. Professionals en deelnemers zijn het eens over de meerwaarde: grenzen kunnen worden verlegd, zelfvertrouwen groeit, eigen regie wordt bevorderd.

TEKST Alice Broeksma BEELD Inge Hondebrink

Behandelaars geven therapie buiten de muren van het revalidatiecentrum, bijvoorbeeld door te oefenen op straat of door met revalidanten het openbaar vervoer in te gaan. Daarnaast worden speciale activiteiten georganiseerd. Het verschilt per revalidatiecentrum wat de mogelijkheden zijn: sommige centra doen weinig, andere zijn juist heel actief. Daguitstapjes komen het meest voor, en kortdurende activiteiten zoals een bioscoopbezoek of handbiketocht. Ook organiseren revalidatiecentra soms meerdaagse activiteiten zoals werkweken. Er zijn organisaties met een speciaal aanbod voor revalidanten, zoals Sailwise dat watersportactiviteiten aanbiedt en Stichting Shos die zich richt op aangepaste wintersport. Ook een evenement als de HandbikeBattle, een jaarlijkse handbikewedstrijd in de bergen van Oostenrijk, kan revalidanten uitdagen om hun grenzen te verleggen.

Effectiever

‘De revalidatiesector stimuleert mensen zeker méér dan welke zorgsector dan ook’, bevestigt Inge Vuijk, die zelf fysiotherapeut en beleidsadviseur is geweest in de revalidatie. ‘Maar er zijn in

deze tijd steeds meer financiële belemmeringen. De externe activiteiten staan door bezuinigingen onder druk, terwijl ze juist zouden moeten worden uitgebouwd. Het zijn nu de extraatjes, maar als externe ervaringen veel meer centraal komen te staan wordt de revalidatie effectiever. En een revalidant die autonoom functioneert, maakt op termijn minder aanspraak op zorgvoorzieningen.’

Revalideren is leren

Inge Vuijk was opleidingsmanager bij de Academie voor Ambulancezorg toen ze oog kreeg voor de manier waarop mensen leren en gemotiveerd raken om vooruitgang te boeken. Ze zag dat mensen zelf de drang moeten hebben om in beweging te komen: ‘Leren begint met willen.’ Maar ze zag ook dat mensen daartoe uitgedaagd moeten worden. ‘Mijn observatie was dat revalidatiecentra hiervoor nog niet alle mogelijkheden benutten.’ Samen met een collega uit het onderwijs nam ze daarom het initiatief om de Rehab Academy op te richten. Via de revalidatiecentra bieden ze leermodules op maat, waarmee mensen in aanvulling op de bestaande behandelprogramma's thuis aan participatiedoelen werken. Bijvoorbeeld door werkstages, maatschappelijke stages, online coaching, opleidingsweken of losse opleidingsdagen. ‘En in 2014 schreef ik het boek Revalideren is leren, nu ook de naam van een stichting die tot doel heeft om meer mensen kennis te laten maken met onze revalidatievisie.’

Eigen context

Het revalidatiecentrum biedt medische specialistische zorg, zegt Vuijk, die de cliënt een belangrijke start en een veilige uitgangssituatie geven. ‘een meer legerichte benadering kan daarnaast veel goed doen. Een programma binnen het revalidatiecentrum kan iemand op een bepaalde manier juist ook afhankelijk maken. Revalidanten die langer in een centrum moeten verblijven kunnen, door de aangepaste

‘Een revalidant die **autonomer** functioneert, maakt op termijn **minder aanspraak op zorg**’



omgeving en de uitstekende zorg, de aansluiting gaan missen bij de maatschappij. Een rooster van acht tot vijf met telkens een half uur-tje therapie helpt ook niet mee aan het weer leren nemen van eigen regie.' Zij is er een groot voorstander van dat het klinische verblijf in het revalidatiecentrum niet langer duurt dan medisch strikt noodzakelijk. 'Daarna moet er verder worden gegaan binnen de eigen context, op de plek waar iemand leeft en werkt. Want pas daar kom je echt tegen wat de nieuwe situatie allemaal met zich meebrengt, en hoe je daarmee om kunt gaan.'

Zelf doen

Als voorbereiding op die overstap wordt er nog te vaak teveel gepraát, vindt Vuijk. Terwijl je juist zoveel leert door zelf te dóén. 'Oud gezegde: al doende leert men. Dat geldt zeker ook voor revalidanten. De revalidatie is ingericht als zorgsysteem, terwijl veel revalidanten juist een leertraject nodig hebben.' Daarom is zij blij te zien dat sommige centra hun rooster flexibeler maken voor de revalidant. Zo heeft ze gecoacht bij De Hoogstraat, waar klinische revalidanten op de afdeling neurologie nu 's ochtends voor tien uur de volgorde van hun eigen ochtendritueel kunnen bepalen. 'Er moeten in die ochtenduren drie dingen gebeuren: aankleden, ontbijten, dagplanning. Als iemand in zijn pyjama wil ontbijten omdat hij dat thuis ook altijd zo doet, kan dat nu gewoon. Dat sluit dus beter aan bij zijn eigen situatie en zorgt voor meer autonomie. Dit is een mooie start. Ik zou graag willen dat de hele dag er zo uit zou gaan zien in het revalidatiecentrum.'

Koken

Waarom zou je niet, zegt Vuijk, in plaats van een half uur geïsoleerde therapie, door de dag heen werken aan een concreet doel? 'Als je bijvoorbeeld zegt "ik wil koken voor mijn gezin dat vanavond op visite komt" en je voert dat uit, dan komen allerlei waardevolle vaardighe-

den voorbij. Plannen, buiten de straat op, lopen of boodschappen doen in een rolstoel, leren hoe je dan die boodschappen meeneemt in die rolstoel, het proces in de keuken, het sociale aspect, de energieverdeling en de toegevoegde waarde voor en interactie met het gezin. Zeer leerzaam, veel effectiever, en het hoeft zeker geen extra personeel te kosten. Het vraagt alleen wel aanpassingen van de organisatie, en professionals vragen om ondersteuning om zich deze andere aanpak eigen te maken. De zorgbril af en de leerbril op.'

Cruciale rol

Om vernieuwing aan te wakkeren en draagvlak te verbreden, organiseert Vuijk workshops, nascholingen en studiedagen voor professionals, mantelzorgers en ervaringsdeskundigen. 'Met activiteiten die interactief zijn. Ik merk dat deze benadering leeft bij centra en dat professionals op zoek zijn naar nieuwe aanknopingspunten die passen bij deze tijd. Ook patiëntenverenigingen zijn erg enthousiast. Nu moet het echte doorvoeren komen. Gelukkig wordt er ook onderzoek gedaan om aan te tonen dat een leerge-richte aanpak kracht heeft – want dat heeft het. Mensen leren wanneer ze daarvoor openstaan, en de omgeving speelt daarbij een cruciale rol. Het is aan de revalidatiesector om die passende omgeving te kiezen of te creëren en het leerproces van daaruit te faciliteren.'



HOGLERAREN:

Belang van **ziekenhuis-revalidatie** nog meer erkennen

De revalidatie in ziekenhuizen moet meer gewicht krijgen. En het is belangrijk dat de medisch specialistische revalidatie *high potentials* beter identificeert en begeleidt. Deze en meer keuzes worden bepleit door het hooglerarenconvent in een [artikel](#) dat verscheen in het Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde.

TEKST Adri Bolt **BEELD** Inge Hondebrink

• Nieuwe vormen

‘De revalidatiegeneeskunde in ziekenhuizen is steeds meer betrokken bij patiënten met chronische aandoeningen’, belicht Sander Geurts de achtergrond van het artikel. Geurts is hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan het Radboudumc en bestuurslid van zowel de revalidatieartsenvereniging VRA als het convent van hoogleraren revalidatiegeneeskunde. ‘Bijvoorbeeld bij mensen met de ziekte van Parkinson, met spierziekten of erfelijke spasticiteit, en bij kinderen

met aangeboren aandoeningen.’ Hierbij gaat het meestal om poliklinische, relatief laag intensieve revalidatie met een sterk interdisciplinair karakter, waarbij naast de revalidatiegeneeskunde ook andere medische specialismen betrokken zijn. ‘De behoefte aan deze vaak chronische vormen van revalidatie neemt sterk toe. Dat geeft een grote maatschappelijke druk. De andere medische specialismen verwachten van ons dat we hierin een leidende rol spelen. Ze verwachten visie, zorgverlening en wetenschappelijk onderzoek.’

• Plaats ziekenhuisrevalidatie

Het samenspel tussen revalidatiecentrum en ziekenhuis bij het leveren van die nieuwe vormen van zorg verschilt sterk van regio tot regio. In verschillende regio's spelen revalidatiecentra al in op deze nieuwe vraag. Toch kan de samenwerking met ziekenhuizen vaak beter, vindt Geurts. 'Het zou goed zijn als alle centra op termijn voldoende ruimte zouden maken voor chronische aandoeningen. Ook omdat steeds duidelijker wordt dat acute groepen later eveneens vaak nog revalidatiezorg nodig hebben.'

Volgens de hoogleraren is het belangrijk dat het revalidatieveld geleidelijk meer oog krijgt voor het belang van ziekenhuisrevalidatie als een belangrijke, eigenstandige tak van sport. Geurts: 'Ziekenhuisrevalidatie is steeds belangrijker geworden en revalidatieartsen in ziekenhuizen moeten voldoende tijd krijgen om in te spelen op nieuwe doelgroepen en nieuwe vragen. Het is op termijn ook het belang van de centra om betrokken te zijn en blijven bij die ontwikkelingen.' Het is daarom goed dat Brancheorganisatie Revalidatie Nederland meer ruimte maakt voor ziekenhuisrevalidatie. 'Want het belang van deze vorm van medisch specialistische revalidatie mag niet worden onderschat.'

• High potentials identificeren

Een ander punt waaraan moet worden gewerkt, zeggen de hoogleraren, is een duidelijker structuur voor de samenwerking tussen revalidatiecentra en UMC's. 'Daarin moeten de UMC's een stimulerende en coachende rol spelen; dat is belangrijk voor de kwaliteit van het vakgebied, onderzoek en onderwijs.' Dat betekent zeker niet dat revalidatieartsen in de centra minder onderzoek zouden moeten doen. 'Integendeel, de bijdrage van revalidatieartsen aan het revalidatieonderzoek is op dit moment te klein, die moet omhoog. Alleen zo houd je je positie binnen de medisch specialistische zorg.'

Om dat te bereiken moet de revalidatiegeneeskunde zuinig zijn op haar talenten. 'De grootste bedreiging voor de ontwikkeling van de revalidatiegeneeskunde op de langere termijn is een tekort aan menselijk kapitaal. We moeten de high potentials die we hebben op het gebied van onderzoek, onderwijs en bestuur beter herkennen en begeleiden. Daarom zijn we binnen alle opleidingsregio's begonnen met het identificeren van deze mensen.'

• Portfolio scherper

Verder moet de medisch specialistische revalidatie haar portfolio scherper krijgen, vinden de hoogleraren. 'We moeten duidelijker laten zien waar we voor staan. Dus laten zien dat we er ook zijn voor patiënten met chronische aandoeningen, waarvoor een ander denkmodel en andere organisatievormen nodig zijn dan voor de traditionele revalidatiezorg. We moeten daar als medisch specialisten op aangesproken kunnen worden. Dat geldt misschien nog wel sterker voor de kinderrevalidatie dan voor de volwassenenrevalidatie.' Om dat te bereiken moet het hooglerarenconvent een duidelijker rol gaan spelen binnen de VRA. 'Daar werken we aan, we zijn van een informele club inmiddels een zichtbaar orgaan met een bestuur geworden. We gaan structureel deelnemen aan de verschillende commissies en het VRA-bestuur en willen de lijnen tussen de twee besturen formeler maken. Ook naar buiten toe willen we ons als hoogleraren meer manifesteren. Bijvoorbeeld door ons sterker te laten zien binnen de UMC's zelf.'

Leren leven met een dwarslaesie:

Jeroen Kooij

Op **7 oktober 2016**, het is een zaterdag, gaat Jeroen Kooij mountainbiken met zijn vriendin Paulien. Hij fietst vooruit en valt; zelf kan hij het zich niet herinneren. Het eerste wat hij zich wél herinnert, is dat hij bijkomt in het ziekenhuis en zijn benen niet meer kan bewegen. Jeroen is 40 jaar en heeft een dwarslaesie L11.

RM-fotograaf Inge Hondebrink volgt hem gedurende zijn revalidatie.



• Aan zet

De zichtbaarheid van de revalidatiegeneeskunde moet groter worden, vinden de hoogleraren. 'We moeten motoriek, cognitie en revalidatietechnologie claimen als kennisdomeinen. Bij al het medisch werk op die terreinen moet de revalidatiegeneeskunde als vanzelfsprekend betrokken zijn. We moeten zorgen dat we daarin zo goed zijn dat niemand om ons heen kan.' Naast de hoogleraren zijn daarbij nu ook de bestuurders aan zet, zegt Geurts. 'Het is belangrijk dat bestuurders van revalidatie-instellingen de bijdrage van de hoogleraren op waarde schatten. En het RN-bestuur moet de academische en niet-academische ziekenhuisrevalidatie hoger op de agenda zetten, een ontwikkeling die overigens al gaande is. Ook is het belangrijk dat 'jonge klaren' hun kansen zien, en daarover met de hoogleraren in gesprek gaan. Tenslotte moet de koepelorganisatie van UMC's, de NFU, de waarde van revalidatiegeneeskundige expertise voor de gezondheidszorg meer gaan zien. De revalidatiebudgetten in de UMC's zijn nu buitengewoon laag.' En dat geldt ook voor de sector in zijn geheel, vindt Geurts. 'De hele revalidatiesector in Nederland - zonder de zelfstandige behandelcentra - moet het doen met een budget dat in de orde van grootte ligt van de overheadkosten van één enkel UMC.'



‘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