



Behandelkader Dwarslaesie

Inhoudsopgave

1.	Algemene inleiding behandelkader	3
1.1	Doel en functie behandelkader.....	3
1.2	Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader.....	3
1.3	Datering en geldigheidsduur van het behandelkader.....	3
2.	Patiëntendoelgroep	4
2.1	Omschrijving doelgroep.....	4
2.2	Omschrijving subgroepen.....	6
3.	Behandelaanbod	7
3.1	De ziekenhuisrevalidatie.....	7
3.2	In het revalidatiecentrum	7
3.2.1	De primaire revalidatiebehandeling (de (sub)acute fase)	8
3.2.2	De vroege nazorgfase	9
3.2.3	De late nazorgfase	9
3.2.4	Specifieke hulpvragen	9
3.2.5	Specifieke doelgroepen	10
3.3	Te gebruiken behandel- en diagnostische modules.....	10
3.4	Informatieverstrekking aan de patiënt	11
4.	Indicatoren	11
4.1	Uitkomstindicatoren	11
4.2	Kwaliteitsindicatoren.....	11
5.	Kwaliteitscriteria.....	12
5.1	Deskundigheid, ervaring en minimaal aantal	12
5.2	Faciliteiten.....	15
5.3	Netwerkgeneeskunde.....	16
5.4	Onderwijs in de regio.....	17
6.	Referenties	18
6.1	Literatuur.....	18
6.2	Websites	18

1. Algemene inleiding behandelkader

1.1 Doel en functie behandelkader

Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep.

Behandelkaders kunnen gebruikt worden voor verschillende doeleinden, zoals:

- het ontwikkelen en toetsen van behandelprogramma's;
- transparantie bieden dan wel verantwoording afleggen aan derden over welke zorg met betrekking tot een specifieke patiëntendoelgroep al dan niet onder revalidatiegeneeskunde valt dan wel kan worden verwacht;
- het harmoniseren/uniformeren van het aanbod van verschillende revalidatiepraktijken teneinde praktijkvariatie inzichtelijk te maken;
- het beschrijven van de regionale samenhang in een revalidatienetwerk (wie doet wat, waar en op welk niveau).

Dit is de tweede herziening van het behandelkader Dwarslaesie, dat in 2011 is opgesteld door het Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap op verzoek van de VRA.

1.2 Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader

Voor de tweede herziening van het behandelkader Dwarslaesie is in februari 2023 een commissie ingesteld door de artsenwerkgroep van het Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap (NVDG). De commissie bestond uit de volgende personen:

- Drs. M. Tepper, revalidatiearts, UMCG Groningen
- Drs. H.M.H. Bongers-Janssen, revalidatiearts, St Maartenskliniek Nijmegen
- Drs. N.W. Jacobs, revalidatiearts, Roessingh Enschede
- Dr. M.C. Maijers, revalidatiearts, Reade Amsterdam

De commissie werkte van april 2023 tot november 2023 aan de herziening van het behandelkader. Het concept behandelkader is voor commentaar voorgelegd aan alle leden van de VRA, de Commissie Kwaliteit, Beroepsbelangencommissie en Revalidatie Nederland. Na verwerking van het commentaar door de werkgroep heeft de Commissie Kwaliteit het bestuur geadviseerd over autorisatie van dit behandelkader. Het definitieve concept behandelkader wordt voor autorisatie voorgelegd aan de leden tijdens een ALV. Na autorisatie wordt het behandelkader gepubliceerd op de website van de VRA. Bij de totstandkoming van de definitieve versie werden ook het NVDG bestuur, de Dwarslaesie Organisatie Nederland (DON) en werkgroep ziekenhuisrevalidatieartsen van de VRA betrokken.

Bij de herziening van dit behandelkader is onder andere gebruik gemaakt van:

- Het behandelkader Dwarslaesie vastgesteld door NVDG, VRA en RN (versie 2019-04-12)
- Handboek dwarslaesierevalidatie. FWA van Asbeck en IJW van Nes (red) 2016
- Ziekenhuisprotocol Dwarslaesie NVDG 2021
- Zorgstandaard Dwarslaesie. Dwarslaesie Organisatie Nederland 2017.
- Richtlijn Dwarslaesierevalidatie VRA, 2017
- NVDG protocol nazorg voor mensen met een dwarslaesie, VRA 2017

1.3 Datering en geldigheidsduur van het behandelkader

Het behandelkader is in april 2024 geautoriseerd door de leden van de VRA. De VRA is als houder van dit behandelkader verantwoordelijk voor de actualiteit van dit behandelkader.

Uiterlijk 2030 bepaalt het bestuur van het NVDG of het behandelkader nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe commissie geïnstalleerd om het behandelkader te herzien. De geldigheid van het behandelkader komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

2. Patiëntendoelgroep

2.1 Omschrijving doelgroep

Patiënten* (en hun systeem†) met schade aan het ruggenmerg of de cauda equina met als gevolg een tijdelijk of permanent verlies van de normale motorische, sensorische en/of autonome functies en de secundaire stoornissen diensgevolge. Daarbij kan het gaan om functiestoornissen en/of beperkingen op activiteiten- en/of participatieniveau ten gevolge van de laesie of de secundaire stoornissen. Hierbij zijn de problemen dusdanig dat een medisch specialistische revalidatiegeneeskundige behandeling is geïndiceerd.

Voor een klinisch of poliklinisch medisch specialistisch revalidatietraject bestaan de volgende in- en exclusiecriteria:

Inclusiecriteria:

- Patiënten die een recente dwarslaesie of caudalaesie hebben ten gevolge van een trauma, een myelitis transversa, een vasculaire stoornis of een andere oorzaak.
- Patiënten die een langer bestaande laesie zoals boven genoemd hebben, danwel een aangeboren laesie (spina bifida), en die ten gevolge van secundaire stoornissen van deze laesie medisch specialistische revalidatiebehandeling nodig hebben wegens bijvoorbeeld blaasproblematiek, darmproblematiek, decubitus, seksuele problematiek, of spasticiteit, of waarbij functionele arm-, hand-, rolstoel-, transfer- en/of looptraining noodzakelijk is. Tevens bij verwerkingsproblematiek, hulpvragen rond eigen regie, participatieproblemen o.a. rond arbeid of aangepast sporten en problemen in het kader van 'healthy aging'.
- Patiënten met een oncologische dwarslaesie en een levensverwachting van ten minste 1 jaar.

Exclusiecriteria:

Patiënten, die onder de inclusiecriteria vallen, kunnen worden geëxcludeerd op grond van de volgende criteria:

- **belastbaarheid;** wanneer lage belastbaarheid het onmogelijk maakt voor de patiënt om een actief revalidatieprogramma te volgen en/of wanneer de patiënt door lage belastbaarheid niet in staat wordt geacht om activiteiten van het dagelijkse leven uit te kunnen voeren conform verwachting bij laesiehoogte. Een uitzondering kan worden gemaakt wanneer behandeldoelen enkel en alleen gericht zijn op regulatie van blaas- en darmfunctie.
- **cognitie;** wanneer zij zodanige cognitieve stoornissen hebben dat zij niet leerbaar zijn.
- **psychiatrische stoornissen;** wanneer er psychiatrische problematiek speelt die zo ernstig en matig behandelbaar is, dat patiënten onvoldoende kunnen participeren om tot een succesvolle revalidatiebehandeling te kunnen komen.
- **motivatie;** wanneer er onvoldoende motivatie is vanuit de patiënt voor revalidatie.

* De term 'patiënt' en 'revalidant' kunnen als synoniem worden beschouwd, zowel in vrouwelijke als mannelijke vorm. Het kan gaan om een volwassene, jongere of kind.

† De term 'systeem' betreft direct betrokkene(n) rondom de patiënt; bijvoorbeeld: partner, kinderen, ouders, mantelzorgers.

Patiënten kunnen alsnog geïnccludeerd worden wanneer bovengenoemde exclusiecriteria na behandeling elders zodanig verminderd zijn dat zij geen contra-indicatie meer vormen voor revalidatie.

Omvang van de doelgroep

Alle nieuwe recente dwarslaesiepatiënten worden geregistreerd in een duurzaam registratiesysteem ten behoeve van het bepalen van de nationale incidentie en trends ten aanzien van populatiekenmerken en niveau, type laesies en het inschatten van de toekomstige zorgvraag.

In Nederland is de incidentie van traumatische dwarslaesies, die de ziekenhuisfase overleven, toegenomen van 10,4 in 1994 naar 11,7 per miljoen per jaar in 2010 (Nijendijk et al, 2014). De mediane leeftijd steeg van 43,6 jaar in 1994 naar 62 jaar in 2010. Het aantal patiënten met een cervicale dwarslaesie steeg van 57,5% naar bijna 70% en het aantal incomplete laesies van 51.3% naar 62%. In 2021 werden 644 patiënten (waarvan 17 kinderen) met een recente dwarslaesie, zowel traumatisch als niet-traumatisch, opgenomen voor klinische revalidatiebehandeling in een Nederlands revalidatiecentrum met een gespecialiseerde dwarslaesieafdeling. De prevalentie van patiënten met een dwarslaesie wordt geschat op 12.000 tot zelfs 15.000 (Osthertun et al (2014)).

Epidemiologische en maatschappelijke ontwikkelingen

- Door de vergrijzing is de verwachting dat zowel de traumatische dwarslaesies, veroorzaakt door een val bij iemand met een wervelkanaalstenose, als de niet-traumatische dwarslaesies, veroorzaakt door vasculaire of oncologische aandoeningen, zullen toenemen. Deze oorzaken kunnen gepaard gaan met specifieke (geriatrische) problemen die in de revalidatiefase aandacht behoeven.
- De medische complexiteit van de opgenomen patiënten in het revalidatiecentrum neemt toe, doordat opgenomen patiënten ouder zijn en vaker co-morbiditeit hebben. Ook zien we een trend dat patiënten sneller vanuit het ziekenhuis worden opgenomen in het revalidatiecentrum waardoor er meer geneeskundige interventies nodig kunnen zijn in de fase van revalidatie. Dit betekent dat de basis medische zorg continu gewaarborgd moet zijn om de medische hulpvragen op te kunnen vangen.
- Door de gestegen levensverwachting van patiënten met een dwarslaesie zal de prevalentie toenemen. Hierdoor zal ook het aantal complicaties op het gebied van bijvoorbeeld ademhaling, blaas, darmen en decubitus toenemen, evenals de behoefte aan nieuwe hulpmiddelen, voorzieningen, aanpassingen en zorg.
- Door betere preconceptieve voorlichting en behandeling worden er naar verwachting minder kinderen met spina bifida geboren in Nederland. Door adoptie en migratie lijkt de prevalentie wel stabiel te blijven.
- Door voortschrijdende revalidatietechnologie hebben patiënten hoge verwachtingen ten aanzien van het eindresultaat van de revalidatiebehandeling. Door deze verwachtingen en nog onbekende toekomstige mogelijkheden is er toegenomen aandacht en noodzaak ter voorkoming van secundaire problematiek als bijvoorbeeld contracturen om voor toekomstige medisch technologische ontwikkelingen in aanmerking te blijven komen.
- Door snelle adequate behandeling en verschuiving in ontstaansmechanisme zien we frequenter incomplete hoge laesies. Deze patiënten met incomplete laesies vertonen een grillig en soms minder goed voorspelbaar neurologisch herstel. De revalidatiebehandeling kenmerkt zich hierdoor vaker door meer individuele aanpassingen op maat van de patiënt en zijn beeld.

- Door voortschrijdende revalidatiemogelijkheden kunnen zich na de initiële revalidatie nieuwe revalidatiedoelen voordoen die een nieuwe revalidatieperiode rechtvaardigen. Te denken valt bijvoorbeeld aan; tetrahandchirurgie, hertraining loopvaardigheden etc.
- Leefstijl en preventie hebben een belangrijke positie gekregen in ons nationale zorgbeleid en het Integraal Zorgakkoord (IZA). De revalidatiemogelijkheden voor patiënten met een dwarslaesie zullen zich hieraan aanpassen met bijvoorbeeld levenslange nazorg. Het optimaal benutten van de mogelijkheden om te werken en/of maatschappelijk te participeren draagt bij aan een gezonde leefstijl en preventie. Gezond oud worden met een dwarslaesie zal een steeds belangrijker thema worden voor onze patiënten, waarover ze ongetwijfeld ook meer en meer (zorg)vragen aan ons gaan stellen in de toekomst.

Voorspelbare toekomstige veranderingen die van invloed kunnen zijn op de doelgroep

- Toenemende vraag naar *evidence based medicine*;
- Toenemende vraag naar stepped care (goede ketenzorg)
- Toenemende vraag naar het toepassen van nieuwe technologische ontwikkelingen;
- Toenemende vraag naar eigen regie en zelfmanagement;
- Toenemende vraag naar meer specialisatie in de dwarslaesierevalidatie door ontwikkeling van kenniscentra voor dwarslaesierevalidatie
- Afnemend aanbod van personeel in de zorg, waardoor er keuzes in aanbod van zorg moeten worden gemaakt. De juiste zorg op de juiste plek (zie IZA).

2.2 Omschrijving subgroepen

Het NVDG heeft gekozen voor een indeling van de dwarslaesie naar laesieniveau, compleetheid, en recent/langer bestaand. De revalidatiearts diagnosticeert volgens de ASIA classificatie de dwarslaesie.

Laesieniveau en compleetheid

Het laesieniveau en de compleetheid worden bepaald middels de International standards for neurological classification of spinal cord injury (ISNCSCI, in de wandelgangen 'het ASIA -formulier' genoemd).

Ad Laesieniveau (indeling volgens de ICD-9 codering)

- Dwarslaesie hoog
 - Tetraplegie
 - Paraplegie T1-T6
- Dwarslaesie laag
 - Paraplegie T7 en lager
- Caudalaesie

Ad Compleetheid: AIS-classificatie volgens de criteria van de ASIA Impairment Scale

- A: sensibel + motorisch compleet (d.w.z. uitval van laagste sacrale dermatomen en myotomen)
- B: sensibel incompleet + motorisch compleet
- C: sensibel + motorisch incompleet, waarbij minder dan de helft van de kernspieren onder laesieniveau MRC graad 3 of meer heeft.
- D: sensibel + motorisch incompleet, waarbij de helft of meer van de kernspieren onder laesieniveau MRC graad 3 of meer heeft.
- E: sensibel + motorisch intact

Recent/langer bestaande dwarslaesie

Patiënten met een recente dwarslaesie worden behandeld in een revalidatiecentrum met een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie. Patiënten met een niet-recente dwarslaesie worden

voor klinische revalidatiebehandeling bij voorkeur opgenomen in een revalidatiecentrum met een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie. De poliklinische revalidatiebehandeling en de levenslange nazorg voor mensen met een dwarslaesie kan daar plaats vinden waar deze het meest optimaal is in de keten van de georganiseerde regionale ketenzorg dwarslaesierevalidatie.

3. Behandelaanbod

Het behandelaanbod bestaat uit ziekenhuisrevalidatie, klinische revalidatiebehandeling, poliklinische revalidatiebehandeling, de vroege nazorgfase, de late nazorgfase, een multidisciplinair consult en een poliklinisch consult.

3.1 De ziekenhuisrevalidatie

De primaire behandeling na het ontstaan van de dwarslaesie of caudalaesie met blaas-, darm- of seksuele stoornissen zal over het algemeen plaatsvinden in een ziekenhuis. Hier kan een eerste aanvang met revalidatie worden gemaakt. Het NVDG heeft, om meer eenheid in de behandeling van dwarslaesiepatiënten in de ziekenhuisfase te krijgen, een ziekenhuisprotocol opgesteld. Het wordt geadviseerd om dit ziekenhuisprotocol te gebruiken om in het ziekenhuis een eigen lokaal behandelprogramma dwarslaesierevalidatie op te stellen, waarnaar dan gehandeld kan worden. Gezien de lage incidentie van traumatische dwarslaesies, wordt de opvang op dit moment gecentraliseerd in de 11 landelijk aangewezen traumacentra. Patiënten met een niet-traumatische dwarslaesie kunnen ook in andere ziekenhuizen opgenomen zijn. Afhankelijk van de oorzaak van de dwarslaesie liggen patiënten met een dwarslaesie op verschillende afdelingen in het ziekenhuis (traumatologie, neurochirurgie, orthopedie, neurologie, hematologie, interne geneeskunde, of kindergeneeskunde). In enkele ziekenhuizen in Nederland zijn Acute Ruggenmergletsels Units (ARU's) ingericht. Dit ter bevordering van deskundigheid op gebied van diagnostiek, behandeling en revalidatie van mensen met een (traumatische) dwarslaesie opgenomen in het ziekenhuis.

De revalidatiearts wordt door de hoofdbehandelaar in medebehandeling gevraagd om de revalidatiebehandeling reeds in het ziekenhuis te starten. Het ziekenhuis dat medisch specialistische revalidatiebehandeling aanbiedt, heeft het meest recente Ziekenhuisprotocol Dwarslaesie van het NVDG geïmplementeerd. De ziekenhuisrevalidatiearts is bekwaam in het afnemen van de ISNCSCI. Via de ASIA e-learning Center, <http://asia-spinalinjury.org/learning/> wordt een wereldwijde beschikbare scholing aangeboden.

Na de ziekenhuisfase volgt meestal nog een verder revalidatietraject. De revalidatiearts indiceert het vervolg in revalidatie volgens de inclusie- en exclusiecriteria (zie 2.1).

- Medisch Specialistische Revalidatie (MSR) is geïndiceerd wanneer er geen exclusiecriteria (zie 2.1) bestaan. Afhankelijk van de behandeldoelen kan dan gekozen worden voor een klinische en/of poliklinische revalidatie behandeling in een daartoe gespecialiseerd revalidatiecentrum. Altijd gevolgd door nazorg (vroege nazorgfase en de late nazorgfase).
- Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) is geïndiceerd wanneer lage belastbaarheid en/of ernstig beperkende co-morbiditeit noodzaken tot een lager tempo van revalidatie.

3.2 In het revalidatiecentrum

In het revalidatiecentrum dat klinische revalidatiebehandeling aanbiedt voor volwassen patiënten met een recent ontstane dwarslaesie, moeten gemiddeld 15 patiënten met een dwarslaesie tegelijkertijd zijn opgenomen. Tevens moet men per jaar minimaal 25 patiënten met een recente dwarslaesie hebben opgenomen (Zie Zorgstandaard Dwarslaesie). Dit om zo de noodzakelijke expertise voor de behandeling van patiënten met een dwarslaesie in het gehele revalidatieteam op te bouwen en te kunnen behouden.

3.2.1 De primaire revalidatiebehandeling (de (sub)acute fase)

Het betreft de klinische en/of poliklinische revalidatie van mensen met een recent ontstane dwarslaesie aansluitend aan de ziekenhuisfase. In samenspraak met de patiënt en diens naasten wordt een individueel en integraal zorgplan opgesteld. Behandeldoelen worden individueel vastgesteld en zijn geformuleerd op het niveau van functies, activiteiten, participatie, persoonlijke factoren en omgevingsfactoren. Tevens wordt informatie overgedragen en gedeeld, gericht op kennis van het eigen ziektebeeld, preventie van complicaties en het functioneren met de beperkingen. De begeleiding is erop gericht om het leven zo goed mogelijk weer op te pakken en dat de patiënt eigen mogelijkheden en beperkingen kan accepteren. Daarbij past een proactieve houding van behandelaars op alle levensdomeinen.

Het behandelproces bestaat uit:

Diagnostische fase

- Gebruik makend van het ICF-model (WHO, 2012) vindt revalidatiegeneeskundig onderzoek en onderzoek van de secundaire stoornissen plaats door de revalidatiearts. Ook vindt onderzoek volgens ISNCSCI (het 'ASIA formulier') nogmaals plaats. Dit resulteert in het opstellen van een voorlopige revalidatiediagnose en revalidatieplan.
- Deze inventarisatie geeft richting aan de diagnostiek en wordt aangevuld door het revalidatieteam.

Behandeling

- Het uitvoeren van het revalidatiebehandelplan in klinische of poliklinische setting.
- Tussentijdse bewaking van de voortgang en aanpassing van het behandelplan.
- Informatie-uitwisseling en -verstrekking aan patiënt en zijn systeem.
- De overgang van klinische revalidatie naar poliklinische revalidatie (en eventueel daarbij behorende overgang naar ander revalidatiecentrum) is mogelijk wanneer patiënt klinische doelen heeft behaald, zelfstandigheid voor thuis functioneren voldoende is of wanneer noodzakelijke (eventueel tijdelijke) voorzieningen en zorg gerealiseerd zijn of binnen afzienbare tijd op adequate wijze kunnen worden gerealiseerd.

Ontslag

- Ontslag vindt plaats wanneer de revalidatiedoelstellingen zijn behaald of wanneer nog openstaande haalbare doelen in de eerste lijn voortgezet kunnen worden. Ontslag vindt ook plaats als na voldoende inzet is gebleken dat de doelen niet te behalen zijn.
In uitzonderlijke gevallen is een klinisch vervolg dichterbij huis noodzakelijk. Dit wordt altijd in overleg met de patiënt kritisch bezien en medisch inhoudelijk overwogen in uitzonderlijke situaties zoals mogelijk maken van weekendverlof, huisbezoek of noodzaak nabijheid sociale systeem in complexe situaties of optreden van secundaire complicaties.
- Het revalidatiecentrum dichterbij huis dient structureel samen te werken met een revalidatiecentrum met een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie en aan de voorwaarden van deskundigheid, faciliteiten en netwerk te voldoen.
- Wel kan na de klinische revalidatie de poliklinische revalidatiebehandeling in het revalidatiecentrum dichterbij huis zonder een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie voortgezet worden. De patiënt heeft de mogelijkheid om voor advies en behandeling terug te gaan naar het revalidatiecentrum met een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie. Dit is bij de patiënt bekend.
- Overdracht vindt plaats naar de huisarts, verwijzers en eventueel naar andere partners in de zorgketen zoals wijkverpleegkundigen, fysiotherapeut, school en/of maatschappelijk werker.
- Ook patiënt en zijn systeem zijn voorbereid op periode na afronding behandeling.
- Het revalidatiecentrum met een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie in de regio is verantwoordelijk voor een optimale kennisoverdracht naar de betrokken ketenzorgpartners. Het ultieme doel is dat de dwarslaesie patiënt, afhankelijk van zijn hulpvraag, zo optimaal

mogelijke dwarslesie revalidatiezorg krijgt aangeboden binnen de regionale ketenzorg, waarbij de leidraad is: dicht bij huis waar het kan, complexe problematiek in een gespecialiseerd centrum.

3.2.2 De vroege nazorgfase

(het eerste jaar na ontslag uit de primaire revalidatie)

In de vroege nazorgfase is frequente poliklinisch controle gewenst. Hierbij wordt aanbevolen om minimaal na 3, 6 en 12 maanden na ontslag een poliklinische controle te hebben, waarbij het contact na 12 maanden een multidisciplinair consult betreft. Alle patiënten met een dwarslaesie krijgen de mogelijkheid om 1 jaar na ontslag uit de primaire revalidatie naar het revalidatiecentrum met een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie terug te komen voor een multidisciplinaire nazorgpoli in dit centrum. Patiënten die gerevalideerd hebben in een niet gespecialiseerd revalidatiecentrum worden door de revalidatiearts van dat centrum geïnformeerd over de mogelijkheid om nazorg te krijgen van een gespecialiseerd revalidatiecentrum.

De patiënt met een dwarslaesie wordt geacht in staat te zijn om eigen regie te voeren m.b.t. tot de (na)zorg. Indien het een kind/ jongere betreft die thuis woont is er eigen regie in samenspraak met de ouders. De verantwoordelijkheid voor afspraken ligt primair bij de patiënt. Indien tijdens de primaire revalidatie reeds ingeschat wordt dat de patiënt niet of onvoldoende zelf de regie kan voeren dan dient het revalidatiecentrum zich extra in te spannen om de patiënt bij de nazorg te betrekken. Hiervan kan afgeweken worden als:

- Er geen sprake is van complexe problematiek
- Patiënt hier zelf van afziet

3.2.3 De late nazorgfase

(meer dan 1 jaar na de primaire revalidatiefase)

In de late nazorgfase wordt aanbevolen om patiënten 1x per jaar een poliklinische lange termijn controle aan te bieden. Afhankelijk van de complexiteit en het vermogen goed eigen regie te nemen kan dit in overleg met patiënt ook 1x in de 2 jaar plaatsvinden. Een lagere frequentie is ongewenst. Aanbevolen wordt om poliklinische lange termijn controles afwisselend te laten plaatsvinden in de vorm van controle bij de revalidatiearts (of PA/VS) en een multidisciplinaire carrousel.

Patiënten die voor nazorg naar een niet gespecialiseerd centrum zijn doorverwezen krijgen de mogelijkheid aangeboden om minimaal 1x in de 3 jaar terug te komen voor een multidisciplinaire nazorg in een revalidatiecentrum met een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie.

Gebruik van een enquête ten einde de multidisciplinaire lange termijn controle “op maat” in te richten wordt aanbevolen. De conclusies van de multidisciplinaire nazorg worden op korte termijn met de patiënt besproken (binnen 2 weken). M.b.t. aanvullend onderzoek zoals laboratoriumonderzoek en blaas/nierfunctie onderzoek zijn er in verschillende centra verschillende faciliteiten. Afhankelijk van de mogelijkheden kan een onderzoek door de revalidatiearts zelf gedaan worden of zal elders moeten plaatsvinden (al dan niet uitgevoerd door huisarts of ander specialisme). De aanbevelingen over aanvullend onderzoek bij de follow-up (bv echo van de blaas/nier, laboratoriumonderzoek), zijn vooral gebaseerd op expert opinion.

3.2.4 Specifieke hulpvragen

Indien patiënt een specifiek dwarslaesie gerelateerd probleem heeft kan hij verwezen worden naar een revalidatiecentrum met een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie en gezien worden voor een multidisciplinaire beoordeling gericht op deze specifieke hulpvraag. Er vindt dan een analyse van het probleem plaats en patiënt gaat met een gericht advies naar huis. Gedacht kan worden aan diverse adviesteams:

- Multidisciplinair adviesteam voor primaire revalidatiebehandeling advies aan revalidatieteam dichtbij huis
- Zitadviesteam
- Handenteam

- Loopadviesteam (inclusief instrumentele gangbeeldanalyse)
- Continentieadviesteam
- Wondenadviesteam

Gezien de expertise van een revalidatiecentrum met een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie dient een adviesteam laagdrempelig ingezet te kunnen worden om de zorgketen goed te bedienen.

3.2.5 Specifieke doelgroepen

Oncologisch

Wanneer door een onderliggende oncologische aandoening de levensverwachting beperkt is, kunnen er adviezen op afstand worden gegeven. Indien de levensverwachting meer dan 1 jaar is kunnen patiënten voor een verkort klinisch programma in aanmerking komen. Dit programma is gericht op regulatie van bijvoorbeeld mictie en defecatie, preventie van secundaire problemen (o.a. decubitus), advisering van (tijdelijke) noodzakelijke voorzieningen en advisering noodzakelijke zorg na ontslag. Voor opname in het revalidatiecentrum moet duidelijk zijn waar patiënt na het korte klinisch revalidatietraject terecht kan met ontslag. De voorkeur gaat uit naar de eigen omgeving.

Kinderen

Kinderen van 0-16 jaar met een dwarslaesie worden bij voorkeur op een jongeren- of een kinderafdeling behandeld vanwege het pedagogische klimaat, in een centrum met een in dwarslaesie gespecialiseerde afdeling.

3.3 Te gebruiken behandel- en diagnostische modules

Op een afdeling moeten de volgende diagnostiek- en behandelmodules uitgevoerd kunnen worden (gecategoriseerd op diagnostiek en behandeling ICF-niveau):

Diagnostiek:

- Gangbeeldanalyse
- Diagnostiek naar arm/hand problematiek
- Zitdrukmeting
- Neuropsychologisch onderzoek
- Longfunctieonderzoek*
- Urodynamisch onderzoek*
- Laboratoriumonderzoek*
- Radiodiagnostiek*
- Inspanningstest met armergometrie*
- Screening op stemmingsproblemen en zo nodig nader psychodiagnostisch onderzoek.
- Screening op voedingsstatus/ gezond gewicht

* In het revalidatiecentrum uitvoerbaar dan wel uitvoerbaar in het ziekenhuis in de nabije omgeving

Functie en structuur

- Ademhaling
- Arm-/handfunctie
- Autonome stoornissen
- Decubituspreventie en behandeling
- Fysieke fitheid
- Fertiliteit
- Neurogene blaas
- Neurogene darm
- Neurogene seksuele stoornissen
- Spasticiteit

- Pijn

Activiteitsniveau

- Belasting-belastbaarheid
- Communicatie
- Leervaardigheden en cognitief functioneren
- Motorische vaardigheden (transfers, staan en lopen, buitenvervoer)
- Sociaal emotioneel functioneren
- Persoonlijke verzorging inclusief decubituspreventie
- Zitproblematiek

Participatieniveau (en omgeving)

- Arbeid
- Dagbesteding (huishouden en vrijetijdsbesteding)
- Eigen regie
- Intimiteit en seksualiteit
- Gezond ouder worden (bewegen is gezond, gezonde leefstijl)
- Wonen

3.4 Informatieverstrekking aan de patiënt

- Er is actueel voorlichtingsmateriaal voor patiënten beschikbaar.
- Groepsvoorlichting aan volwassen patiënten vindt minimaal in 3 cycli per jaar plaats, in een cursus Weer op Weg, die in overleg met Dwarslaesie Organisatie Nederland tot stand is gekomen en waarbij ervaringsdeskundigheid wordt ingezet. Eventuele kosten hiervan komen ten laste van het revalidatiecentrum. Mogelijkheden tot het in contact brengen van de patiënt met ervaringsdeskundigen in dienst van het centrum of van DON dienen aanwezig te zijn.

4. Indicatoren

4.1 Uitkomstindicatoren

- Alle revalidatiecentra met gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie registreren de uitkomsten van de klinische en poliklinische revalidatiebehandeling middels een gestandaardiseerde zorgevaluatie in een kwaliteitsregister. Er is na de revalidatie behandeling een significante verbetering op minimaal één van meetinstrumenten van de Revalidatie Impact Scores.
- Middels de gegeven adviezen en behandeling is bij een meerderheid van de dwarslaesie patiënten bij ontslag de mictie en defecatie gereguleerd en de impact op de levenskwaliteit beperkt. De mate van geslaagde mictie en defecatie regulatie wordt geregistreerd en wordt in NVDG verband besproken om kwaliteit van zorg per centrum te verbeteren.
- Van de patiënten met een recente niet-oncologische dwarslaesie, die werkzaam waren voor het ontstaan van de dwarslaesie, is het streven dat alle patiënten, die dat kunnen, binnen 2 jaar na ontstaan van de dwarslaesie aan het werk zijn (gere-integreerd naar het oude werk, ander werk of vrijwilligerswerk) en indien niet werkzaam, in staat tot zinvolle tijdsbesteding gedurende de dag.

4.2 Kwaliteitsindicatoren

- De revalidatiearts (of andere zorgprofessionals als PA, VS, fysiotherapeuten) dient zijn bekwaamheid met betrekking tot het classificeren van de dwarslaesie middels de International standards for neurological classification of spinal cord injury (ISNCSCI) elke 5 jaar te toetsen.
- De aanbevelingen van de meest recente richtlijn dwarslaesierevalidatie zijn geïmplementeerd binnen de gestelde implementatietermijn.
- In periodieke tevredenheid enquêtes (evt. aangevuld met spiegelgesprekken) wordt de eigen behandeling per centrum geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Waardoor er in elk centrum een cyclus van kwaliteitsverbetering bestaat. Uitkomsten van kwaliteitsmetingen van de revalidatiecentra worden transparant gedeeld in het Revalidatieregister en tussen de NVDG-centra.
- Nieuwe decubitus (graad 2 of meer) bij klinisch opgenomen dwarslaesie patiënten wordt geregistreerd in het complicatie register en wordt onderling vergeleken tussen de NVDG-centra. Hierbij is het streven van er zo min mogelijk decubitus optreedt en dat afwijkingen ten opzichte van de benchmark besproken worden in NVDG verband ten behoeve van kwaliteit verbetering. Iedere dwarslaesie patiënt wordt adequaat onderwezen en voorgelicht over voor hem passende decubituspreventie.
- Het aantal urineweginfecties, die antibiotische behandeling behoeven tijdens de klinische revalidatie wordt geregistreerd en onderling door de revalidatiecentra met een gespecialiseerde dwarslaesie afdeling vergeleken in het kader van kwaliteit verbetering.
- Alle dwarslaesie patiënten hebben toegang tot, voldoende inzicht en inspraak in de individueel opgestelde behandelplannen en zijn tijdig op de hoogte gebracht van verwachte ontslagdatum. Het behandelplan wordt met een regelmaat van maximaal 6 weken bijgesteld.
- Alle dwarslaesie patiënten wordt na de revalidatiebehandeling indien nodig een levenslange toegang tot nazorg aangeboden

5. Kwaliteitscriteria

Hieronder volgen de minimale eisen zoals deze aan de verschillende zorgniveaus (1 t/m 4) worden gesteld en waarin de verschillen tussen de verschillende zorgniveaus duidelijk worden.

Zorgniveaus

1. Revalidatiearts in ziekenhuis/ consulent MSR
2. Ziekenhuis met revalidatie-team (Poliklinische revalidatiegeneeskundige behandeling PRB)
3. Revalidatiecentrum (MSR) waar patiënten met een dwarslaesie worden behandeld
4. Revalidatiecentrum met een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie MSR

5.1 Deskundigheid, ervaring en minimaal aantal

\ Zorgniveau	1	2	3	4
Revalidatiearts (RA)				
De revalidatiearts is bekwaam in het classificeren van de dwarslaesie volgens de internationale standaard en is hiervoor gecertificeerd (5-jaarlijks)	X	X	X	X

De ziekenhuisrevalidatiearts adviseert en handelt volgens de adviezen beschreven in de lokale richtlijn ziekenhuis dwarslaesierevalidatie, waarin het meest recente ziekenhuisprotocol NVDG is geïntegreerd	X			
Het is de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisrevalidatiearts, indien er onvoldoende deskundigheid op de afdeling is voor preventie van secundaire stoornissen (o.a. decubitus, pneumonie) de hoofdbehandelaar te adviseren om de patiënt over te plaatsen naar een afdeling binnen het eigen ziekenhuis of naar een ander ziekenhuis, waar deze deskundige zorg wel aanwezig is	X			
De revalidatiearts volgt een geaccrediteerde scholing dwarslaesie gerelateerd	2-jaarlijks	2-jaarlijks	jaarlijks	jaarlijks
De revalidatiearts heeft specifieke deskundigheid verworven en onderhouden via stages op een dwarslaesieafdeling, geaccrediteerde cursussen en congressen			X	X
De revalidatiearts is actief lid binnen de VRA-geaccrediteerde werkgroep artsen groep van het NVDG en is minimaal 1x per jaar aanwezig op een artsenwerkgroep vergadering van het NVDG				X
De revalidatiearts is lid van de ISCOS				X
De revalidatiearts moet minimaal 2 jaar werkervaring hebben op een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie of hij/zij kan in de instelling terugvallen op iemand die langer dan 2 jaar aan deze eisen voldoet				X
Er werken minimaal 3 revalidatieartsen binnen het gespecialiseerde dwarslaesieteam of minimaal 2 met ondersteuning door PA en/of VS				X
Minimaal 1 revalidatiearts is betrokken als docent bij interne/externe scholing m.b.t. dwarslaesie gerelateerde onderwerpen				X
Minimaal 1 revalidatiearts is betrokken bij wetenschappelijk onderzoek binnen het NVDG en/of internationaal				X

\ Zorgniveau	2	3	4
Revalidatieteam			
Het revalidatieteam is bekwaam (beschikt over kennis en heeft ervaring) in de diagnostiek en de behandeling van incontinentie, decubitus, spasticiteit, neuropathische pijn, circulatiestoornissen, autonome dysregulatie respiratoire stoornissen en temperatuurstoornissen	X	X	X
Het dwarslaesierevalidatieteam beschikt over kennis en ervaring hebben met diagnostiek en de behandeling van fertiliteit, seksuele stoornissen, de tetraplegische hand en gezond ouder worden met een dwarslaesie			X
Het dwarslaesierevalidatieteam beschikt over diverse expertiseteams zoals zitadviesteam, loopadviesteam, continentieadviesteam en multidisciplinair nazorgteam, waar laagdrempelig naar kan worden verwezen vanuit de gehele keten			X
Om het deskundigheidsniveau op een afdeling voor volwassenen te kunnen handhaven is het nodig dat jaarlijks minimaal 25 patiënten met een recente dwarslaesie worden opgenomen en gemiddeld minimaal 15 patiënten met een dwarslaesie tegelijkertijd opgenomen zijn			X

Er dient 24 uur per dag, 7 dagen in de week adequaat gereageerd te worden op acute medische situaties		X	X
Voor de zorg van kinderen met een dwarslaesie behoort het gehele team te voldoen aan de eisen gesteld in het behandelkader Kinderrevalidatie (referentie)	X	X	X
Het revalidatieteam beschikt minimaal over de volgende disciplines: revalidatiegeneeskunde, psychologie, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, maatschappelijk werk. Deze disciplines dienen aantoonbaar als team samen te werken. Per patiënt wordt minstens 1 keer per 6 weken een teambespreking gehouden	X	X	
Het dwarslaesieteam bestaat minimaal uit: 3 revalidatieartsen (of 2 met PA/VS), voldoende verpleging, 2 psychologen, 3 fysiotherapeuten, 3 ergotherapeuten, 1 logopedist, 1 diëtist, 2 maatschappelijk werkers. Rolstoeltechniek, adaptatietechniek, activiteitentherapeut, orthopedietechniek, seksuoloog, arbeidsconsulent, bewegingsagoog, psychomotore therapeut, cognitieve trainer en ervaringsdeskundige zijn beschikbaar en kunnen afhankelijk van de hulpvraag wel of niet betrokken in de revalidatiebehandeling. Deze disciplines dienen aantoonbaar als team samen te werken. Per patiënt wordt minstens 1 keer per 6 weken een teambespreking gehouden			X
Alle leden van de disciplinegroepen van een afdeling waar dwarslaesierevalidatie plaatsvindt moeten een geaccrediteerde bijscholingsactiviteit op het gebied van dwarslaesierevalidatie volgen	2-jaarlijks	jaarlijks	jaarlijks
1 disciplinelid is lid van het NVDG. Dit geldt voor de volgende disciplines: Revalidatiegeneeskunde, psychologie, fysiotherapie, ergotherapie, maatschappelijk werk, verpleging			X
De relevante richtlijnen voor de behandeling van patiënten met een dwarslaesie (zoals Richtlijn Dwarslaesierevalidatie, Richtlijn defecatieproblemen bij dwarslaesie, MS en Spina Bifida, Ziekenhuisprotocol Dwarslaesierevalidatie, protocol Nazorg voor mensen met een dwarslaesie) zijn geïntegreerd binnen de revalidatiebehandeling	X	X	X
De afdeling beschikt over vaste consultants op het gebied van de (neuro)-urologie, orthopedie, neurochirurgie, interne geneeskunde, plastische chirurgie en anesthesie (voor adviezen bij oncologische pijn en neuropathische pijn). De consultants dienen specifieke ervaring te hebben m.b.t. dwarslaesie-gerelateerde problematiek			X
Het revalidatiecentrum dient een medewerker te hebben met aandachtgebied infectiepreventie		X	X

Specifieke eisen voor de onderstaande disciplines werkzaam in een revalidatiecentrum met een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie

Beschikbare disciplines

Physician assistant (PA)/ verpleegkundig specialisten (VS)

- De PA/VS heeft specifieke kennis van een deelgebied van de dwarslaesierevalidatie. Het is duidelijk op welk deelgebied specifieke bekwaamheid is verworven zodat de PA/VS zelfstandig werkzaamheden mag verrichten. Het is op papier vastgelegd welke medicatie de PA/VS zelfstandig mag voorschrijven. Een revalidatiearts dient altijd bereikbaar te zijn zodat de PA/VS op elk tijdstip supervisie kan krijgen om zijn werkzaamheden te kunnen continueren.

- Is bekwaam in het classificeren van de dwarslaesie volgens de internationale standaard en is hiervoor gecertificeerd (5-jaarlijks).

Psychologen (minimaal 2)

- Tenminste één van de psychologen is geregistreerd als gezondheidszorgpsycholoog;
- Tenminste 2 jaar ervaring op de dwls afdeling. Indien dit niet het geval is kan deze terugvallen op een GZ-psycholoog die deze ervaring wel heeft
- Hebben specifieke kennis van verwerkingsprocessen en coping bij dwarslaesie en hoe deze te beïnvloeden.

Fysiotherapeuten (minimaal 3)

- Twee jaar ervaring in de dwarslaesierevalidatie. Indien deze fysiotherapeut minder dan twee jaar ervaring heeft, kan hij/zij terugvallen op iemand op de afdeling die aan deze eis voldoet.
- Hebben specifieke kennis van functionele training bij patiënten met een dwarslaesie en hebben daarnaast kennis van spasticiteitsbestrijding, handproblematiek en ademhalingsproblemen.
- Minimaal 1 teamlid (ergotherapeut en/of fysiotherapeut) heeft de opleiding tot handtherapeut gevolgd en heeft zijn bekwaamheid hierin onderhouden

Ergotherapeuten (minimaal 3)

- Twee jaar ervaring in de dwarslaesierevalidatie. Indien deze ergotherapeut minder dan twee jaar ervaring heeft, kan hij/zij terugvallen op iemand op de afdeling die aan deze eis voldoet;
- Hebben kennis van functionele training, hulpmiddelen, voorzieningen en huisaanpassingen bij patiënten met een dwarslaesie en hebben daarnaast kennis van handproblematiek.
- Minimaal 1 teamlid (ergotherapeut en/of fysiotherapeut) heeft de opleiding tot handtherapeut gevolgd en heeft zijn bekwaamheid hierin onderhouden

Maatschappelijk werkers (minimaal 2)

- Twee jaar ervaring in de dwarslaesierevalidatie. Indien deze maatschappelijk werker minder dan twee jaar ervaring heeft, kan hij/zij terugvallen op iemand op de afdeling die aan deze eis voldoet;
- Hebben van specifieke kennis hebben van verwerkingsproblematiek, coping en eigen regie. Kennis hebben van wetgeving voor aanvragen ontslagbestemmingen.

Verpleegkundigen

- Twee jaar ervaring in de dwarslaesierevalidatie. Indien een verpleegkundige minder dan twee jaar ervaring heeft, kan hij/zij terugvallen op iemand op de afdeling die aan deze eis voldoet;
- Hebben specifieke kennis van het mictie- en defaecatiebeleid, decubituspreventie en –behandeling, seksualiteits- en intimiteitsvragen, longproblemen (o.a. airstacken en ondersteuning ophoesten), voedingsbeleid, bedligging en zithouding in de rolstoel bij patiënten met een dwarslaesie
- Minimaal één van de verpleegkundigen heeft de opleiding tot continetieverpleegkundige gevolgd. en één van de verpleegkundige heeft de opleiding gevolgd tot wondverpleegkundige.

Overige disciplines zoals psychomotore therapeut, sporttherapeut, activiteitentherapeut, diëtiste, logopediste, seksuoloog en ervaringsdeskundige.

- Hebben specifieke kennis over de revalidatie van patiënten met een dwarslaesie via cursussen en congressen.

5.2 Faciliteiten

Bouwkundige voorzieningen

- Plafondtilliften op de patiëntenkamers, oproepsysteem en meubilair geschikt voor patiënten met beperkte handfunctie;
- Sluiskamer voor opname patiënten met aerogene contactisolatie;
- Dagverblijf;
- Zwembad met in hoogte verstelbare bodem;
- Sportzaal; ruimte met trainingsapparatuur;
- Proefwoning of hotelkamer of andere ruimte waar de patiënt zijn zelfstandigheid kan oefenen en met zijn partner kan verblijven.

Hulpmiddelen/voorzieningen (minimaal)

- Antidecubitusvoorzieningen als matrassen en kussens;
- Aangepast eetmateriaal;
- Adequate handbewogen en elektrische rolstoelen;
- Aangepaste fietsen, handbikes (met en zonder elektrische ondersteuning), scootmobielen, sportrolstoelen, rolstoelen en hulpmiddelen voor handbewogen rolstoelen om het rijden lichter te maken zoals een (elektrisch) voorzetwiel en ondersteuning met e-motion;
- Loophulpmiddelen; gewichtsondersteunend lopen, loopband en rolstoelband;
- Proef-enkelvoetortheses, handspalken, slings;
Omgevingsbesturing;
Communicatiehulpmiddelen;
Computerondersteunende middelen (hard- en software);
- Uitzuigapparatuur en beschikbaarheid van O2;
- Materiaal voor airstacken.

Diagnostische mogelijkheden

- Gangbeeldanalyse;
- Inspanningstest;
- Zitdrukmeting;
- Uro-dynamisch onderzoek (UDO) (bij voorkeur inpandig dan wel korte lijnen met nabijgelegen ziekenhuis);
- Longfunctieonderzoek (inpandig dan wel korte lijnen met nabijgelegen ziekenhuis);
- Slaapapneu screening;
- Radiodiagnostiek en laboratoriumonderzoek (inpandig dan wel korte lijnen met nabijgelegen ziekenhuis);
- Bio impedantiemeting.

5.3 Netwerkgeneeskunde

De zorg zal steeds meer gepland worden rondom de patiënt, deels virtueel en deels fysiek. In principe heeft de patiënt of zijn naasten hier zelf de regie over.

Bij het verlenen van de subacute en de chronische zorg zal de revalidatiearts en het revalidatieteam zich samen met de patiënt continu de vraag stellen: "Wie in het netwerk is het meest geschikt om deze zorg te verlenen?" In het kader van kwaliteit en doelmatigheid zal telkens gekeken worden of bepaalde handelingen op een andere plek wellicht beter kunnen plaatsvinden. Belangrijk hierbij is dat continu de kwaliteit van de zorg voor de patiënt voorop staat.

In de acute fase is er een grote(re) rol weggelegd voor de ziekenhuisrevalidatiearts. Na de start van de revalidatie in het ziekenhuis volgt verwijzing naar MSR of GRZ.

Voor de primaire revalidatiebehandeling vindt de MSR plaats in een revalidatiecentrum met een in dwarslaesie gespecialiseerde afdeling. Welk centrum dit is, is afhankelijk van de wens van de patiënt en eventuele complexiteit (bv kinderen met dwarslaesie, beademing).

In de nazorgfase zal afhankelijk van de complexiteit van de zorg in overleg met de patiënt gekeken worden waar de beste zorg gegeven kan worden (zie ook hoofdstuk 3).

Het ultieme doel is dat de dwarslaesie patiënt, afhankelijk van zijn hulpvraag, zo optimaal mogelijke dwarsrevalidatiezorg krijgt aangeboden, waarbij de leidraad is: dicht bij huis waar het kan, complexe problematiek in een centrum met een dwarslaesie gespecialiseerde afdeling.

Door de toenemende digitale mogelijkheden zijn de revalidatiecentra met een in dwarslaesie gespecialiseerde afdeling laagdrempelig bereikbaar voor zowel de patiënt als voor de zorgverleners in de regio om dwarslaesie-specifieke-adviezen te geven in elke levensfase van de patiënt.

Voor een GRZ-instelling met een revalidatieafdeling waar patiënten met dwarslaesie worden behandeld zou het wenselijk zijn dat de specialist ouderengeneeskunde voldoet aan de eisen conform ziekenhuisrevalidatieartsen (zorgniveau 1). Tevens moet er de mogelijkheid zijn om het revalidatieteam van een gespecialiseerd dwarslaesiecentrum te raadplegen.

5.4 Onderwijs in de regio

Het regionale revalidatiecentrum met een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie is verantwoordelijk voor het aanbieden van onderwijs voor de keten met als doel dat zorgprofessionals in de regio voldoende kennis van zaken hebben om patiënten met een dwarslaesie te kunnen begeleiden en/of behandelen.

Er wordt minimaal een jaarlijkse scholing aan op dwarslaesiegebied voor teamleden van de samenwerkende revalidatiecentra dicht bij huis. Met het regionale revalidatiecentrum met een gespecialiseerde afdeling dwarslaesierevalidatie kan scholing op maat worden afgesproken indien het regionale onderwijsprogramma hier niet in voorziet.

Het is wenselijk om binnen 5 jaar een 2-jaarlijkse scholing voor diverse professionals (minimaal voor fysiotherapeuten/ ergotherapeuten en verpleegkundigen) in het netwerk (eerste en tweedelijns professionals) aan te bieden.

6 Referenties

6.1 Literatuur

- Het behandelkader Dwarslaesie vastgesteld door de NVDG, VRA en RA (versie 2011-04-16)
- Handboek dwarslaesierevalidatie. FWA van Asbeck en IJW van Nes (red) 2016 ISBN 978 90 232 5508 6
- Ziekenhuis Protocol Dwarslaesie (versie 1.3) NVDG 2010
- Zorgstandaard Dwarslaesie DON J. Spek 27 januari 2013/ concept 2017
- Richtlijn Dwarslaesie revalidatie 2017

6.2 Websites

- Richtlijn Dwarslaesierevalidatie
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dwarslaesierevalidatie/dwarslaesierevalidatie_-_startpagina.html
- Richtlijn Defecatiebeleid bij dwarslaesie, MS en Spina Bifida
<https://www.coloplast.nl/Global/Holland/Fit%20for%20Life%20programma/Richtlijn%20defecatiebeleid%201e%20herziene%20versie%202017-2018.pdf>
- Ziekenhuisprotocol Dwarslaesie NVDG
<https://www.nvdg.org/images/1637259843662.pdf>
- Richtlijn Nazorg dwarslaesierevalidatie
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dwarslaesierevalidatie/nazorg_na_dwarslaesierevalidatie.html
- E-learning en classificeren voor afnemen International Standard for Neurological Classification of CSI
<http://asia-spinalinjury.org/learning/>
- Het behandelkader Kinderrevalidatie en addendum therapeutische peutergroep
<https://www.revalidatie.nl/kwaliteit/behandelkaders/>
- Netwerkgeneeskunde, Federatie medische Specialisten
<https://demedischspecialist.nl/themas/thema/netwerkgeneeskunde>