

R M

REVALIDATIE MAGAZINE
jaargang 15 nummer 3 september 2009



Het grensgebied van revalidatie en GGZ

- > Revalidatiecentra op www.independenter.nl
- > Samenwerking hogescholen
- > Een classificatie voor de behandeling is nodig
- > Minister Klink over zorgstandaarden
- > Nieuw: bijeenkomsten voor het netwerk

inhoud

RM³⁻⁰⁹

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

4 > **Independer over revalidatiecentra**
Sinds kort kan het publiek via www.independer.nl revalidatiecentra vergelijken.

6 > **Berichten**

7 > **Dicht bij de praktijk**
Een gesprek met lector Arend de Kloet over de samenwerking tussen hogescholen en revalidatiecentra.

10 > **Van prototype naar revalidatie-instrument?**
Internationale teams van studenten bedachten nieuwe revalidatie-instrumenten.

11 > **'Niet uitstellen en veel genieten!'**
Clem Bongers.

15 > **Het centrum**
De Trappenberg.

16 > **De verbinding versterken**
De Vogellanden organiseert bijeenkomsten voor het netwerk van revalidanten.

17 > **Column**
Waardevol grensgebied.

20 > **Het standpunt**
Adem- en ontspanningstherapie: een vak apart!

21 > **Het werk**
Liesbeth Boyce, klinisch linguïst.



'Die black box moet open'

Vaak worden wel het startpunt en het eindpunt van een revalidant beschreven, maar wat daar tussenin gebeurt – dus hoe precies wordt behandeld – is nog vaag. Dat kan en moet beter, zeggen deskundigen.

• Alice Broeksma

Sneller herstel dankzij steun psychiatrie

Relatief veel revalidanten kampen met een psychisch of psychiatrisch probleem. Daardoor verloopt de therapie minder voorspoedig en duurt een opname langer. Met een goed beleid blijkt het revalidatieproces vlotter te verlopen.

• John Ekelboom



Wat doen we met de zorgstandaard?

Minister Ab Klink van volksgezondheid is een groot voorstander van zorgstandaarden. Maar wat is eigenlijk een zorgstandaard en wat moet de revalidatiesector ermee?

• Annelies van Lonkhuyzen

COLOFON *Revalidatie Magazine* is een uitgave van Revalidatie Nederland. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door een bijdrage van het Johanna Kinderfonds. **Uitgever** Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Uitgeverij, Karin Linden (www.bsl.nl) **Redactie** Frans van den Broek MHA (hoofdredacteur, Raad van Bestuur Rijnlands Revalidatie Centrum) • John Ekelboom (journalistiek adviseur) • Drs. Annelies van Lonkhuyzen (eindredacteur) • Sjoerd Vegter MHA (hoofdredacteur, Raad van Bestuur De Trappenberg) **Raad van Advies** Prof.dr. Hans Arendzen (hoofd afdeling revalidatiegeneeskunde Leids Universitair Medisch Centrum) • Drs. Chiel Bos (directeur Zorg Zorgverzekeraars Nederland) • Gijsbert van Es (lid hoofdredactie NRC) • Drs. Henk van Exel (cardioloog Rijnlands Revalidatie Centrum) • Drs. Karin van der Aa (directeur Johanna Kinderfonds) • Dr. Frank Weller (longarts Astmacentrum Heideheuvel) **Redactieraad** Dr. Renata Klop (programmacoördinator ZonMw) • Judith Boot (kwaliteitsfunctionaris Sophia Revalidatie) • Drs. Karin van Londen (senior communicatieadviseur Revalidatie Nederland) • Drs. Hans Slootman (revalidatiearts Stichting Heliomare) • Drs. Ria Zondervan (communicatieadviseur Revalidatiecentrum Amsterdam) **Redactieadres** Bohn Stafleu van Loghum • Odette Winter • Postbus 246, 3990 GA Houten • Telefoon (030) 638 37 66 • Fax (030) 638 39 91 • rm@bsl.nl **Vormgeving** AC+M, Maarssen **Foto omslag** Inge Hondebrink **Foto's** worden bij de artikelen gekozen, maar worden niet altijd op de betreffende locatie gemaakt. **Abonnementen** Bohn Stafleu van Loghum, Afdeling Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, (030) 638 37 36, e-mail via www.bsl.nl/service • **Abonnementenprijs** Jaarabonnement particulieren € 33,00, studenten € 16,50, instellingen € 66,15 • Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag • Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd • Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Uitgeverij, gedeponoerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 1 januari 2008. De voorwaarden staan op www.bsl.nl of worden op verzoek toegezonden. **Adreswijzigingen** Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de Afdeling Klantenservice (adres zie Abonnementen). **Advertenties** • Bureau Van Vliet • Postbus 20 • 2040 AA Zandvoort • Telefoon (023) 571 47 45 • Fax (023) 571 76 80 • zandvoort@bureauvanvliet.com • Het overnemen en verspreiden van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en na schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de standaard publicatievoorwaarden van Bohn Stafleu van Loghum, gedeponoerd ter griffie van de rechtbank te Utrecht onder nummer 281/2003 van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De standaard publicatievoorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl/auteurs of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd. • ISSN 1382-6174

Nederlands
Uitgeversverbond
Groep uitgeverij voor vak en wetenschap

Sinds kort kan het publiek via www.independer.nl revalidatiecentra vergelijken. Dat wil zeggen: centra krijgen een waardering, variërend van één tot vier sterren. Hoe komt de waardering tot stand, wat is de waarde ervan en vooral: wat heeft de consument hieraan? • Door Adri Bolt

Vergelijken via internet

Independer over revalidatiecentra

Revalidatie Nederland verzamelt al een aantal jaren indicatoren van revalidatiecentra. Die informatie gebruiken wij om de kwaliteit van de zorg in die centra te scoren. Daarbij krijgen de indicatoren een verschillend gewicht. Naarmate ze meer zeggen over de kwaliteit van de zorg, wordt het gewicht groter. Ook kijken we naar de betrouwbaarheid van de informatie. Wanneer de informatie minder betrouwbaar is, krijgt hij een lager gewicht. Jon Schaefer is bedrijfskundige en directeur van MediQuest. Dat bedrijf richt zich op 'het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de zorg'. Het levert Independer de inhoudelijke informatie.

Sterren

'De weging van revalidatiecentra is zorgvuldig tot stand gekomen', aldus Schaefer. 'We hebben vóór het opstarten van dit traject uitgebreid gesproken met Revalidatie Nederland. Niet alle prestatie-indicatoren uit de basisset van RN worden meegewogen. En sommige indicatoren zijn voor bepaalde centra wel en voor andere centra niet van toepassing, bijvoorbeeld de complicatieregistratie voor schouderinjecties. Deze indicator telt alleen mee voor de centra waarvoor deze relevant is.' Verder krijgen bepaalde indicatoren een laag gewicht toegekend omdat ze alleen iets zeggen over hoe de zorg is georganiseerd, en niets over de uitkomsten daarvan. Bijvoorbeeld of het centrum een registratiesysteem heeft voor decubitus bij dwarslaesie. De gewogen scores op de indicatoren worden opgeteld, en dat resulteert in een totaalscore. Op basis daarvan krijgt het revalidatiecentrum één tot vier sterren. Eén ster voor 'matig', twee voor 'voldoende', drie voor 'goed' en vier voor 'uitstekend'. Voor de nuance worden er ook halve sterren toegekend. Momenteel hebben vijf centra vier sterren, zijn er twee centra met drieënhalve ster, acht met drie sterren en zeven met tweeënhalve ster. Twee poliklinische centra waren niet zinvol met de andere te vergelijken en blijven daarom buiten beschouwing.

Vertaalslag

'Het toekennen van sterren is een manier van scoren die de consument iets zegt', aldus Schaefer. 'Natuurlijk moeten alle centra boven een bepaald minimum presteren, daarvoor moet de Inspectie voor de Gezondheidszorg zorgen. Wij brengen verdere gradaties aan, om mensen te ondersteunen bij hun keuze.' Maar is het niet beter de consument de basisgegevens te geven, in plaats van een aantal sterren? 'Heel weinig mensen zijn in staat om de scores op indicatoren te interpreteren', stelt Schaefer daar tegenover. 'Wie weet bijvoorbeeld wat een Reglement Basismedische Zorg inhoudt? Wij plegen die vertaalslag, het aantal sterren geeft in elk geval een indruk van hoe actief een centrum werkt aan kwaliteit. In grote lijnen doet de revalidatiesector dat overigens goed, geen enkel centrum scoort immers minder dan tweeënhalve ster.'

Vakinhoudelijke ontwikkelingen

'Consumenten hebben behoefte aan lijstjes', vindt ook Christianne Lennards, voorzitter van de Raad van Bestuur van Revant. 'Maar het is de vraag wat de consument heeft aan een vergelijking van revalidatiecentra op internet. De revalidatiecentra zijn allemaal expertisecentra en ze liggen landelijk fors verspreid. Een revalidant is doorgaans het beste af met een revalidatiecentrum dicht bij huis.' Revant bestaat uit Revalidatiecentrum Breda en Revalidatiegeneeskunde Zeeland, die respectievelijk vier en tweeënhalve ster scoren bij Independer. Hoe verklaart Lennards dit verschil? 'Revalidatiecentrum Breda heeft vanouds een cultuur waarin het gewoon is om resultaten te meten en daar ook iets mee te doen. Daarbij is de instelling groot genoeg om veel nieuwe zaken te kunnen aanpakken en klein genoeg om wendbaar te blijven en flexibel te kunnen reageren op veranderingen.' Dat betekent zeker niet dat Revalidatiegeneeskunde Zeeland kwalitatief mindere zorg zou leveren, stelt Lennards. 'De instelling in Zeeland is kleiner,



Illustratie: Roel Seidell

verdeeld over drie locaties, en van oudsher worden de processen er minder doorgemeten. Er vindt beperkt wetenschappelijk onderzoek plaats en de instrumenten om klinimetrisch te werken zijn nog niet op alle fronten ingevoerd. Maar Revalidatiegeneeskunde Zeeland is volop in ontwikkeling op het gebied van de zorgprogrammering en ketensamenwerking.’

Schouderklopje

Lennards heeft een fundamenteel punt van kritiek op de lijstjes op internet-sites independer en kiesbeter: ‘Ze vergelijken vooral gegevens over het proces rond de zorg. Het zou beter zijn als ze gegevens over de inhoud van de zorg zouden vergelijken, al is ook daarover altijd discussie mogelijk. Een instelling met een moeilijkere patiëntenpopulatie kan immers daardoor slechter scoren.’ Een ander nadeel is dat de sterren niet actueel zijn, omdat Independer pas ruim na het afronden van het jaar de gegevens over de prestatie-indicatoren beschikbaar krijgt. ‘Wanneer mensen op de site kijken, denken ze dat het aantal sterren iets zegt over de kwaliteit van nu. Maar dat hoeft dus niet zo te zijn, er zouden inmiddels veranderingen doorgevoerd kunnen zijn.’

Toch zeggen de lijstjes volgens Lennards wel iets. ‘Ze geven een ambitieniveau aan van instellingen. Als je actief je eigen beleid meet, meedoet aan wetenschappelijk onderzoek en je eigen prestaties systematisch monitort, dan is het zelfreinigend vermogen van de organisatie groter.’ En hoe betrekkelijk ook, een hoge positie op de lijst is goed voor het moreel. ‘Wij zullen dit soort lijstjes nooit gebruiken om klanten te werven, daarvoor vind ik ze niet betrouwbaar genoeg. Een hoge score werkt wel motiverend voor de medewerkers. Het is als een schouderklopje krijgen; je doet je werk goed. En aan de andere kant kan het streven naar een goede positie een stimulans zijn om bepaalde dingen beter te regelen.’

De indicatoren

MediQuest vergelijkt revalidatiecentra op de volgende indicatoren:

- Doet het centrum jaarlijks onderzoek naar patiënttevredenheid?
- Is er een actueel reglement voor de basismedische zorg?
- Is er een actueel beleidsplan voor infectiepreventie?
- Vindt registratie plaats van complicaties na schouderinjecties?
- Meet het centrum jaarlijks de decubitus die voorkomt bij klinische revalidanten?
- Is er een systeem voor het registreren van decubitus bij opgenomen dwarslaesiepatiënten?
- Zijn er projecten om het meten van resultaten te bevorderen?
- Welk percentage van de uit klinische revalidatie ontslagen volwassenen gaat weer zelfstandig thuis wonen?
- Welk percentage van de uit klinische revalidatie ontslagen kinderen gaat weer thuis wonen?
- Registreert het centrum systematisch de effecten van de revalidatie op het domein zelfstandigheid?
- Wat was de laatste score van de Externe Toetsing voor de revalidatiezorg?
- Voert het centrum systematisch overleg met de patiëntenverenigingen van mensen met niet-aangeboren hersenletsel (Cerebraal), CVA (Samen Verder), een dwarslaesie (DON), chronische pijn (Stichting Pijn-Hoop) of motorisch gehandicapten en hun ouders (BOSK)?
- Nemen de revalidatieartsen van het centrum deel aan werkgroepen van de landelijke vereniging van revalidatieartsen VRA?
- Hoeveel wetenschappelijke publicaties produceerden de medewerkers?



Jean Paul Essers en Anke Meijs, raad van bestuur, onthullen de nieuwe huisstijl

Stichting Revalidatie wordt Adelante

Stichting Revalidatie Limburg wil zichzelf goed op de kaart zetten, en besloot daarom de koers te verleggen en een 'positioneringscampagne' te organiseren. Als onderdeel van het nieuwe beleid doopte de organisatie zichzelf om tot Adelante, het Spaanse woord voor 'voortgang'. Adelante biedt specialistische revalidatie voor kinderen en volwassenen, audiologische zorg, speciaal onderwijs en arbeidsintegratie. Het motto van de nieuwe organisatie is 'haal het beste uit jezelf'. Onder dit motto zijn er tal van activiteiten, waaronder een beklimming van de Mont Blanc. Op 25 september wordt de naamswijziging gevierd met een feestelijke bijeenkomst. Meer informatie op www.adelante-zorggroep.nl.

Innovatieprogramma loopt

In december 2008 besloot de Tweede Kamer unaniem een Revalidatie Innovatiefonds te financieren. Vanaf 2012 moet innovatie in de revalidatie bekostigd worden via de DBC's; zo lang dat nog niet het geval is springt de politiek bij. De toekenning van de gelden verloopt via ZonMw. Revalidatie Nederland en ZonMw hebben samen een programma opgesteld, waarin is vastgelegd voor welke doelen subsidie wordt verstrekt. Er zijn drie doelen: het bevorderen van de toepassing van effectief gebleken innovaties; het ontwikkelen van nieuwe innovaties op basis van beschikbare kennis; het verbeteren van de toegankelijkheid van beschikbare kennis. Voor het tweede doel kunnen tot en met 1 oktober aanvragen worden ingediend bij ZonMw. Voor de andere twee doelen stelt Revalidatie Nederland een plan van aanpak op. Meer informatie is te vinden op www.zonmw.nl/innovatieprogrammारेvalidatie.

Revalidatiecentra scoren goed als werkgever

Jaarlijks organiseren VKbanen en Effectory een groot onderzoek naar de beste Nederlandse werkgevers. Ze baseren zich hierbij op het oordeel van de medewerkers over onder andere bedrijfscultuur, werkzaamheden, leidinggevenden en ontwikkelingsmogelijkheden in hun organisatie. In 2009 deden 263 organisaties mee; 146 behaalden een minimale medewerkerstevredenheid van 6,75 en kwalificeerden zich daarmee als Beste Werkgevers. Ook de vier revalidatiecentra die meededen hoorden hierbij. Revalidatie Friesland, Stichting Revalidatiegeneeskunde Zeeland en Via Reva behaalden een vermelding in de bronzen categorie. Het Rijnlands Revalidatie Centrum behaalde een tevredenheidsscore van 7,8, wat een vermelding in de gouden categorie opleverde. Daarmee waren zij tevens het beste ziekenhuis van de achttien categorale ziekenhuizen die meededen.

Signaleringslijst hersenletsel

Als mensen hersenletsel krijgen, bijvoorbeeld door een beroerte of zuurstofgebrek na een hartstilstand, kan dat allerlei cognitieve, emotionele en gedragsmatige klachten geven. Tijdige signalering van deze klachten is belangrijk om te voorkomen dat de problemen zich opstapelen. Daarom heeft Vilans een signaleringslijst ontwikkeld. De lijst is gebaseerd op de al bestaande lijst voor CVA, die in de praktijk een bruikbaar instrument was gebleken. De klachten worden in beeld gebracht, waardoor het mogelijk wordt om mensen beter te begeleiden en doorverwijzen. De signaleringslijst kan gratis worden gedownload van www.webwinkelvilans.nl. Hier staat ook een signaleringslijst voor kinderen met niet-aangeborenen hersenletsel.

Hulpmiddel behandelkeuze spitsvoet

Jaarlijks krijgen circa achtduizend mensen als gevolg van een beroerte een spitsvoet, een afwijking die lopen lastig maakt. Er zijn drie behandelmethoden: een operatie, elektrostimulatie of het gebruik van een spalk. Janine van Til van de Universiteit Twente onderzocht welke criteria behandelaars en patiënten hanteren bij de keuze voor een behandelmethode. Op www.lopen-nacva.nl kunnen patiënten informatie vinden en een vragenlijst invullen; op basis van de antwoorden krijgen zij inzicht in de voor- en nadelen van de verschillende methoden en in hun eigen visie daarop. Met deze informatie kunnen arts en patiënt samen tot een gefundeerde keuze komen.

Zorglogistiek blijft in beweging

In juni werden tijdens een congres de resultaten gepresenteerd van de eerste tranche van het verbeterprogramma Revalidatie in Beweging. De vier revalidatiecentra die hieraan meededen hebben goede resultaten bereikt op het gebied van zorglogistiek. Zo zorgde één team door het verbeteren van de uitstroom – en daarmee het verkleinen van het aantal niet-geïndiceerde verpleegdagen – voor een winst van meer dan 200

dagen aan behandelcapaciteit. Een ander team realiseerde 10% meer behandeling met dezelfde capaciteit. Aan de tweede tranche van Revalidatie in Beweging doen vijftien revalidatiecentra mee. Deze tranche loopt tot medio 2010. Het revalidatiecentrum dat met Revalidatie in Beweging het meest aansprekende resultaat weet te behalen, zal een prijs ontvangen.



Hoger beroepsonderwijs en revalidatie

Dicht bij de praktijk

‘Revalidatie en hbo zijn uitermate interessant voor elkaar’, zegt Arend de Kloet. Hij werd als eerste Nederlandse revalidatiemedewerker lector op een hogeschool. Vijf vragen over de samenwerking tussen hogescholen en revalidatiecentra. • Door Rosanne Faber

Waarom hbo-onderzoek doen vanuit het revalidatiecentrum?

‘Wetenschappelijk onderzoek heeft de laatste decennia in de revalidatiesector meer aandacht gekregen en dat is terecht. Maar ik heb ook hoge verwachtingen van hbo-onderzoek, dat sterk in ontwikkeling is en aansluit bij het werkveld. Ik geloof erg in praktijkgericht onderzoek, waarbij de vragen direct van de werkvloer komen en de resultaten direct toegepast worden. Een voorbeeld: jongeren tussen de 14 en 25 met niet-aangeboren hersenletsel vragen om een andere behandeling dan kinderen of volwassenen. Studenten helpen ons nu om een betere match te vinden, bijvoorbeeld in een onderzoek naar het gebruik van de Wii in de revalidatie.’

Wat levert samenwerking met een hogeschool op voor de revalidatie?

‘Er is veel vakkennis bij de docenten en veel ambitie voor onderzoek en ontwikkeling. Daarbij heb je een groot volume: al die duizenden studenten moeten voor hun opleiding iets aan onderzoek doen. Verder is een goed stagebeleid een slimme manier om medewerkers te werven; de studenten zijn onze toekomstige collega’s. En dat geldt niet alleen voor verpleging en paramedici, maar net zo goed voor de facilitaire dienst of het management, want ook die beroepsgroepen worden bij de hogeschool opgeleid. Tot slot is samenwerking

een goede manier om invloed uit te oefenen op de manier waarop studenten opgeleid worden.’

Een stelling: een onderzoeksstudent kost meer dan hij oplevert...

‘Ik ben het er beslist niet mee eens, maar ik hoor dit inderdaad wel eens. Het is dus nodig dat we het stagebeleid beter organiseren, gericht kiezen met welke studierichtingen we samenwerken en dan helder afspreken wat we verwachten. En ik zou collega’s willen adviseren om de vragen die ze hebben – de projectjes waar ze zelf steeds niet aan toekomen – te beschrijven en daarmee aansluiting te zoeken bij een hogeschool. Een landelijk onderzoeksprogramma zou zeker ook helpen: als je samenwerkt kun je je schaal vergroten en kost het minder energie om projecten gerealiseerd te krijgen.’

Welke winst valt er voor de hogeschool te behalen?

‘De Haagse Hogeschool heeft bewust samenwerking met Sophia Revalidatie gezocht, omdat ze hun studenten dicht bij het werkveld wilden brengen. En de docenten hadden behoefte om hun onderwijs en onderzoek beter te laten aansluiten bij wat de praktijk verwacht. Onze expertise, ambities en netwerken zijn zeer bruikbaar voor de hogeschool.’

Wat drijft jou persoonlijk bij het vormgeven van je lectoraat?

‘Revalidatie is een prachtig vakgebied, maar nog niet zo bekend. Veel studenten denken dat het alleen iets is voor oude mensen. Als lector heb ik de mogelijkheid om een grote groep jongeren bekend te maken met revalidatie. Ik hoop er zo ook aan bij te dragen dat de jonge generatie beter omgaat met mensen met een beperking. We leven tegenwoordig zo snel en op onszelf gericht, en dat is killing voor deze groep. Als je je meer in de ander verdiept, levert dat voor beide partijen veel op.’

Arend de Kloet is orthopedagoog en psycholoog bij Sophia Revalidatie in Den Haag. Sinds september 2008 werkt hij daarnaast twee dagen per week als lector aan De Haagse Hogeschool. Een lector staat op een hogeschool aan het hoofd van een onderzoeksgroep en initieert onderzoeksprojecten. De Kloet vervult een bijzonder lectoraat, wat wil zeggen dat hij niet vanuit de hogeschool maar vanuit een praktijkinstelling betaald wordt. Zijn lectoraat heeft als thema ‘Revalidatie, meedoen met beperkingen’. Doel is het bevorderen van de participatie van jongeren met niet-aangeboren hersenletsel.

Meer informatie: www.dehaagsehogeschool.nl, knoppen ‘lectoraten en onderzoek’ en ‘revalidatie’.

Binnen de revalidatie wordt gewerkt met classificaties om aan te geven wat iemand mankeert en wat hij of zij kan. Ook wordt steeds meer vastgelegd wat de uitkomst moet zijn van de revalidatie. Maar wat daar tussenin gebeurt, dus hoe er precies wordt behandeld, is nog vaag. Dat kan en moet beter, zeggen deskundigen. • Door Alice Broeksma

Behandeling uniform beschrijven

‘Die black box moet open’

Steven Berdenis van Berlekom, manager van het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, geeft het volmondig toe: niemand die aan het eind van een revalidatietraject precies weet hoe de individuele behandeling van een revalidatiepatiënt er uit heeft gezien. De behandeling is een black box. ‘Het is klassiek in de zorg. Er is overeenstemming over dat je de goede dingen moet doen met patiënten, vaak gebaseerd op richtlijnen, en ook over de gewenste uitkomst. Gaat dat goed? Iedereen blij. Maar als de black box gesloten blijft, kun je niet ontdekken welke handelingen nou de beste resultaten opleveren.’ Waarschijnlijk bestaan er binnen de Nederlandse revalidatie grote verschillen, zegt Van Berlekom. ‘Welke aanpak wordt gekozen, hangt af van het eigen inzicht van de behandelaar en natuurlijk van het type patiënt. Het is maatwerk. De keus van de behandelaar komt voort uit kennis en praktijkervaring, waarbij dat laatste vaak weer voortbouwt op wat overgedragen is door oudere collega’s. Er zijn natuurlijk behandelprogramma’s die de kaders aangeven, maar we leggen onvoldoende vast wat voor soort behandeling we exact toepassen. Hoeveel oefening en wat voor soort oefening we doen. Hoeveel tijd en energie nodig is om een bepaalde vaardigheid te leren. Een heel precieze en uniforme omschrijving van handelingen is daarvoor nodig.’

Sneller naar huis

‘We zeggen binnen de revalidatie allemaal wel dat we hetzelfde doen, maar als je dat echt onderzoekt blijkt dat de een het toch vaak over heel iets anders heeft dan zijn collega’, beaamt Hans Slootman, revalidatiearts bij Heliomare. Volgens hem komt de behoefte aan uniformiteit ook voort uit de nieuwe financieringsmaatregelen. ‘Met de komst van de DBC’s worden we gedwongen de investeringen scherp onder de loep te nemen. Dat is zeker niet alleen maar slecht. We moeten goed gaan kijken hoe een behandeling precies verloopt, welke verschillen er zijn en welke aanpak het beste resultaat geeft. Kwalitatief kan het er alleen maar op vooruitgaan en als de behandeling ook nog efficiënter wordt, is dat voor iedereen beter. Ook natuurlijk voor de revalidant, die dan sneller naar huis kan.’ Slootman zegt dat mensen in het

oude systeem lange tijd in een revalidatiecentrum konden blijven. ‘Het was in niemands belang om een snelle procedure te hebben. Het is altijd zo geweest dat de revalidatiearts met het team na opname een therapieprogramma maakt en dan besluit tot, zeg, vijf of zeven keer therapie per week. Maar waarop dat precies is gebaseerd? Eigenlijk nergens op. Door de nieuwe financiering gaat duidelijk worden dat de opnameduur van bijvoorbeeld dwarslaesiepatiënten in het ene revalidatiecentrum in Nederland korter is dan in het andere. Het wordt interessant om te zien waarom dat zo is.’

‘Niemand weet precies hoe een revalidatiepatiënt wordt behandeld’

Internationaal

Ook internationaal kan worden vergeleken. Zo worden mensen met een dwarslaesie in Melbourne, Australië, veel korter in het revalidatiecentrum opgenomen. In Nederland doen we er veel langer over, zonder dat duidelijk is of dit nu echt beter is. Dat zag fysiotherapeut Sacha van Langeveld van het Utrechtse revalidatiecentrum De Hoogstraat. Zij was in Australië voor haar promotieonderzoek naar classificatie voor paramedische dwarslaesiebehandelingen. Lijkt het veel therapeuten buitengewoon moeilijk om alle therapiehandelingen precies te omschrijven, Van Langeveld heeft er steeds op vertrouwd dat het kan. ‘Er is wel formelere taal nodig om misverstanden uit te sluiten. Zo heet een matoefening dan “handhaven en veranderen van houding”.’ Doel van haar onderzoek is het ontwikkelen van een classificatie waarmee de inhoud van dagelijkse behandelsessies van fysiotherapeuten, ergotherapeuten en bewegingsagogen met mensen met een dwarslaesie beschreven kan worden. Op het moment van het interview is Van Langeveld in het Noorse Trondheim, in het St. Olaf Ziekenhuis, om te toetsen of haar classificatie ook internationaal toepasbaar is. ‘Ik heb veel termen gebruikt van de ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health. Dit is een systeem waarin alle aspecten



Foto: Inge Hondelink / Locatie: Rijlands Revalidatie Centrum

van het menselijk functioneren zijn ondergebracht. Omdat therapieën zijn gericht op het menselijk functioneren, kun je die prima in de ICF onderbrengen. Hier in Noorwegen merk je bijvoorbeeld dat mensen die moeite hebben met Engelse termen de Noorse vertaling van het ICF-boek pakken, die staat hier gewoon op de plank.’

96 procent toepasbaar

Werkt de classificatie in de praktijk? ‘Jazeker’, zegt Van Langeveld. Tijdens een onderzoek naar de bruikbaarheid in drie revalidatiecentra – Sint Maartenskliniek, Rijndam en De Hoogstraat – bleek dat 96 procent van alle behandelonderdelen die therapeuten in de dwarslaesiebehandeling toepasten, kon worden vertaald naar de classificatie. Het bijhouden van de classificatie bleek, ook niet onbelangrijk, weinig tijd te kosten. ‘Revalidatietherapeuten voelen zich altijd druk. Die werken in grote teams, die voortdurend op elkaar moeten afstemmen. Er zijn veel handelingen en ook veel collega’s en revalidanten, en dus is er veel rompslomp. Dan ook nog eens extra energie steken in het bijhouden van alles wat je doet? De therapeut ziet alleen dat papiertje en voelt tegenzin. Als fysiotherapeut ken ik die kant. Maar als onderzoeker én als behandelaar die het beste wil voor revalidanten zeg ik dat classificeren absoluut nodig is. Het geeft alle betrokkenen – patiënten, behandelaars en verzekeraars – inzicht in de behandeling. Door echt onder de loep nemen wat je doet, kunnen therapeuten en teams beter reflecteren en daardoor behandelprogramma’s bijstellen, waar nodig.’

Volgend niveau

Van Langeveld probeert behandelaars die zij les geeft over de classificatie aan te zetten tot kritisch nadenken over een bepaalde aanpak. In Australië hebben collega’s zo door Nederlands voorbeeld gezien dat dwarslaesiepatiënten ook vaardigheden kunnen leren tijdens groepsbehandelingen. Op hun beurt leren Nederlanders van Australië dat dwarslaesiepatiënten misschien wel sneller thuis kunnen zijn. ‘Als behandelaars zien wat je kunt leren uit de gegevens die je verzamelt, worden ze enthousiast.’ De classificatie is inmiddels klaar voor gebruik. ‘Ik denk zeker dat hij ook inzetbaar kan zijn voor andere diagnosegroepen in de revalidatie. Voor nu zal de dwarslaesierevalidatie het voortouw moeten nemen. Hier ligt een kans om de behandeling naar een volgend niveau te brengen. Het zou heel goed zijn als we die kans ook grijpen.’

Van Langevelds classificatie heet de SCI-ICS (spinal cord injury-interventions classification system). Het systeem omvat drie niveaus: functies, basisactiviteiten en complexe activiteiten. Elk niveau heeft categorieën, in totaal 25. In elke categorie staan alle mogelijke behandelingen groepsgewijs onderverdeeld. De handleiding bestaat uit 55 pagina’s. Meer informatie vindt u op www.dehoogstraat.nl/classificatie_paramedische_dwarslaesie_interventies. De classificatie zal worden uitgegeven, maar bij het ter perse gaan van deze RM was nog niet bekend in welke vorm. Als u interesse hebt, kunt u contact opnemen met Sacha van Langeveld: s.v.langeveld@dehoogstraat.nl.

Van prototype naar revalidatie-instrument?

Technische innovaties kunnen de revalidatie drastisch verbeteren. Zes internationale teams van studenten bedachten revalidatie-instrumenten die mogelijk tot zo'n verbetering kunnen leiden.

• Door Jan Taco te Gussinklo

Technische vindingen kunnen een grote impact hebben en leiden tot een herontwerp van de zorg. Denk bijvoorbeeld aan het effect van zelfcontrole met glucosetrips op de diabeteszorg. Aan een gebruiksklare innovatie gaat een fase vooraf: de zoektocht naar een goed en werkbaar concept. Daarbij kan het vervaardigen van een prototype wenselijk zijn. Op deze fase richt de jaarlijkse ontwerpvoering E-GPR (European Global Product Realisation) zich, een initiatief van de Technische Universiteit Delft. Dit jaar was de opdrachtgever het Universitair Medisch Centrum Utrecht. De ontwerpvoering: 'Hoe kan technologie voor zorgop-afstand tot betere revalidatie leiden?' De internationale teams met studenten uit zes Europese landen werkten online samen; alleen voor de bouw van het prototype en de presentatie kwamen ze in juni een week lang samen in het UMC Utrecht.

Klinische interesse

Rutger van Merkerk is projectleider innovatie bij het Medisch Technisch Innovatie Centrum (MTIC) uit het UMC Utrecht: 'Deze instrumenten kunnen de zorg verbeteren: dichter bij huis brengen, doelmatiger en plezieriger maken en patiënten meer eigen regie geven. Het MTIC kan zeker ontwikkelaars en producenten vinden, maar dat lukt alleen als er voldoende klinische interesse is. Wij willen daarom graag horen van artsen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten of zij iets zien in de instrumenten of elementen daarvan. Misschien willen ze wel gaan werken met bepaalde instrumenten, en zo een bijdrage leveren aan doorontwikkeling van de prototypes.' Gemeenschappelijk element bij de instrumenten is het gebruik van sensoren en van een interface tussen sensoren en behandelaar of patiënt. Die technologie geeft nieuwe mogelijkheden.

Vier instrumenten

Vier van de zes ontwikkelde instrumenten zijn voor de lezers van RM met name van belang:

- Wristler werkt met een polsbrace op basis van een joystick en houdt bij welke polsoefeningen



iemand doet. Omdat gebruik wordt gemaakt van spelletjes, blijft het oefenen leuk.

- Balanced Walking maakt via druksensoren in voetzooltjes loopstoornissen zichtbaar voor de behandelaar. De patiënt wordt via LED-lampjes gewaarschuwd of de bewegingen wel of niet in balans zijn.
- Phoenix werkt met spelletjes en lijkt een beetje op een Wii. Met een camera worden bewegingen geregistreerd, via markers op het lichaam. De behandelaar kan hiermee een oefenschema instellen bij bijvoorbeeld chronische rugpijn.
- Posture registreert de houding van de rug via een polsband en waarschuwt de patiënt zodra die een verkeerde stand inneemt.

Maat en getal

Een van de betrokken revalidatieartsen uit het UMC Utrecht, dr. Herman Holtslag, geeft een reactie: 'Over dit unieke project en over de prototypes is veel te vertellen, maar in het algemeen kun je zeggen dat we hiermee een grote kwaliteitsslag kunnen maken. De instrumenten geven directe en indirecte feedback, en kunnen daarnaast het niveau van functioneren

van onze revalidanten in maat en getal weergeven. Hierdoor kan het effect van de behandeling eenvoudiger wetenschappelijk worden onderzocht en zo evidence-based worden. Een grote meerwaarde is dat de dokter via een interface de revalidatie op afstand kan volgen. Een heel mooi instrument vind ik bijvoorbeeld de Posture, die bij rugproblemen een korset kan vervangen en die de revalidant helpt om zelf actief een goede houding te bewaken. Ook voor druksensoren – zoals worden gebruikt bij de Balanced Walking en waarmee je belasting en belastbaarheid inzichtelijk kunt maken – zie ik veel kansen, bijvoorbeeld bij pijnrevalidatie en in prothesen. Ik hoop dat het revalidatieveld de mogelijkheden van deze instrumenten ziet en er ook gebruik van gaat maken.'

Informatie over de zes revalidatie-instrumenten staat op www.umcutrecht.nl/subsite/MTIC/lopende-projecten/revalidatie.htm. Uw reactie op de instrumenten is van harte welkom bij projectleider Rutger van Merkerk van het MTIC: 06 4776 2936, r.vanmerkerk@umcutrecht.nl.



‘Niet uitstellen en veel genieten!’

Foto: Inge Handbrink

Clem Bongers (70 jaar) werd tijdens zijn vakantie vier jaar geleden wakker met een zwaar gevoel in zijn benen. Gaat wel over, dacht hij nog. Maar binnen 24 uur was hij volledig verlamd. De diagnose: Guillan-Barré, een auto-immuunziekte die het afweersysteem aantast. • Door Anne Merkies

‘Het ging zo snel. Eerst dat zware gevoel in mijn benen, daarna kon ik ineens niet meer schrijven, totdat niks het meer deed. Binnen een dag was ik tot mijn nek verlamd. Paniek overheerste, ik dacht dat ik doodging. In het ziekenhuis kreeg ik meteen immunoglobuline toegediend, om de aanmaak van afweerstoffen te stoppen. De oorzaak was daarmee weg, maar het kwaad was geschied. Medicijnen voor genezing zijn er niet, het lichaam moet zelf zorgen voor het herstel van de beschadigde zenuwen. De enige behandeling is revalidatie om de spieren weer te leren gebruiken. De meeste mensen herstellen volledig; zo’n 20% houdt restverschijnselen. Ik had mijn leeftijd tegen, als je ouder bent gaat het herstel moeilijker.

Na een week ziekenhuis kon ik naar het revalidatiecentrum. Daar lag ik dan, overgeleverd aan de zorg van anderen. Die totale afhankelijkheid vond ik het allermoeilijkste. Ze zeggen dat alles went, maar volgens mij went dat nooit. Slapen lukte niet, want ’s nachts lag ik te piekeren over hoe het verder moest. Van de psycholoog kreeg ik de tip om dan in gedachten terug te gaan naar het moment dat ik ziek werd, en alles te herbeleven. Dat was een omslagpunt. Het piekeren werd minder en ik ging beter slapen. De eerste weken kwam alleen de fysiotherapeut om mijn vingers te bewegen, zodat ze niet verstijfden. En om mijn zenuwen te prikkelen, moest ik met mijn handen drie keer per dag tien seconden in een bak met ijs. Ik wist niet dat tien seconden zo lang duurden!

Na een paar weken ging ik oefenen met zitten. De eerste keren zakte ik als een baby in elkaar, maar na twee maanden kon ik een uur in een rolstoel zitten. Dat was geweldig, want toen kon ik naar de behandelaars toe in plaats van zij naar mij. Elk stapje betekende vooruitgang, en daarmee was ik zo blij. Bij ergotherapie ging ik met blokken aan de gang om mijn grove motoriek te stimuleren. Aquatherapie vond ik heerlijk; lekker in warm water oefeningen doen. Bewegen in water gaat zoveel makkelijker. Bij activiteitentherapie maakte ik mijn eerste mondschildering. Wat was ik toen trots! Ik kon weer iets. Wat ik moeilijk vond, was dat mijn relatie veranderde. Mijn partner Jac was ineens ziekenverzorger. Met hulp van een psycholoog leerden we om bij elke kleine vooruitgang weer een nieuw evenwicht te vinden.

Lang heb ik gedacht dat alles goed zou komen. Dat het niet zo is, heb ik inmiddels geaccepteerd. Mijn handen en voeten geven halverwege geen signalen meer door, waardoor ik wankel sta en mijn fijne motoriek niet goed is. Lang lopen, veters strikken of groente snijden, lukt bijvoorbeeld niet. Maar ik ben gelukkig met hoe ver ik ben gekomen. Zonder revalidatie was dit nooit gelukt, dankzij de therapeuten ging ik steeds weer een stap verder. Zij gaven mij het vertrouwen dat ik het kon. Door alles wat ik heb meegemaakt, ben ik veranderd. Ik leef nu meer bij de dag en maak me minder druk. Mijn onafhankelijkheid is niet langer vanzelfsprekend. Maar meer dan ooit besef ik: je moet niet uitstellen en veel genieten!’



‘Het zijn vaak moeilijke patiënten’

Christa Mugge, verpleegkundige op de dwarslaesieafdeling van Sophia Revalidatie in Den Haag: ‘Op de afdeling waar ik werk, verblijven relatief veel patiënten met een psychiatrische achtergrond, zoals persoonlijkheids- en gedragsstoornissen. Vanwege hun dwarslaesie kunnen zij niet worden opgenomen in een GGZ-instelling. De omgang met deze patiënten is regelmatig lastig voor ons, zeker omdat we niet speciaal zijn opgeleid om hen te begeleiden. Gelukkig kunnen we voor adviezen terecht bij onze eigen psycholoog en ook bij de consultatief psychiatrisch verpleegkundige en de psychiater van de Reinier de Graaf Groep in Delft, waar wij wekelijks overleg mee hebben. Met deze begeleiding zijn we in staat deze groep patiënten beter te ondersteunen en te begeleiden in het revalidatieproces. Hoewel deze patiënten veel tijd vergen, vind ik het leuk en boeiend om met hen te werken.’

Relatief veel klinische revalidanten kampen met een ernstig psychisch of psychiatrisch probleem. Daardoor verloopt de therapie bij hen minder voorspoedig en duurt een opname langer. Met een goed en gepast beleid blijkt het revalidatieproces vlotter te verlopen. • Door John Ekkelboom

Sneller herstel dankzij steun psychiatrie

Anne Martine van de Graaf is twaalf jaar GZ-psycholoog bij Sophia Revalidatie in Den Haag. Zij werkt nu op de klinische afdeling voor dwarslaesie-, MS- en CVA-patiënten. Een flink deel van deze revalidanten heeft volgens haar niet alleen lichamelijke stoornissen, maar is ook depressief, angstig of lijdt aan persoonlijkheidsstoornissen. Haar collega-psychologen die op de andere klinische afdelingen werken, kennen deze problematiek eveneens. Van de Graaf vertelt dat die psychische en psychiatrische problemen het revalidatieproces altijd negatief beïnvloeden. Ze herinnert zich dat in het verleden de behandelplannen regelmatig werden aangepast, omdat revalidanten niet wilden meewerken. Soms waren ze zo onhandelbaar dat opname in een GGZ-instelling noodzakelijk zou zijn, maar niet mogelijk gezien de lichamelijke beperkingen. 'Ook kwam het voor dat revalidanten behandelaars tegen elkaar uitspeelden, wat de sfeer op onze afdeling niet ten goede kwam. Dat vreet energie en bovendien is het vervelend voor de andere revalidanten.'

Nieuwe aanpak

Drie jaar geleden koos Sophia Revalidatie voor een nieuwe aanpak. Voortaan zou het centrum revalidanten vanaf binnenkomst onderzoeken op psychische en psychiatrische problemen en daarvoor direct behandelen. Structurele samenwerking tussen psycholoog, revalidatiearts en een consulterend psychiater stond hierbij centraal. Dit concept heeft inmiddels zijn effect bewezen. De afgelopen jaren is het aantal gedragsproblemen dankzij die vroege interventie sterk afgenomen, weet Van de Graaf. 'Om adequaat aan de slag te kunnen, vragen we alle gegevens – als die er zijn – op bij de GGZ en dragen we op onze beurt informatie over aan de GGZ om stagnatie te voorkomen. Depressies en verslavingen behandelen we meteen, zo nodig met medicijnen,

en ook psychiatrische behandelingen proberen we in gang te zetten. Vroeger werden dit soort aandoeningen meestal geparkeerd en was de aandacht vooral gericht op revalidatie.'

Psychologen emanciperen

Het denken in echelons, met als gevolg dat lichamelijke en psychische of psychiatrische aandoeningen onafhankelijk van elkaar worden behandeld, is volgens Maarten de Boo achterhaald. Hij is psychiater van de Reinier de Graaf Groep in Delft. Dit algemeen ziekenhuis detacheert hem voor acht uur per week bij Sophia Revalidatie. Ook De Boo pleit voor een geïntegreerde benadering en juicht het concept van het Haagse revalidatiecentrum toe. 'In veel revalidatiecentra is er wel een consultant-psychiater, maar die ziet vaak ad hoc de revalidanten, die hij dan diagnosticeert en behandelt. In Den Haag, en ook op de locatie Delft van Sophia Revalidatie, doen we dat anders. Ik ben een soort moderator van het behandelteam en probeer de psychologen te emanciperen en bij te scholen. Zo verzamel je GGZ-deskundigheid in de instelling.' Op cruciale momenten overlegt De Boo met de psycholoog en de revalidatiearts. Hij omschrijft ze als zijn ogen en oren. Hij motiveert hen en geeft uitleg over behandelingsmogelijkheden, maar het team maakt zelf het behandelplan. 'Dat moet wel volgens de CBO-richtlijnen gebeuren. Pas dan zie je dat angststoornissen, depressies en zelfs neuropsychiatrische stoornissen en persoonlijkheidsproblematiek aardig zijn te behandelen in een revalidatiecentrum. Het resultaat is betere uitkomsten voor patiënten en meer doelmatige zorg. Het komt nog maar zelden voor dat we een revalidant moeten doorverwijzen naar een acute opnameafdeling van de psychiatrie. Wel is nog regelmatig een psychiatrische nabehandeling nodig nadat de revalidatie is afgesloten.'

‘Het resultaat is betere uitkomsten voor patiënten en meer doelmatige zorg’

> Intermed

De Boo schat dat ruim 20 procent van de klinische revalidanten ernstige psychische en psychiatrische problemen hebben. Hij vindt het belangrijk dat die zo vroeg mogelijk worden onderkend en behandeld. Op dit moment loopt er in Sophia Revalidatie een pilot die moet aantonen wat hierbij de waarde is van complexiteitsdiagnostiek. Bij dit onderzoek maakt het centrum gebruik van Intermed, een internationaal meetinstrument dat is ontwikkeld door de Amsterdamse psychiater Frits Huysse. Enkele verpleegkundigen zullen in totaal vijftig nieuwe revalidanten uitgebreid ondervragen over hun voorgeschiedenis op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied en over hun ervaringen met de gezondheidszorg. Zo'n interview brengt per domein het zorgrisico naar boven. De verpleegkundige maakt hiermee een inschatting van de problemen die in de revalidatie zijn te verwachten en van de afstemming tussen de hulpverleners die nodig zal zijn. Van de Graaf: ‘Zo kunnen we proberen de belemmerende factoren op te heffen, zodat de revalidatiebehandeling optimaal kan verlopen. Na de pilot gaan we evalueren of deze methode meerwaarde heeft om te implementeren. Verder zal het onderzoek meer inzicht geven in de omvang van deze problematiek.’

Communicatie met omgeving

Dat de psychische en psychiatrische problematiek in revalidatiecentra toeneemt, staat voor Marc van Gestel vast. Hij is medisch directeur van Rijnlands Revalidatie Centrum in Leiden. Hij noemt verschillende verklaringen. Zo blijven mensen die ernstige trauma's oplopen, bijvoorbeeld door een verkeersongeval, dankzij de voortschrijdende technologie vaker in leven. In veel gevallen gaat dit gepaard met psychische problemen, zoals een depressie, blijvende gedragstoornissen of karakterverandering. Verder stelt de maatschappij steeds hogere eisen: ook dat kan leiden tot psychische problemen. En dan is er het gegeven dat mensen gemiddeld ouder worden, met als gevolg een toename van het aantal revalidanten met bijvoorbeeld Alzheimer of geheugenverlies, bij wie het revalidatieproces ook moeizamer verloopt. Volgens Van Gestel zijn alle revalidatiecentra in Nederland wel in mindere of meerdere mate ingesteld op revalidanten met psychische en psychiatrische problemen. Onderling worden ook veel gedachten en protocollen uitgewisseld. Maar hij weet dat vooral grotere centra, en zeker de centra die ook cognitieve revalidatie in hun programma hebben, meer ervaring hebben op dat gebied en zich er tevens beter op hebben



toegelegd. Rijnlands Revalidatie Centrum werkt eveneens nauw samen met een consultant-psychiater en probeert revalidanten zoveel mogelijk volgens de laatste inzichten van de wetenschap en de consensus daarover te begeleiden. Van Gestel: ‘Wat daarbij erg belangrijk is, is de communicatie met de naaste omgeving van de revalidant. Als die goed is, krijg je meer draagvlak voor de wijze waarop je iemand wilt behandelen. Een familie die achter je staat en tevreden is, heeft ook weer een positieve invloed op de revalidant.’

Fibromyalgie

Een groep die binnen het Leidse revalidatiecentrum eveneens nadrukkelijk psychologische aandacht krijgt, zijn mensen met chronische pijnklachten. Van Gestel vertelt dat deze patiënten een multidisciplinaire behandeling behoeven, waarbij het psychologische aspect niet mag ontbreken. Als voorbeeld noemt hij mensen met fibromyalgie, een ziekte die zich kenmerkt door chronische pijn door het hele lichaam. Veel van hen hebben een traumatische voorgeschiedenis. Ze zijn bijvoorbeeld seksueel misbruikt en voelen zich daardoor minderwaardig. ‘Ter compensatie proberen ze enorm te presteren om hun omgeving het naar de zin te maken’, zegt Van Gestel. ‘Op een gegeven moment overbelasten ze hun gehele motorische apparaat, wat kan leiden tot fibromyalgie. Bij de pijnbehandeling richten we ons dan ook niet zozeer op de pijn, maar op het evenwicht tussen willen en kunnen. Daar zit veel psychologie achter en daarom werken we nauw samen met de GGZ, waarmee we een behandelprogramma voor chronische pijn hebben opgezet.’

Vage scheidslijn

Twee jaar geleden zijn beide partijen bovendien begonnen met een gezamenlijke opleiding tot GGZ-psycholoog, die voor de helft in het revalidatiecentrum en voor de andere helft in de GGZ plaatsvindt. Volgens Van Gestel kunnen de instellingen zo van elkaars kennis en kunde leren. ‘Ook hebben we afspraken gemaakt wie wanneer de pijnpatiënten behandelt. Die scheidslijn is niet eenvoudig, maar als we merken dat de psychologische begeleiding het belangrijkste is, dan verwijzen we door. Andersom krijgen wij van de GGZ patiënten terug als het meer om een ergonomisch of fysiotherapeutisch probleem gaat. We hebben afgesproken elkaars patiënten direct over te nemen, zodat de behandeling ongestoord kan doorgaan. Door samen te werken met andere specialisten, kun je patiënten meerwaarde bieden.’

Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

Revalidant staat centraal

Door John Ekkelboom



Klinische revalidanten per jaar:
151 volwassenen en 43 kinderen

Poliklinische revalidanten per jaar:
1.166 volwassenen en 731 kinderen

Medewerkers: 310

Revalidatieartsen: 16

Vrijwilligers: 45

Bedden: 40 voor volwassenen,
7 voor kinderen, 12 semiklinische plaatsen

Klinische Revalidatiebehandeluren (RBU's)
per jaar: 21.937

Poliklinische Revalidatiebehandeluren (RBU's)
per jaar: 75.641

Een belangrijke mijlpaal in de geschiedenis van revalidatiecentrum **De Trappenberg** in Huizen was dat revalidanten vanaf het begin van de jaren tachtig nauw werden betrokken bij het behandelplan. Lily Heijnen, lid van de raad van bestuur en directeur patiëntenzorg, herinnert zich die beleidswijziging nog goed. Zij was daar toen net als revalidatiearts haar carrière begonnen. Voor die tijd moesten revalidanten gewoon doen wat de arts hen opdroeg. Dat was het beste. Maar dat inzicht veranderde, vertelt zij. 'Revalidanten, of hun ouders, kregen voortaan de vraag voorgelegd welk doel ze wensten te bereiken. Immers een boer heeft bijvoorbeeld andere wensen dan een boekhouder. Onze uitdaging was om maatwerk te leveren en als experts de nodige begeleiding te geven. Deze benadering, die altijd is vastgehouden en die je inmiddels in alle centra tegenkomt, was destijds vrij uniek.'

In dezelfde periode was De Trappenberg een van de eerste centra met een revalidantenraad, die de belangen van revalidanten ging behartigen. Bovendien streefde het centrum ernaar om die revalidanten zoveel mogelijk **poliklinisch** te behandelen. Door vanuit de eigen vertrouwde omgeving te revalideren, konden zij wat werd aangeleerd meteen in de praktijk toepassen. Deze lijn is in de loop der jaren doorgezet, waardoor het beddenaantal in De Trappenberg tot een minimum is gereduceerd. Klinische revalidatie gebeurt alleen als het echt niet anders kan.

De Trappenberg biedt alle vormen van revalidatie voor zowel volwassenen als kinderen, met uitzondering van dwarslaesiepatiënten. Die gaan naar

een van de acht centra die zich in deze doelgroep hebben gespecialiseerd. Van de volwassen klinische revalidanten in Huizen – in totaal gaat het om veertig bedden – is de helft opgenomen vanwege een beroerte. Heijnen zegt dat het centrum daarom extra aandacht besteedt aan deze aandoening. Als voorbeeld noemt ze de **neglectbehandeling**. 'Sommige mensen met een beroerte hebben een neglect, waarbij ze een deel van de ruimte om zich heen ongemerkt verwaarlozen. Met een nieuwe therapie van Pizzamiglio uit Italië trachten we hen weer van dat deel van de ruimte bewust te maken. Daarbij moeten ze zittend voor een groot scherm proberen de cijfers, die op willekeurige plaatsen na elkaar oplichten, te traceren.'

Begin 2007 is het middelgrote revalidatiecentrum in Huizen, dat ook drie locaties in Almere heeft, bestuurlijk gefuseerd met de Koepel Behandelcentra Chronisch Zieken. Tot deze KBCZ behoren het astmacentrum Heideheuvel in Hilversum en dat in het Zwitserse Davos. 'We zijn allemaal te klein om zelfstandig te overleven', noemt Heijnen als belangrijkste motivatie. 'Als we de handen ineenslaan, kunnen we veel efficiënter werken.' Maar de fusie blijft niet beperkt tot bestuurlijk niveau. Heideheuvel en De Trappenberg laten de komende jaren naast Tergooiziekenhuizen in Hilversum een gezamenlijk onderkomen bouwen, dat een vaste verbinding krijgt met het ziekenhuis. Heijnen: 'Het wordt één **geïntegreerd centrum** waarbinnen we werken met gespecialiseerde teams voor zowel longpatiënten als alle andere diagnosegroepen. Daarmee zijn we deels terug bij onze roots. In 1912 begon De Trappenberg namelijk als een kindersanatorium voor tbc-patiëntjes.'



Bijeenkomsten voor het netwerk

Foto: Inge Hondbrink

De verbinding versterken

Mensen hebben mensen nodig. Als iemand moet revalideren, is het sociale netwerk extra belangrijk: om goed door de revalidatie heen te komen en om de draad van het leven weer op te kunnen pakken. Bij De Vogellanden begonnen ze met bijeenkomsten voor het netwerk van revalidanten met niet-aangeboren hersenletsel. Een idee dat goed uitpakt en ook voor andere groepen toegepast kan worden.

Net als bij veel andere revalidatiecentra kreeg bij De Vogellanden de partner van mensen met niet-aangeboren hersenletsel informatie over de aandoening en adviezen voor het omgaan daarmee. Stilzwijgend gingen we er als revalidatieteam van uit dat de partner andere mensen uit het systeem zou informeren. We nodigden wel expliciet ook vrienden, burens en familieleden uit, maar we vonden dat te weinig gebruik werd gemaakt van die uitnodiging. Wanneer mensen wel met vragen naar ons toe kwamen, moesten we als behandelaars dezelfde tips en oefeningen steeds opnieuw doornemen. Daarom bedachten we een manier om meer mensen uit het netwerk nauwer te betrekken bij de revalidatie: de netwerkbijeenkomst. Voor zo'n bijeenkomst nodigen we het hele sociale netwerk van de revalidant uit.

Geen vaste doelen

Een netwerkbijeenkomst heeft geen vaste doelen. In overleg met de revalidant en een vertegenwoordiger uit het netwerk spreken we af hoe het programma eruit zal zien. Bepaalde punten komen vaak terug: informeren over de gevolgen van hersenletsel, vaardigheidstraining, delen van bezorgdheid en verdriet, afspreken van een verdeling in mantelzorg en meedenken over revalidatie-doelen. In een voorgesprek met een CVA-revalidante met afasie kwamen bijvoorbeeld de volgende vragen uit het netwerk naar voren: 'Ze woont alleen en gaat straks weer zelf koken. Lukt dat wel en vergeet ze niet het gas uit te doen? Kunnen wij misschien enkele zaken voor haar regelen in de keuken?' 'Ik raak gefrustreerd als ik met haar praat. Kunnen jullie tips geven?'

‘Een bijeenkomst heeft geen vaste doelen’

‘Ze wil weer aan het werk, maar op haar oude werkplek lukt dat niet. Kunnen we met elkaar brainstormen over andere mogelijkheden?’ De revalidante zelf wilde graag aan de orde stellen dat ze door de afasie vaak ongenueanceerder communiceert dan ze zou willen. Als ze aan de telefoon wil aangeven dat ze is uitgepraat, kan ze dat alleen door de hoorn op de haak te gooien. Ze wilde bespreken dat ze dat zelf ook naar vindt en dat het los staat van wat ze voelt voor familie en vrienden.

‘s Avonds

Bij iedere bijeenkomst zijn twee therapeuten aanwezig: welke, dat hangt af van de gekozen doelen. Omdat de meeste mensen overdag werken zijn de bijeenkomsten ‘s avonds, van half acht tot tien. Het prettige van de avond is ook dat er ruimte is om eventueel uit te lopen: overdag zijn de therapeuten strak ingepland. Het aantal deelnemers aan de bijeenkomsten varieert, we stellen als revalidatieteam geen beperkingen. Er zijn bijeenkomsten geweest met zes mensen, maar ook met 27 mensen. We spreken met de revalidant af of die wel of niet bij de bijeenkomst aanwezig zal zijn. Soms blijft iemand liever weg: ‘Laat ze maar praten zonder mij, anders gaan ze weer rekening met me houden.’ In afwezigheid van de revalidant kan het tempo ook wat omhoog. Maar soms is het juist een voordeel als de revalidant er wel bij is, bijvoorbeeld als je samen vaardigheden wilt oefenen. Meestal is één bijeenkomst voldoende, maar zo nodig wordt een tweede bijeenkomst gehouden.

Zorg delen

September 2008 begonnen we met de bijeenkomsten en het blijkt dat ze veel opleveren. Familie en vrienden vinden steun bij elkaar en zoeken na de bijeenkomst vaker contact met de therapeuten. De meest nabije persoon, meestal de partner, hoeft veel minder vragen van anderen te beantwoorden; iets wat mensen vaak helemaal niet gemakkelijk vinden. Er ontstaat een sfeer waarin zorg beter wordt gedeeld. De therapeuten krijgen door de bijeenkomsten informatie die ze kunnen gebruiken om de revalidatie te verbeteren. Doordat ze meer zicht krijgen op bijvoorbeeld kwaliteiten en liefhebberijen van een revalidant, kunnen ze de behandeling beter laten aansluiten bij de persoon. Mensen uit het netwerk voelen zich meer betrokken bij de behandeling en kunnen die ook ondersteunen. Als ze bijvoorbeeld communicatievaardigheden hebben geoefend, levert dat behalve een plezieriger contact ook veel extra oefentijd op voor de revalidant. Het team is dus enthousiast over de bijeenkomsten en gaat ze opnemen in het reguliere behandelaanbod. Het vraagt een investering in tijd, maar die win je ruimschoots terug, ook in klanttevredenheid en kwaliteit.

*Mariëlle Zwaga en Marga Verboom,
logopedisten De Vogellanden*

*Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de auteurs:
m.zwaga@vogellanden.nl; m.verboom@vogellanden.nl.*



Waardevol grensgebied

Tsja, dat grensgebied tussen geestelijke gezondheidszorg en revalidatie... Niemand zal het vreemd vinden dat revalidanten met zichzelf in de knoop zitten of depressief zijn door wat hen is gebeurd. Elke grote overgang in het leven, ook ziekte of een plotselinge handicap, kan samen gaan met tijdelijke chaos en sterke gemoedstoestanden. Dit zijn de donkere nachten van de ziel waar we vroeg of laat allemaal mee te maken krijgen – op wat voor manier dan ook. Ze kunnen leiden tot een fundamenteel andere kijk op het leven, nodigen ons uit te worden wie we werkelijk zijn. Het zijn niet zelden keerpunten waardoor we ons leven meer betekenis kunnen geven. Het revalidatiecentrum doet tegenwoordig meestal heus wel moeite om mensen – voor zover dat kan – door hun donkere nacht heen te helpen en ze bij te staan in hun natuurlijke ontwikkelingsproces. Maar het revalidatiecentrum vindt het eigenlijk ook wel lastig en vraagt zich af hoe de geest zo snel mogelijk kan herstellen, zodat de revalidatie van het lichaam weer stevig kan worden opgepakt. Maar waarom moet het lichaam op de troon gezet worden, en wordt de ziel tot zijn onderdaan gemaakt? De gedachte dat de geest revalidatie kan belemmeren bewijst dat we toe zijn aan een nieuw gezondheidspadigma; eentje dat ook ruimte biedt aan het spirituele en aandacht besteedt aan de volle reikwijdte van de band tussen zingeving, emotie en fysieke situatie. De ogenschijnlijke tegenwerking van de geest is ook een aanwijzing dat het niet loont om louter lichamelijk te behandelen, dat revalidatie misschien zelfs wel meer een innerlijke dan een uiterlijke zaak is. Het grensgebied tussen GGZ en revalidatie is er daarom een van ongekende mogelijkheden. Het nodigt uit tot het overboord gooien van een achterhaald mechanisch wereldbeeld, en dwingt tot het loslaten van het denken in lichaam of geest. Als we dit gebied met een open mind en hart betreden, maken we ruimte voor de diepgang van het menselijk bestaan.

Annemarie Postma

Minister Ab Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is een groot voorstander van zorgstandaarden. Maar wat is eigenlijk een zorgstandaard en wat moet de revalidatiesector ermee? De minister beantwoordt enkele vragen hierover. • Door Annelies van Lonkhuyzen

Wat doen we met de zorgstandaard?

Wat is een zorgstandaard?

‘Een zorgstandaard is een raamwerk op hoofdlijnen voor de behandeling van mensen met een bepaalde aandoening. De standaard beschrijft de norm, gebaseerd op richtlijnen en wetgeving, waaraan goede zorg zowel inhoudelijk als procesmatig minimaal moet voldoen. Dit maakt voor alle partijen in de markt inzichtelijk wat zij mogen verwachten in het behandeltraject. Zo bestaat er een zorgstandaard voor de behandeling van mensen met diabetes type 2, die het fundament is voor goede diabeteszorg in ons land.’

Wie stelt zo'n standaard vast?

‘Een zorgstandaard wordt ontwikkeld door zorgaanbieders, in nauwe samenwerking met patiëntenorganisaties. De standaard wordt gekoppeld aan een rechtspersoon, bij de diabeteszorg de Nederlandse Diabetes Federatie, waar zorgaanbieders en patiëntenorganisaties zichzelf aan verbinden. Doordat de aangesloten partijen met elkaar besluiten over de inhoud, ontstaat een gezamenlijke norm. Samen ontwikkelen ze de standaard en houden die actueel. Een zorgstandaard wordt vervolgens door het College voor zorgverzekeringen getoetst, om na te gaan of het om verzekerbare zorg gaat.’

Wat is het belang van zorgstandaarden?

‘Zorgstandaarden zijn belangrijk omdat de vraagkant er een duidelijke plaats in heeft. Belangrijk is ook dat een zorgstandaard functioneel is: er staat in wat er moet gebeuren, niet wie het moet doen. Dat bevordert een gezonde wedijver. De zorgstandaard is belangrijk voor de inhoud, en patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars weten waar ze aan toe zijn. Het is ook een maatlat om te bepalen of sprake is van goede zorg: belangrijk bij functionele bekostiging. Een zorgstandaard is bij uitstek het instrument om integrale zorg of ketenzorg mogelijk te maken: zorgaanbieders organiseren zich rond de patiënt. Dit leidt tot betere zorg, omdat zo complicaties – zoals amputaties bij diabetespatiënten – worden voorkomen.’

Wanneer worden zorgstandaarden actueel voor de revalidatiesector?

‘Het is de sector zelf die bepaalt of hij zich – samen met patiëntenorganisaties – inzet voor de ontwikkeling van zorgstandaarden voor de revalidatie. Ik vind het aan te raden, want je hebt daarmee meteen een norm voor goede revalidatie en een instrument voor de samenwerking met ketenpartners. De beweging die we nu waarnemen is dat zorgstandaarden worden ontwikkeld voor chronische aandoeningen, zoals COPD, hartfalen of obesitas. Er zijn ook gesprekken gaande over een zorgstandaard voor CVA. Het is een positieve ontwikkeling, omdat daardoor integrale zorg steeds meer van de grond komt. De financiering wordt daarop afgestemd, dus ontstaat meer ontschotting. Het zou goed zijn als ook voor andere groepen in de revalidatie – denk bijvoorbeeld aan mensen met een amputatie of dwarslaesie – zorgpaden worden ontwikkeld. Belangrijk is in ieder geval dat aansluiting wordt gezocht bij het platform van ZonMw voor zorgstandaarden, zodat een goede, uniforme opzet is gewaarborgd.’

Is er iets te zeggen over het effect dat zorgstandaarden gaan hebben?

‘Dat is nu nog moeilijk te zeggen, het hangt ervan af hoe partijen in de zorg er zelf mee omgaan. Het kan goed zijn dat de revalidatie wordt meegenomen in de zorgstandaarden die worden ontwikkeld voor chronische aandoeningen en handicaps. Dan zou de sector bijvoorbeeld revalidatiemodules kunnen ontwikkelen die in de zorgstandaard worden gehangen. Het is ook mogelijk dat zorgstandaarden ertoe leiden dat zorgprocessen in de toekomst in hun geheel tegen één prijs gecontracteerd en bekostigd worden. De aanbieders die deze programma's uitvoeren zouden dan geen afzonderlijke verrichtingen meer declareren, maar uit het overeengekomen budget worden bekostigd. Omdat zorgstandaarden functioneel zijn, vallen compartimenten tussen eerste en tweede lijn of AWBZ en WMO weg. De zorgverzekeraar kan dus vanuit verschillende potten declareren. Er zijn allerlei scenario's denkbaar. De revalidatiesector doet er goed aan de ontwikkelingen nauwlettend te volgen en actief mee te werken aan het verder versterken van de ketenzorg. Ook het goed definiëren van de eigen plek in de keten en de functies die de sector kan vervullen, verdient alle aandacht.’



‘Zorgaanbieders organiseren zich rond de patiënt’

WAT IS WAT?

Er zijn nogal wat termen in omloop die iets vastleggen over de behandeling. Binnen de revalidatie:

- *Behandelkaders* worden gemaakt door de vereniging van revalidatieartsen (VRA) en geven per diagnosegroep weer wat de mogelijkheden en vereisten zijn voor revalidatiebehandeling. Het is dus een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling.
- *Richtlijnen* geven inhoudelijk richting aan de revalidatiebehandeling van een diagnosegroep. Ze leggen vast hoe op een bepaald moment de behandeling er in grote lijnen uit zou moeten zien, op grond van het beschikbare wetenschappelijk bewijs.
- *Behandelprogramma's* worden gemaakt door individuele revalidatieinstellingen en beschrijven de precieze inhoud van de behandeling. Ze kunnen een uitwerking zijn van richtlijnen.

Breder binnen de zorg:

- *Zorgpaden* beschrijven hoe de zorg aan een bepaalde diagnosegroep is geregeld. In een zorgpad worden de taken van verschillende soorten

zorgverleners – huisarts, ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum, thuiszorginstelling, enzovoort – beschreven. Zo ontstaat een goede afstemming. Een zorgpad gaat over ‘wie’ en ‘waar’; een zorgstandaard gaat ook over ‘wat’.

BIJVOORBEELD: DE ZORGSTANDAARD VOOR DIABETES

In de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) hebben mensen met diabetes, zorgverleners en wetenschappers zich verenigd. Gezamenlijk hebben zij de NDF Zorgstandaard opgesteld; de eerste versie verscheen in 2003. In de standaard wordt geschetst uit welke onderdelen goede diabeteszorg bestaat en binnen welk organisatorisch kader de zorg moet plaatsvinden. Het gaat hierbij om preventie, tijdige opsporing en behandeling. Door de zorgstandaard is een hele beweging op gang gekomen, waarbij de ketenzorg sterk is verbeterd. Er is transparantie ontstaan, ook over de financiering van de zorg, en de kwaliteit van de zorg is verbeterd. Het gevolg: meer beschikbaarheid van goede zorg voor iedereen. Informatie staat op www.diabetesfederatie.nl.

Adem- en ontspanningstherapie: een vak apart!

Ontspanningsinstructies en adem oefeningen zijn wijd verbreid in de revalidatie: ze zijn opgenomen in behandelprotocollen en worden door verschillende disciplines toegepast. Soms is het een specialisatie van een of meer behandelaren, maar vaker worden ontspanningsoefeningen gezien als eenvoudige oefeningen die deel uitmaken van het reguliere werk van de paramedicus of psychosociaal begeleider. Door ontspanning er op deze manier 'bij te doen', wordt naar onze mening de potentie van spanningsregulatie maar ten dele benut. Het voordeel voor de patiënt zal veel groter zijn wanneer adem- en ontspanningstherapie (AOT) als volwaardige discipline een rol speelt in de behandeling.

Het hoofddoel van AOT is zelfregulatie van spanning, ofwel het leren omgaan met je interne spanning. De adem- en ontspanningstherapeut heeft hiervoor een groot repertoire aan technieken tot zijn beschikking, en heeft geleerd de keuze steeds opnieuw af te stemmen op de respons van de individuele patiënt. Er zijn instructies voor aandacht, beweging en ademhaling, en er zijn zachte manuele technieken. Door dit soort interventies doet de patiënt nieuwe ervaringen van ontspanning op. Vervolgens wordt de betekenis hiervan in een gesprek verhelderd. AOT vraagt bijna altijd om een proces van cognitieve herstructurering ten aanzien van de invloed van spanning en ontspanning op het eigen functioneren. Vanwege het dubbele karakter van instructie en begeleiding is de gangbare behandel tijd van een half uur vervangen door een behandel tijd van drie kwartier tot een uur. Ook zijn er specifieke vereisten voor de behan-

delruimte. De behandeling kan individueel of groepsgewijs gebeuren.

De AOT'er denkt mee met de arts en helpt de achtergrond van klachten te differentiëren. Klachten als benauwdheid, vermoeidheid en concentratieverlies kunnen immers het gevolg zijn van een aandoening, maar ook van onnodige of dysfunctionele spanning. AOT is gericht op verminderen van dysfunctionele spanning en kan dus ook begonnen worden zonder probleemanalyse en behandel doelen. Door in een proefbehandeling van vier sessies een ingang te zoeken voor ontspanningservaringen, is in korte

bleef en niet reageerde op de behandeling. Door individuele AOT kreeg ze echt rust, herstelde de vermoeidheid en kon de revalidatie in korte tijd afgerond worden. Een man met een congestieve cardiomyopathie die op geen van de behandelingen goed reageerde, ondervond een keerpunt nadat de individuele AOT hem geleerd had de spanning in zichzelf te zoeken en beïnvloeden.

Er is een register van gecertificeerde adem- en ontspanningstherapeuten, een beroepsopleiding en een beroepsvereniging. Deze therapeuten werken in de eerste lijn, maar ook in ziekenhuizen en

'De potentie van spanningsregulatie wordt nog maar ten dele benut'

tijd een inschatting te maken van het aandeel van dysfunctionele spanning in de klachten. Dit verheldert de problematiek en helpt bij de keuze van een vervolgprogramma. De revalidatiearts kan dus AOT inzetten vanwege de differentiërende functie.

Ook in de behandeling kan AOT een goede functie hebben. Dysfunctionele spanning kan het herstelproces bemoeilijken en vertragen. Wanneer deze spanning door AOT vermindert, komt de revalidatie weer vlot. Therapieën slaan vaak pas goed aan als de zelfregulatie van spanning voldoende is. Dan staat de patiënt open voor verandering en neemt de efficiëntie van de multidisciplinaire revalidatiebehandeling toe. Zo zagen we een vrouw die na CVA zeer vermoeid

revalidatiecentra. Zij hebben diverse beroepsachtergronden en functioneren vaak noodgedwongen binnen de structuur van dat beroep, waardoor de AOT niet tot zijn recht komt. In de revalidatiesector zou de kwaliteit van adem- en ontspanningstherapie een belangrijk aandachtspunt moeten zijn. AOT als een aparte discipline kan de potentie van spanningsregulatie echt benutten. De behandel efficiëntie zou toenemen en de behandelkosten van de gehele revalidatie zouden afnemen.

*Jan van Dixhoorn,
arts, ademtherapeut en onderzoeker*

*Gerard van Holland,
fysio-, adem- en ontspanningstherapeut*

Liesbeth Boyce

Door Kitty Rotteveel

WERK > KLINISCH LINGUÏST BIJ HET RIJNLANDS REVALIDATIE CENTRUM (RRC), WERKT OOK ALS LOGOPEDIST **LEEFTIJD** > 35 JAAR

PRIVÉ > GETROUWD, TWEE ZOONTJES **GROOTSTE HOBBY** > BUITEN ZIJN, FIETSEN EN WANDELEN **HEKEL AAN** > ASOCIAAL GEDRAG

Wat doe je precies voor werk?

‘Ik doe uitgebreid taalonderzoek naar de onderliggende oorzaak bij taalproblemen. Verreweg de meeste revalidanten die ik zie, hebben afasie na een CVA. Ik kijk naar de klanken, de woorden en de zinnen die iemand maakt. Kan iemand niet op woorden komen, maakt hij of zij rommelige zinnen met woorden in de verkeerde volgorde? Taal vraagt om ingewikkelde processen in de hersenen; daarbij kunnen veel verschillende dingen misgaan. Ik ontdek bijvoorbeeld dat iemand moeite heeft met abstracte begrippen. Of dat iemand de actieve zin “de man kust de vrouw” makkelijker begrijpt dan de passieve zin “de man wordt door de vrouw gekust”. Als je eenmaal weet waar het probleem zit, kun je heel gericht behandelen. Het behandelen gebeurt door de logopedist, op basis van mijn advies.’

De samenwerking met de logopedist is dus erg belangrijk?

‘Ja! Als de logopedist vastloopt in de behandeling, of als niet duidelijk is wat nu precies het probleem is, kan ik als klinisch linguïst beter uitzoeken wat er aan de hand is. Met de neuropsycholoog werk ik eveneens veel samen. Neuropsychologisch onderzoek kijkt naar zaken als concentratie, geheugen, visuele en auditieve perceptie. Veel van de testjes zijn gebaseerd op onthouden en herkennen van plaatjes, figuren afmaken of herkennen. De instructies worden vaak mondeling gegeven, maar bij mensen met forse afasie doen we onderzoek waarin zo min mogelijk taal wordt gebruikt. Het komt ook voor dat de neuropsycholoog wil weten of een probleem talig of cognitief is. Want het kan bijvoorbeeld lijken alsof iemand geheugenproblemen



Liesbeth Boyce (midden) en logopedist Daniëlle van der Plas bespreken met revalidant Ben van Gelder de uitkomsten van linguïstisch onderzoek

heeft, terwijl eigenlijk op taalgebied van alles mis gaat en het geheugen helemaal niet zo slecht is.’

Lang niet ieder revalidatiecentrum heeft een klinisch linguïst, wat vind je daarvan?

‘Ik denk dat het goed zou zijn als overal een klinisch linguïst zou werken. Door tests weet je zeker waar het probleem zit en daarmee voorkom je onnodige behandelsessies. Daarnaast kun je goed gefundeerde adviezen geven aan de familie over hun taalgebruik. Je voorkomt ook het risico dat de behandeling onvoldoende effect heeft en je kunt verder komen in de behandeling. Stel bijvoorbeeld dat uit een analyse van de spontane taal blijkt dat iemand maar een paar werkwoorden gebruikt. Dat hoeft helemaal niet erg te zijn, maar als iemand weer aan het werk gaat kan het wel nodig zijn om meer nuances

aan te geven. Denk aan het werkwoord lopen: wandelen, slenteren, paraderen betekenen ongeveer hetzelfde, maar niet helemaal. Je kunt dan werken aan een grotere diversiteit aan werkwoorden.’

Wat maakt je werk leuk voor jou?

‘Het gepuzzel, het uitpluizen! Het is heerlijk om uit te zoeken waarom iets wel gaat, of juist niet. Ik werk ook als logopedist, en daar zit ik dichterbij de resultaten van de behandeling. De combinatie van taken maakt mijn werk óók heel leuk! Als we met het team van revalidatiearts, logopedist en klinisch linguïst iemand weer aan het praten krijgen, is dat echt fantastisch. Het hoeft niet altijd mooi en vloeiend; ook met het kunnen uitspreken van korte zinnen kan iemands leven al zoveel fijner worden.’