

RM

REVALIDATIE MAGAZINE
jaargang 14 nummer 4 november 2008

Revalideren: wat levert het op?

- > Opbrengst revalidatie in kaart gebracht > Oud-revalidanten aan het woord
- > Een dag revalideren in beeld > Aandacht voor Revalidatie Nederland
- > Resultaten van tien jaar onderzoek > Innovatie creëert bestaansrecht

inhoud

RM⁴⁻⁰⁸

Revalidatie Nederland viert het veertigjarig bestaan met een symposium op 13 november 2008. Tijdens dit symposium worden de resultaten gepresenteerd van een groot onderzoek naar de opbrengst van revalidatie. Daarbij is ook gekeken naar het belang van innovatie. Dit nummer van RM besteedt aandacht aan deze thema's. Ook wordt gekeken naar de rol van Revalidatie Nederland.

6> Berichten

7> Innovatie creëert bestaansrecht

10> Tien jaar onderzoek

15> De branchevereniging

20> Het standpunt

21> Het werk

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



'Niets gaat meer zoals het ging'

Revalidatie Nederland bundelde achttien verhalen van oud-revalidanten. In deze RM vindt u twee van die verhalen: Melanie Peterman (pagina 4) en Peter de Graaf (pagina 18).

• Annelies van Lonkhuyzen

'Ik wil alles eruit halen wat erin zit'

Revalideren: hoe is dat eigenlijk? RM keek een dag mee met Erdal Armut, die het aan den lijve ondervindt.

- Inge Hondebrink, Anne Merkies



Opbrengst van revalidatie in kaart gebracht

Revalidatie Nederland liet onderzoek doen.

• John Ekkelboom

Over de opbrengst

RM vroeg enkele mensen van buiten de revalidatiesector om een reactie op het onderzoek.

• Adri Bolt



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 (hoofddirecteur, Raad van Bestuur Rijlands Revalidatie Centrum) • John Ekkelboom (journalistiek adviseur) • Drs. Annelies van Lonkhuyzen (eindredacteur) • Sjoerd Vegter MHA (hoofddirecteur, Raad van Bestuur De Trappenberg) **Raad van Advies** Prof.dr. Hans Arendzen (hoofd afdeling revalidatiegeneeskunde Leids Universitair Medisch Centrum) • Drs. Chiel Bos (directeur Zorg Verzekerings Nederland) • Gijbets van Es (lid hoofddirectie NRC) • Drs. Henk van Exel (cardioloog Rijlands 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. Hans Sloomman (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 • **Abonnementsprijs** Jaarabonnement particulieren € 31,50 • Jaarabonnement Instellingen € 63,- • 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 vermenigvuldigen 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 BV, 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

Haar kans om te overleven was zeer klein, maar ze overleefde. Wel mét een dwarslaesie. De eerste tijd was ze alleen blij dat ze er nog was, maar toen moest ze toch echt de confrontatie met haar handicap aan. • Door Annelies van Lonkhuyzen

Melanie Peterman

'Niets gaat meer zoals het ging'

Het begon met een moedervlek op haar rug die moest worden weggehaald. Het bleek een kwaadaardig melanoom. Een lymfeklier werd verwijderd en na onderzoek daarvan kreeg Melanie Peterman (1968) te horen dat er geen gevaar was voor uitzaaiingen. Ze ging weer aan het werk als banquet-salesmanager in een hotel. Omdat ze minimaal vijftig uur per week werkte, vond ze het niet vreemd dat ze moe was en last had van haar rug. Totdat haar klachten in korte tijd erg toenamen en ze in het ziekenhuis te horen kreeg dat er een tumor zat bij haar ruggengraat. De tumor werd verwijderd, maar er werden drie uitzaaiingen gevonden. 'De dokters vertelden dat er tien tot vijftien procent kans was dat een behandeling zou aanslaan. Ze zeiden: "Zou je niet liever een paar maanden nog iets leuks gaan doen?"' Het was 2002, Melanie was 34 jaar.

Ondanks de slechte vooruitzichten wist Melanie dat ze ervoor wilde vechten: 'Ik was nog helemaal niet van plan om van deze planeet te vertrekken. Alles in mij zei ook dat ik het zou redden.' Om de heftige behandeling met bestraling en chemotherapie aan te kunnen, ging zij bij haar ouders wonen. 'Op een gegeven moment ging ik slechter lopen. Niemand kon een verklaring geven, het was alleen wel duidelijk dat het niet door een tumor kwam.' En toen zakte ze op een dag door haar benen; de dwarslaesie was een feit. Omdat verzorging thuis niet meer ging, volgden drie maanden ziekenhuis. Er moesten nog drie tumoren worden verwijderd, maar dat liep vertraging op vanwege een hersenvliesontsteking: 'Dat was bizar. Iedereen was bang om me aan kanker te verliezen en nu bedreigde opeens dit mijn leven. Zelf kreeg ik er niet veel van mee, ik was ziek en liet het over me heen komen.'

Na de eerste twee operaties krabbelde Melanie een beetje op en in maart 2003 kon ze van het ziekenhuis door naar het revalidatiecentrum. 'Ik was nog aan het herstellen, maar ik kon toch al dingen gaan leren: in een rolstoel rijden, zelf katheteriseren en douchen. Ik wist natuurlijk totaal niet hoe je kunt leven met een lijf met een dwarslaesie. In het revalidatiecentrum had ik een heel goed team om me heen, dat het fijn vond dat ik mondig was en kon aangeven wat ik wilde of nodig had. In teambesprekingen werd de behandeling afgestemd. Ik hoefde daardoor niet steeds opnieuw uit te leggen wat ik wilde en waarom, en iedereen kon werken aan hetzelfde doel. Als ik bijvoorbeeld mijn mobiliteit wilde verbeteren, werd afgesproken wat de verpleging daaraan ging doen, en ook de ergotherapeut en de fysiotherapeut. Het gaf me het gevoel dat iedereen met mij dezelfde kant op ging.'

Na negen maanden kon Melanie naar huis, naar de aangepaste woning die inmiddels was geregeld. 'Eigenlijk was het de bedoeling dat ik drie maanden zou revalideren om het hoogstnodige te leren, omdat nog steeds werd verwacht dat ik binnen korte tijd zou overlijden. Maar het ging steeds beter met me en alle uitslagen waren goed, dus zag ik ook steeds weer een nieuwe uitdaging.' De eerste tijd thuis was het wennen. In het revalidatiecentrum functioneerde ze met gemak, maar met een handicap in de samenleving functioneren is toch heel wat anders. 'Mijn energie was beperkt, want mijn lichaam had een opdonder gehad. En je moet ontdekken hoe je het allemaal moet doen en hoe lang dingen duren, want niets in je leven gaat meer zoals het ging. Even snel bestaat ook niet meer, daar moet je op ingesteld raken.' Maar die eerste tijd was Melanie toch vooral aan het genieten: 'Ik leefde met



de vreugde dat ik er nog was. Elke ochtend werd ik wakker en dacht ik: “Ik mag vandaag weer!” Ik deed ook vooral dingen die ik fijn vind: eropuit met vrienden en familie naar het park of een terras, een mooi boek lezen.’

‘Shit, nu heb ik misschien een toekomst...’

Maar toen het goed bleef gaan met haar gezondheid, veranderde haar perspectief. ‘Na een jaar of twee ging ik me realiseren: “Shit, nu heb ik misschien een toekomst, maar wat moet ik daar in godsnaam mee? Want ik moet het wel doen met dit lichaam en deze beperkingen, en zo leuk vind ik dat niet.” Het was erg moeilijk, dus heb ik het revalidatiecentrum om mentale ondersteuning gevraagd. Die heb ik gekregen en dat heeft me geholpen om het voor mezelf weer op een rijtje te krijgen. Het is heel belangrijk dat je ook na de revalidatie gespecialiseerde steun kunt krijgen. Want als je klaar bent met revalideren, gaan veel dingen pas beginnen. Je kan in situaties komen waarvan je niet weet hoe je die kunt doorbreken. Bij het revalidatiecentrum vind je dan mensen die weten waar het over gaat en wat het leven met een dwarslaesie met zich meebrengt.’

‘Revalidatiezorg is zo goed omdat het zich richt op alle levensgebieden: wonen, werken, welbevinden, sociale contacten, enzovoort. Het terugkrijgen van functies is daarbij een belangrijk onderdeel. Natuurlijk maakt het uit wat je wel of niet kan, maar het gaat ook om het terugwinnen van eigen-

waarde, om het herwaarderen van jezelf en je leven. Dat vraagt om ruimte om te ontdekken wat je nog wel kunt en wat je wilt. Nu er steeds minder geld is in de zorg, maak ik me daar wel zorgen over. Ik zit in de cliëntenraad van het revalidatiecentrum, en ik zie dat ze hier heel goed mee omgaan: toch nazorg geven, toch innoveren. Maar het is een spagaat, want de zorg aan revalidanten mag er niet onder lijden.’

‘Goede revalidatie, zowel fysiek als mentaal, is een investering waarmee je mensen de kans biedt om weer deel te nemen aan de maatschappij. Het is aan het revalidatiecentrum te danken dat ik een goed en volwaardig leven kan leiden, dat ik zelfstandig kan wonen, dat ik actief kan zijn in vrijwilligerswerk, mijn steentje kan bijdragen. Ik ben nu veel meer op mijn gemak met mezelf en met mijn lichaam, ik ben beter in balans en voel me sterk. Ik merk dat ik gegroeid ben in de dingen die ik doe en dat er tijd en energie vrijkomt om te kijken of ik nog verder kan komen, bijvoorbeeld op het gebied van werk. Maar verder komen lukt alleen met de juiste steun en ruimte.’

Dit verhaal is afkomstig uit de bundel ‘Perspectief.’ Na een openingsinterview met oud-ambassadeur Onbeperkt Nederland Reni de Boer komen achttien oud-revalidanten aan het woord, die vertellen over hun ervaringen met revalideren. Op deze manier wil Revalidatie Nederland een indruk geven van de opbrengst van revalidatie op persoonlijk niveau. Samen vormen de verhalen het micro-onderzoek van Revalidatie Nederland (zie ook pagina 13). Meer informatie vindt u op www.revalidatienederland.nl.

Geef uw mening over RM!

Wat vindt u van *Revalidatie Magazine*? Geeft het blad de informatie die u zoekt? Is het aantrekkelijk? Wat is goed en wat kan beter? Twee jaar nadat *RM* een andere opzet kreeg, met onder andere kleurendruk en meer journalistieke artikelen, wil de redactie graag weten hoe het de lezers bevalt. Het invullen van de vragenlijst kost maar een paar minuten; uw mening wordt zeer op prijs gesteld! Ga naar www.revalidatienederland.nl, knoppen 'Actueel' en 'Revalidatie Magazine'.

Nieuwe voorzitter Revalidatie Nederland



Per 1 januari 2009 neemt ir. Kick Visser na zes jaar afscheid als voorzitter van Revalidatie Nederland. Hij wordt opgevolgd door mr. Paula Swenker. Zij zit namens de VVD in de Eerste Kamer en

heeft veel ervaring in de zorgsector, onder meer als ziekenhuisdirecteur en directeur zorg van Zorgverzekeraars Nederland.

Fase 5 loopt

Sinds september loopt fase 5 in de realisatie van het Revalidatie EPD. In deze fase wordt de basisversie van het Revalidatie EPD uitgebreid getest binnen drie pilot-instellingen. Behandelaars en verplegenden gebruiken naast hun bestaande verslaglegging het Revalidatie EPD. In drie maanden tijd wordt hierdoor duidelijk hoe het Revalidatie EPD in de praktijk werkt. Problemen die aan het licht komen, worden opgelost. In februari 2009 komt versie 1.0 van het Revalidatie EPD beschikbaar voor de hele revalidatiesector.

Revalidatie EPD
Elektronisch Patiëntendossier

Per januari een feit: DBC's

Alle Nederlandse revalidatie-instellingen gaan per 1 januari 2009 werken met DBC's (diagnose-behandelcombinaties). Hiermee vervalt het systeem van RBU's (revalidatiebehandeluren) voor de financiering van de revalidatiezorg. Op 1 oktober jl. is dit besloten door de Nederlandse Zorgautoriteit. Het invoeren van de DBC's past bij het streven van de overheid om gereguleerde marktwerking in te voeren, met meer prestatie-gerichte bekostiging in de gezondheidszorg. De eerste tijd zal sprake zijn van door de overheid vastgestelde DBC-prijzen. Mogelijk is binnen enkele jaren sprake van vrije prijsvorming, waarbij zorgverzekeraars en revalidatie-instellingen onderhandelen over prijs en inhoud van een

DBC. Dan is sprake van echte marktwerking. Om te kunnen komen tot een producttypering voor de revalidatie-DBC's, hielden duizenden medewerkers van revalidatiecentra en revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen een registratie bij van hun werkzaamheden. De komende tijd zullen instellingen werken aan het invoeren van de DBC's. Om ze daarbij te ondersteunen organiseren Revalidatie Nederland en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, in samenwerking met DBC Onderhoud en ICT-leveranciers, in het laatste kwartaal van 2008 enkele informatiebijeenkomsten. Meer informatie is te vinden op www.revalidatienederland.nl en www.dbconderhoud.nl.

Boek en symposium over seksualiteit



De laatste jaren is er in de revalidatie al duidelijk meer aandacht voor seksualiteit, maar het blijft een beladen onderwerp waar vaak met moeite over wordt gesproken. Op 9 september 2008 werd in Amersfoort een congres gehouden over seksualiteit en ziekte of beperking. Ruim 300 mensen,

onder wie velen uit de revalidatiewereld, waren hierbij aanwezig. Aan het eind van de dag werd een boek over het onderwerp gepresenteerd, onder redactie van Woet Gianotten, Greet Meihuizen en Nel van Son: *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*. Henk Smid, directeur van ZonMw, reikte het eerste exemplaar uit aan publicist Karin Spaink. Uit haar lezing: 'Het is alsof alles in één keer goedge maakt en rechtgezet moest worden, alsof alle teksten, alle informatie die elders mist, verzwegen, weggeschaamd of bijna onmerkbaar tussen neus en lippen door gelispeld wordt, nu is vergaard en geordend. [...] Het is een prachtig en bitter noodzakelijk boek. Intimiteit en seksualiteit worden immers zo zelden besproken als het gaat om medische condities en om lichamen die niet helemaal goed werken. Artsen denken al snel dat het hun vak niet is en realiseren zich vaak onvoldoende dat

niet alleen een ziekte, maar ook hun eigen therapeutische interventies gevolgen kunnen hebben voor iemands seksuele functioneren en beleving.' De complete tekst van de lezing staat op <http://www.spaink.net/2008/09/10/mensen-met-makke/>; informatie over het boek staat op www.vangorcum.nl.

PROMOTIES EN BENOEMINGEN

- > VUmc, Amsterdam. Op 3 juli 2008 promoveerde Jasper den Boer, fysiotherapeut, op het proefschrift *Predicting disability, pain and work capacity after surgery for lumbosacral radicular syndrome*.
- > Per 1 oktober 2008 nam drs. ing. Evert van Amerongen afscheid als directeur van revalidatiecentrum De Hoogstraat. Hij is opgevolgd door drs. Rob Beuse, voorheen algemeen directeur van het Jan van Breemen Instituut in Amsterdam.
- > Erasmus MC, Rotterdam. Op 22 oktober 2008 promoveerde Wim Janssen, revalidatiearts, op het proefschrift *The sit-to-stand movement: recovery after stroke and objective assessment*.
- > Erasmus MC, Rotterdam. Op 5 november 2008 promoveerde Laurien Buffart, bewegingswetenschapper, op het proefschrift *Physical activity and fitness in adolescents and young adults with myelomeningocele*.
- > Erasmus MC, Rotterdam. Op 11 december 2008 promoveert M.B. van Baalen, psycholoog, op het proefschrift *Clinimetrics and functional outcome one year after traumatic brain injury*.



Innovatie creëert bestaansrecht

Een spectaculaire inhaalslag op gebied van innovatie en onderzoek is gaande in de revalidatiesector. De sector is doordrongen van het belang van innovatie, stelt emeritus hoogleraar revalidatiegeneeskunde Arie Prevo, voorzitter van de commissie van het IJe Programma Revalidatieonderzoek. • Door Inez Pelgröm

Innovatie is een voortdurend proces. Nieuwe technieken en nieuwe patiëntengroepen blijven komen en dingen die vroeger niet konden, zijn door de stand van de techniek en wetenschap nu wel mogelijk. 'Maar als je wilt innoveren, moet je kennis en middelen in huis hebben', vertelt Prevo. Daar bleef de sector steken. Tien jaar geleden waren er nauwelijks samenwerkingsovereenkomsten tussen de revalidatiecentra en universitaire afdelingen. Bovendien waren er te weinig middelen om onderzoek te financieren. 'De overheid raakte overtuigd van de achterstand in revalidatieonderzoek en de sector beseftte dat onderlinge afstemming nodig was', kijkt hij terug. 'We waren eraan toe; alle condities waren goed.' De opbrengst van het Stimuleringsprogramma Revalidatieonderzoek (zie ook pagina 10) is het klinkende resultaat.

Basis

Met het stimuleringsprogramma is de infrastructuur verbeterd en is het niveau van onderzoek flink opgevijseld. Hiermee is een goede basis gelegd voor innovatie in de toekomst. 'Het is de centra bijvoorbeeld heel goed gelukt om samenwerkingsverbanden met de faculteiten op te zetten. Daarin schuilt een belangrijke succesfactor. Revalidatiecentra en universiteiten moeten het samen doen.' Nu, in het tweede programma, wordt de onderzoeksvraag meer afgestemd op de klinische praktijk. Prevo: 'De formule van programmatische opzet bevalt goed.' Omdat de werkwijze zo goed heeft uitgepakt, heeft het de aandacht van andere sectoren en zelfs vanuit het buitenland getrokken. 'Een zo breed programma, met veel inzet van de sector zelf en uitgewerkt in acht thema's, is uniek. Hiermee heeft de revalidatiesector zich zeker geprofileerd.'

Belangwekkend

Een aantal revalidatiecentra heeft voor een bepaalde tijd een erkenning als innovatiecentrum. Maar volgens Prevo moet het draagvlak voor innovatie worden verbreed. 'Sowieso moeten ook andere revalidatiecentra bij innovatieprojecten worden betrokken. Om aan voldoende omvang van de patiëntengroep te kunnen komen, maar ook om de bewijskracht van innovatie te evalueren.' De financiering van onderzoek noopt tevens tot samenwerking. De overheid zal nooit meer zoveel gelden beschikbaar stellen als in het stimuleringsprogramma, verklaart hij. Financiering moet dus plaatsvinden door het indienen van goede onderzoeksvragen bij fondsen. Wel bestaat de hoop dat zorgverzekeraars mee willen doen, als bijvoorbeeld behandelingen effectiever zijn. 'Onderzoek naar levensbedreigende aandoeningen is altijd belangwekkend voor het publiek, en dus voor de financiers', zegt de emeritus hoogleraar daarover. 'Bij revalidatie gaat het om de kwaliteit van leven en het zelfstandig functioneren. Dat valt minder op, maar is wel evenzo belangrijk.'

Implementatie

De centra zijn naar zijn idee goed doordrongen van de noodzaak van innovatie. 'Het gaat om de ontwikkeling van nieuwe behandelingen die effectiever en efficiënter zijn dan de bestaande. Daarmee creëer je bestaansrecht.' Een voorwaarde is echter wel dat de resultaten ingevoerd kunnen worden in de praktijk. Om dit aspect van innovatie te benadrukken, is een deel van de subsidie in het IJe programma Revalidatieonderzoek bij voorbaat geoormerkt. Voor de implementatie van de onderzoeksresultaten moet een extra aanvraag worden ingediend. Pas dan volgt de resterende subsidie. 'Want', besluit hij, 'onderzoek is mooi en prachtig, maar het moet niet in de kast belanden.'



‘Ik wil alles eruit halen wat erin zit’

Wat revalideren was, wist hij niet en van een dwarslaesie had hij nog nooit gehoord. Het leven van Erdal Armut bestond, voordat hij een auto-ongeluk kreeg, uit werken, uitgaan en sporten. Toen hij weer bijkwam, kreeg Erdal te horen dat hij een lage incomplete dwarslaesie had en waarschijnlijk niet meer zou kunnen lopen. ‘Het eerste wat ik dacht was: laat mij maar doodgaan.’ Nu, elf weken later revalideert hij bij de Maartenskliniek. En hij zegt: ‘Ik ben ontzettend blij dat ze me hiernaartoe hebben gestuurd.’

‘Revalideren is topsport’, zegt Erdal Armut (28 jaar), liggend op zijn bed aan het einde van een zware therapiedag. ‘De energie die ik hier in een half uur verbruik, verbruikt een gezond mens in twee uur.’ Maar het resultaat is dan ook verbluffend. Na negen weken revalidatie loopt Erdal weer. Mét elleboogkrukken anderhalve kilometer en zo’n veertig stappen zonder krukken. ‘Het is langzaam opgebouwd. Eerst oefende ik zitten in een rolstoel, steeds iets langer, daarna staan, en toen voorzichtig lopen op de loopbrug. Ik begon met twee therapieën per week

en elke week kwam er een bij.’ Inmiddels bestaat het weekprogramma van Erdal uit fysio- en ergotherapie, bewegingsagogiek, boogschieten, looptraining, zwemmen, krachttraining, activiteitentherapie, buitenlooptraining en paardrijden. ‘Terwijl ik dacht dat ik hier ging bijkomen van mijn operatie.’

Piekeren

Omdat de Maartenskliniek een eigen manege heeft, kan Erdal sinds kort wekelijks paardrijden. ‘Als kind reed ik veel bij mijn opa in Turkije. Het



Foto's: Inge Hondbrink

Revalideren: hoe is dat eigenlijk?

RM keek één dag mee met iemand die het aan den lijve ondervindt.

is geweldig dat ik dat nu hier weer kan doen. In het begin vond ik het doodeng en was ik bang om te vallen, maar het gaat steeds beter. Net zoals bij het boogschieten gaat het hierbij om balans houden, wat voor het lopen zo belangrijk is.' Ondanks Erdal's voorkeur voor paardrijden, boogschieten en krachttraining, vindt hij alle therapieën even belangrijk. 'Ik ben zeer gemotiveerd om alles eruit te halen wat erin zit. Als ik ga trouwen met mijn vriendin wil ik kunnen dansen op mijn bruiloft en wil ik niet dat mijn dochtertje mij hoeft te duwen in een rolstoel. Natuurlijk

zijn er ook de moeilijke momenten. Die zijn er vooral aan het eind van de dag als alle activiteiten voorbij zijn. Dan begint het piekeren.'

Positief ingesteld

Hoe moet het bijvoorbeeld als hij straks thuis komt? Hoe moet het als zijn blaas- en darmfuncties niet terugkomen? Dan moet hij blijven katheteriseren en darmspoelen. Dat betekent altijd de tijd in de gaten houden en nadenken of er een plek is waar hij dat kan doen. 'Ik vind het een ramp, maar het zal vast wennen. In het begin

durfde ik bij het katheteriseren niet eens te kijken. Zat ik met een handdoek over mijn hoofd. Nu doe ik het zelf: vier keer per dag om de zes uur.' Over dit soort moeilijke zaken praat Erdal met een psycholoog. 'Dat helpt wel, maar voor het grootste deel moet je het toch zelf verwerken. Het wordt nooit meer zoals het was. Gelukkig ben ik positief ingesteld. Als ik hier niet was geweest, had ik nog in mijn bed gelegen. Nu kan ik weer wat maken van mijn leven.'

Tekst: Anne Merkies

De laatste tien jaar maakt de revalidatiesector serieus werk van wetenschappelijk onderzoek. ZonMw liet inventariseren wat het de revalidatiegeneeskunde heeft opgebracht. Welke onderzoeksuitkomsten zijn vertaald of kunnen worden vertaald naar de dagelijkse praktijk?

Tien jaar onderzoek

Voor wetenschappers is het van belang dat het resultaat van hun werk, neergeslagen in doorwrochte, Engelstalige artikelen, wordt gepubliceerd in tijdschriften met zoveel mogelijk wetenschappelijke impact. Dan stijgt immers de kans dat andere wetenschappers er kennis van nemen, het gebruiken voor verder onderzoek en daarmee een volgende stap zetten in de ontwikkeling van kennis. Voor professionals in de revalidatiepraktijk is het van belang dat uitkomsten van onderzoek die min of meer klaar zijn voor gebruik ook echt vertaald worden in concrete handvatten, zodat de zorg aansluit bij de nieuwste inzichten en patiënten de best beschikbare behandeling krijgen.

Concreet en verborgen

Die bruikbare uitkomsten van onderzoek zijn soms heel concreet, maar vaak ook verborgen. Een heel concrete uitkomst uit het Stimuleringsprogramma Revalidatieonderzoek, het onderwerp van onze inventarisatie, is bijvoorbeeld die van het onderzoek naar herstel van loopvaardigheid na een CVA. De kennis uit het programma, gevoegd bij kennis uit eerder onderzoek, heeft definitief duidelijk gemaakt dat er in de CVA-revalidatie betere methoden zijn voor het verbeteren van de loopfunctie dan de veel gehanteerde NDT-methode. Dit heeft geresulteerd in de nieuwe cursus *Neurorevalidatie voor CVA*, die dit najaar voor de tweede keer wordt gegeven. De kennis uit wetenschappelijk onderzoek is zo praktisch toepasbaar gemaakt.

Een meer verborgen, en daarmee moeilijker te bewijzen uitkomst is de invloed van het onderzoeksprogramma op het denken van revalidatieprofessionals. Gedurende de looptijd van het programma is onder professionals het besef gegroeid dat we ook in de revalidatiegeneeskunde de keuzen in de behandeling moeten baseren op beschikbare evidence en op echte gegevens. We leerden meten en de gegevens interpreteren, wat een belangrijke stap is in de ontwikkeling van het vak.

Meetinstrumenten

Het onderzoek heeft nog iets belangrijks opgeleverd: meetinstrumenten. Het stimuleringsprogramma bestond grotendeels uit zogenaamde beloopstudies. Hierin werd onderzocht hoe bijvoorbeeld volwassenen met MS of

kinderen met cerebrale parese zich gedurende een aantal jaren ontwikkelen. In deze studies zijn bestaande of nieuwe meetinstrumenten gebruikt, die vaak eerst nog onderzocht moesten worden op betrouwbaarheid en bruikbaarheid. Daardoor beschikken we nu over veel kennis over meetinstrumenten die relevant zijn binnen de revalidatie. In een aantal gevallen is die kennis al toegepast in de zorg. Zo worden de meetinstrumenten uit het dwarslaesieonderzoek door middel van een implementatieproject in de behandeling ingevoerd. Instrumenten als de Nederlandse versie van de Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI-NL) zijn of worden op grote schaal toegepast in de kinderrevalidatie. Het eindproduct van het cognitieonderzoek, de Richtlijn Cognitieve Revalidatie, geeft zes protocollen waarin de bijbehorende meetinstrumenten zijn opgenomen. Dankzij goede meetinstrumenten kunnen onder meer behandeldoelen beter worden afgestemd op de individuele situatie van een patiënt en wordt ook duidelijker in hoeverre behandeldoelen worden gehaald.

Toegankelijk

In het stimuleringsprogramma is het gelukt om, mede dankzij implementatiebudgetten, veel kennis toegankelijk te maken voor professionals. Het onderzoek naar hulpmiddelen, bijvoorbeeld, heeft duidelijk gemaakt wat er mis is met de wijze waarop we hulpmiddelen voorschrijven, fabriceren en afleveren, en toezien op het gebruik. Die kennis is in samenwerking met hogescholen opgenomen in de onderwijsprogramma's van die hogescholen. Kennis over het gebruik van nieuwe materialen bij het vervaardigen van orthesen, verworven in revalidatieonderzoek bij ouderen, wordt overgedragen aan orthopedisch instrumentmakers. Kennis uit onderzoek naar de belasting van partners en kinderen van CVA-patiënten is vertaald in richtlijnen en in een workshop die aan revalidatieteams is aangeboden. Met de kennis die werd opgedaan in onderzoek naar chronische lage rugklachten zijn maatwerkadviezen gegeven over de aanpassing van behandelprogramma's in enkele revalidatiecentra.

Kansen

Toch is ook veel van de kennis uit het onderzoeksprogramma nog niet

beschikbaar voor de zorg. Dat is logisch. Onderzoeksresultaten zijn op z'n best halffabricaten en zelden meteen klaar om in de praktijk toe te passen. Neem bijvoorbeeld een meetinstrument dat in het onderzoek zijn waarde volledig heeft bewezen. Voordat de professional met het instrument kan werken moet er eerst een handleiding voor geschreven worden met eventueel een trainingsmodule, het moet voor de professional duidelijk zijn hoe de gegevens moeten worden verwerkt en nog belangrijker, hoe deze geïnterpreteerd moeten worden voor de individuele patiënt. Kortom, het halffabricaat moet een echt product worden. Dáár heeft de onderzoeker meestal niet de tijd en vaak ook niet de expertise voor. Het is dus zaak dat anderen het stokje overnemen, beoordelen welke onderzoeksuitkomsten waardevol zijn voor de praktijk en op zoek gaan naar mensen en middelen om er iets bruikbaar mee te ontwikkelen. In het rapport *The true test of peer review* hebben we in kaart gebracht welke resultaten uit het stimuleringsprogramma kansen bieden om de praktijk te verbeteren. Om die kansen ten volle te benutten moet er nu, na het onderzoek, geïnvesteerd worden in ontwikkeling en kennisoverdracht.

Tweede programma

En ondertussen gaat het onderzoek door. Het tweede onderzoeksprogramma is inmiddels van start. Waar het eerste programma, het stimuleringsprogramma, veelal beschrijvend was, is het tweede programma met name gericht op het onderzoeken van nieuwe behandelmethode. De opgedane kennis uit het eerste programma is een onmisbare basis voor dit vervolgonderzoek.

Dr. Ingrid van de Port,
onderzoeker UMC Utrecht en Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht


Steven Berdenis van Berlekom MBA,
manager Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht

De inventarisatie van Ingrid van de Port en Steven Berdenis van Berlekom is opgenomen in het rapport 'The true test of peer review', een uitgave van ZonMw. Het rapport is te downloaden van www.zonmw.nl/revalidatieonderzoek.



Foto: Inge Hondabrink

Het Stimuleringsprogramma Revalidatieonderzoek (1998-2005) bracht het wetenschappelijk onderzoek in de revalidatie serieus op gang, dankzij de financiële inzet van het revalidatieveld en steun van overheid en fondsen. Het revalidatieveld zette vervolgens het IIe Programma Revalidatieonderzoek (2006-2010) op poten, nu alleen met steun van fondsen. Meer informatie over het programma staat op www.zonmw.nl/revalidatieonderzoek.



Marc de Hond (31) kreeg zes jaar geleden een dwarslaesie en bracht onlangs het boek *Kracht* uit waarin hij zijn revalidatieperiode beschrijft: 'Voor het personeel van mijn revalidatiecentrum heb ik veel respect. Ze doen fantastisch werk. Het probleem was alleen dat ik vanaf het begin als doel had weer te gaan lopen, terwijl de deskundigen lieten weten dat die kans erg gering was. Toch kreeg ik de mogelijkheid om looptraining te doen. Ook heb ik ervoor gestreden dat de Lokomat – een soort robot voor de looptraining – naar Nederland kwam. Daar oefen ik nog steeds mee en ik heb er ook baat bij. Volgens mij is daardoor mijn loopritme verbeterd, maar ook plassen, ontlasting en seks gaan beter. Inmiddels merk ik dat ik geen vooruitgang meer boek. Ik kan honderd stappen met een rollator lopen. Dat moet ik wel bijhouden, anders lukt dat straks niet meer. Nieuwe vindingen voor dwarslaesiepatiënten hou ik niet meer bij. Ik hoor het wel als het zover is. Ik ben inmiddels verder met mijn leven. Trainen zal daar altijd een groot deel van blijven uitmaken. Wetenschappelijk onderzoek laat ondertussen zien dat looptraining met de Lokomat meer oplevert dan de conventionele training: met minder behandeluren wordt meer effect bereikt. Het zou goed zijn als meer revalidatiecentra over zo'n mooi apparaat kunnen beschikken.'

Om de maatschappelijke, economische en individuele waarde van revalideren in kaart te brengen, liet Revalidatie Nederland in samenwerking met het Revalidatiefonds een uitgebreid onderzoek doen. Hieruit blijkt dat grote groepen mensen veel profijt hebben van revalidatie en dat de baten hoger uitvallen dan de lasten. Bovendien geeft de studie aan dat innovatie noodzakelijk is om revalidatiezorg te optimaliseren. • Door John Ekkelboom

Opbrengst revalidatie in kaart gebracht

In een samenleving waarin vergrijzing voortdurend toeneemt, is het belangrijk dat zoveel mogelijk mensen met een beperking aan het arbeidsproces kunnen deelnemen. Dat is ook het streven van de politiek. Bovendien is het van persoonlijk belang dat iemand zelfstandig kan blijven functioneren. Deze maatschappelijke en individuele wensen zullen ertoe leiden dat de vraag naar revalidatie toeneemt. Voor Revalidatie Nederland en het Revalidatiefonds extra reden om de waarde van revalidatie eens nader onder de loep te nemen. Voorzitter Joop van Londen van het Revalidatiefonds, dat de studie financierde, licht toe dat onderzoek op het gebied van revalidatie nog betrekkelijk jong is. 'Pas de laatste tien jaar begint dat goed op gang te komen. Je mag beleidsmakers, de media en het publiek dus niet verwijten dat ze van dat vakgebied lang niet alles afweten. Wij vinden het belangrijk dat mensen ervan overtuigd raken dat revalidatie zinvol is. Vandaar dat we als sector voor het eerst zo'n grootschalig onderzoek hebben opgezet.'

Getrapte studie

De initiatiefnemers kozen voor een getrapte studie, bestaande uit een macro-, meso- en micro-onderzoek. In het macro-onderzoek worden het maatschappelijke en economische belang van revalidatie in kaart gebracht. Deze informatie is vooral interessant voor beleidsmakers en politici. Bij het meso- en micro-onderzoek gaat het respectievelijk om de waarde van revalidatie voor revalidantengroepen en voor revalidanten individueel (zie pagina's 4 en 18).

De gegevens die hieruit rollen, dienen vooral ook als voorlichting naar het grote publiek.

Van Londen: 'Wat we bij al die onderzoeken ook wilden weten, is wat het belang is van innovatie binnen de revalidatie. De techniek ontwikkelt zich snel en daar willen revalidanten van profiteren. Maar innovaties kosten geld, wat uiteraard binnen de hele gezondheidszorg geldt. De vraag is wat we als maatschappij daaraan willen bijdragen. Dan moet je natuurlijk met doortimmerde argumenten komen, en dat proberen we met dit onderzoek te bewerkstelligen.'

Wetenschappelijke literatuur

Voor het macro-onderzoek werd SEO Economisch Onderzoek ingeschakeld. Dit bureau in Amsterdam doet onderzoek op allerlei terreinen, waaronder de gezondheidszorg. Voor drie groepen werden de kosten en baten van de revalidatiezorg in beeld gebracht: hart- en pijnrevalidatie en revalidatie van mensen met een beroerte/niet-aangeboren hersenletsel. Van deze patiëntengroepen zijn namelijk in de literatuur effectstudies naar behandelingen voorhanden. Verder lieten de opdrachtgevers het belang van enkele innovaties bestuderen op het gebied van dwarslaesie, amputatie en spierziekten bij kinderen. Lucy Kok, onderzoeker bij het Amsterdamse onderzoeksbureau: 'Van belang is om te weten of iemand bijvoorbeeld dankzij zo'n behandeling beter kan lopen, zichzelf meer kan redden en zich gelukkiger voelt. Al die effecten zetten >



‘Met minder behandelingen wordt meer effect bereikt’

> we om in geld, waarvoor bepaalde formules voorhanden zijn. Met het totale bedrag kun je vervolgens bepalen wat die revalidatie voor een revalidant oplevert.’ Daarnaast keek Kok naar de winst voor de omgeving van een revalidant. ‘Als iemand bijvoorbeeld zichzelf beter kan redden en minder depressief is, is dat ook voordelig voor degene die hem of haar verzorgt. Of wanneer die persoon eerder aan het werk is, is dat prettiger voor de werkgever. Verminderde zorgkosten en bespaarde uitgaven aan uitkeringen zijn ook gunstig. Na het verzamelen van al die informatie, blijken de baten van de behandelingen voor die drie patiëntengroepen groter dan de kosten voor de samenleving als geheel.’

Financieel compenseren

Vier innovaties hield Kok tegen het licht: de baclofen-pomp tegen spasmen; apparaten die mensen ondersteunen bij het oefenen, zoals de Lokomat; een nieuw trainingsprogramma voor mensen met een dwarslaesie; een nieuwe behandeling van spastische kinderen. Van al deze vernieuwingen was al bekend dat ze meer opleveren dan kosten. De onderzoekster laat weten dat dit een bewuste keuze was, om aan te tonen dat een positieve innovatie voor de revalidant niet altijd gunstig is voor het revalidatiecentrum of de zorgverzekeraar. ‘Dit geeft ons onderzoek ook aan. Vooral bij de aanschaf van nieuwe apparaten, schieten zij er financieel bij in. Een revalidatiecentrum krijgt alleen de kosten per uur vergoed, maar het apparaat niet. En een zorgverzekeraar moet meer geld neertellen dan een concurrent die niet met zo’n innovatie wordt geconfronteerd. Onze aanbeveling is om hen in die gevallen financieel te compenseren via subsidies, zodat gewenste innovaties sneller kunnen worden ingevoerd.’

MRI-scans

In het meso-onderzoek stonden zes patiëntengroepen centraal. Een journalist interviewde hiervoor telkens twee revalidatieartsen/specialisten per groep. Uit de artikelen die zijn gebaseerd op deze interviews wordt duidelijk dat revalidatie in alle gevallen een meerwaarde heeft. Zo is te lezen dat gedragsgeoriënteerde behandeling bij pijnrevalidatie de kwaliteit van leven van mensen op groepsniveau sterk verbetert. Verder blijkt uit internationale

onderzoeken dat pijnrevalidatie van invloed is op de biologische mechanismen die verantwoordelijk zijn voor chronische pijn. MRI-scans lieten zien dat er iets in de hersenen verandert, waardoor de pijn vermindert.

Ook bijvoorbeeld mensen met een dwarslaesie hebben profijt van revalidatie, waarbij de mate van succes wel verschilt bij de diverse typen dwarslaesies. Mensen herwinnen hun functionaliteit en zelfstandigheid, waardoor ze bijna altijd zelfstandig kunnen wonen en heel vaak weer aan het werk gaan. In het artikel over dwarslaesie worden ook enkele innovaties genoemd, zoals de sta-op-stoel en rolstoelen met een motortje in de wielen, die een belangrijke aanwinst zijn voor deze doelgroep.

Meer implementeren

Jan Geertzen, hoogleraar revalidatiegeneeskunde in Groningen en voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen VRA, zat voor dit onderzoek in de klankbordgroep en is zelf ook ondervraagd. Aan de interviews ziet hij dat de revalidatiegeneeskunde op alle fronten flink in beweging is. Verder valt hem op dat er her en der gaten zijn in de zorg, die nodig opgevuld moeten worden. Als voorbeeld noemt hij de opnameduur van dwarslaesiepatiënten. Die is in de loop der jaren gehalveerd naar driekwart jaar, vooral doordat aangepaste huisvesting sneller wordt geregeld. ‘In dat soort logistieke vraagstukken is volgens mij nog steeds de grootste winst te behalen. Laten we dat verder uitzoeken.’

Geertzen vindt dat het Nederlands wetenschappelijk onderzoek Nederland steeds beter wordt. ‘Als we de resultaten van al die wetenschappelijke onderzoeken dan ook nog eens gaan implementeren, hoeven we ons voortaan niet meer zo te bewijzen met dit soort macro-, meso- en microstudies. Die implementatie gebeurt echter nog veel te weinig. Ik hoop dat dit onderzoek tot de reflectie leidt: jongens, we doen het goed, maar we hebben nog een lange weg te gaan. We moeten ons niet meer gedragen als Calimero, maar trots zijn op het sterke en volwassen specialisme dat we inmiddels zijn.’

Kijk voor meer informatie over het macro-, meso- en micro-onderzoek op www.revalidatienederland.nl.

Revalidatie Nederland in het centrum van de aandacht

Denktank en lobbyist

Door John Ekkelboom



Foto: John Ekkelboom



Foto: Inge Hendriks



Foto: John Ekkelboom

Dat **Revalidatie Nederland** een professionele organisatie is geworden, waarmee ook in Den Haag rekening wordt gehouden, is volgens directeur Jannie Riteco mede te danken aan de inspanningen veertig jaar geleden van enkele directeuren van revalidatiecentra. Zij richtten destijds de Vereniging Revalidatie Instellingen Nederland (VRIN) op, als belangenbehartiger voor en vertegenwoordiger van deze sector. De VRIN had in het begin nog geen ondersteunend bureau en was onderdeel van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. In 1995 erkende de minister van VWS de VRIN als overkoepelende brancheorganisatie van alle revalidatieinstellingen. 'Dat was een belangrijke stap. Daarmee werden we binnen de curatieve sector een partij met eigen inzet en aandachtspunten', vertelt Riteco.

Vierenhalf jaar geleden werd de VRIN omgedoopt naar Revalidatie Nederland. De naamsverandering luidde tevens een nieuw tijdperk in waarin vereniging en bureau **professionaliseerden**. Riteco zegt dat deze missie succesvol is verlopen en met enthousiasme verder wordt voortgezet. 'We zitten tegenwoordig aan tafel bij belangrijke bestuurlijke overleggen met bijvoorbeeld het ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland, de Inspectie en het College van Zorgverzekeringen. We worden als brancheorganisatie serieus genomen en er wordt om onze mening gevraagd. Dat zien we ook terug in de besluiten. Zo hebben we met medewerking van de Tweede Kamer tijdelijke financiering weten te regelen voor innovatie binnen de revalidatie.'

De vereniging Revalidatie Nederland bestaat uit de 24 revalidatiecentra in Nederland, vertegenwoordigd door hun directeuren. De directeuren en de

bureaumedewerkers zijn actief in bestuurscommissies en werkgroepen. Ook vertegenwoordigers van de revalidatieafdelingen van ziekenhuizen zijn betrokken bij de activiteiten van de vereniging. Riteco: 'We hebben een slagvaardig en vakkundig bureau met twaalf medewerkers, waarmee we relevante ontwikkelingen voor de vereniging beleidsmatig ondersteunen. Om dit mogelijk te maken, houden we scherp in de gaten wat er in onze eigen sector en in de zorgsector in het algemeen speelt. We werken als een soort denktank. In combinatie met de inzet van de leden – we kunnen rekenen op veel **commitment** – ontstaat er dan een goed geoliede machine waarmee we de gestelde doelen trachten te realiseren.'

Vereniging en bureau hebben de afgelopen jaren **veel bereikt**, benadrukt de directeur. Naast het investeren in onderzoek en het invoeren van kwaliteitsimpulsen noemt ze het model voor de diagnose-behandelcombinaties (DBC's) en het elektronisch patiëntendossier, die beide speciaal voor de revalidatie zijn ontwikkeld. Het DBC-model, dat de revalidatiebehandeluren (RBU's) gaat vervangen, wordt begin volgend jaar ingevoerd. Riteco spreekt van een mijlpaal. Ook is ze 'waanzinnig trots' op de komst van het Revalidatie EPD, dat eveneens in 2009 voor de revalidatiesector beschikbaar komt. 'Dit is echt uniek. Geen enkele andere sector in de zorg is al in z'n geheel zo ver. Alle leden van onze vereniging hebben er hard aan meegewerkt en bovendien hebben ze in de ontwikkeling van het Revalidatie EPD geïnvesteerd. Andere sectoren kijken met interesse naar onze aanpak. Het is natuurlijk fantastisch dat wij als voorbeeld dienen. We zijn als organisatie misschien wel klein, maar op sommige gebieden doen we toch grote dingen.'

Revalidatiecentra:
24, waarvan 19 zelfstandig en 5 in of bij
een ziekenhuis

In vrijwel alle ziekenhuizen wordt
revalidatiezorg aangeboden

Revalidanten in 2007:
60.820, 78% poliklinisch en 22% klinisch

Medewerkers in de revalidatiesector: 8.874

Revalidatieartsen:
399 (werkzaam in revalidatiecentra en
ziekenhuizen)

Revalidatie Nederland liet de kosten en baten van revalidatie onderzoeken. De baten zijn groter dan de kosten, zo blijkt, vooral dankzij de winst in levenskwaliteit. Een andere conclusie: revalidatiecentra hebben geen financieel belang bij innovatie. RM vroeg enkele mensen van buiten de revalidatiesector om een korte reactie. • Door Adri Bolt

Over de opbrengst

Diana Monissen, directeur-generaal curatieve zorg, ministerie van VWS

‘Het maatschappelijk belang van de revalidatiesector is aanzienlijk, zo blijkt ook uit dit onderzoek. En dat zal verder groeien, met de toename van het aantal ouderen en chronisch zieken.’

‘Ons ministerie startte onlangs een onderzoek naar de opbrengsten van de zorg. Daarin werden we zeker gestimuleerd door dit onderzoek van de revalidatiesector. Het is belangrijk dat we de zorg niet alleen zien als kostenpost. Ook uit een vorig jaar gepubliceerd RIVM-rapport bleek dat de zorgkosten opwegen tegen de baten.’

‘We weten dat het huidige budgetteringsstelsel onvoldoende prikkelt om te innoveren. Prestatiebesteding zou beter werken. Revalidatie Nederland zet zich terecht in om meer prikkels voor efficiency en kwaliteitsverbetering in de nieuwe DBC-structuur te brengen. Ook innovatiekosten horen thuis in de DBC’s.’

Professor Guus van Montfort, directeur kenniscentrum Prismant

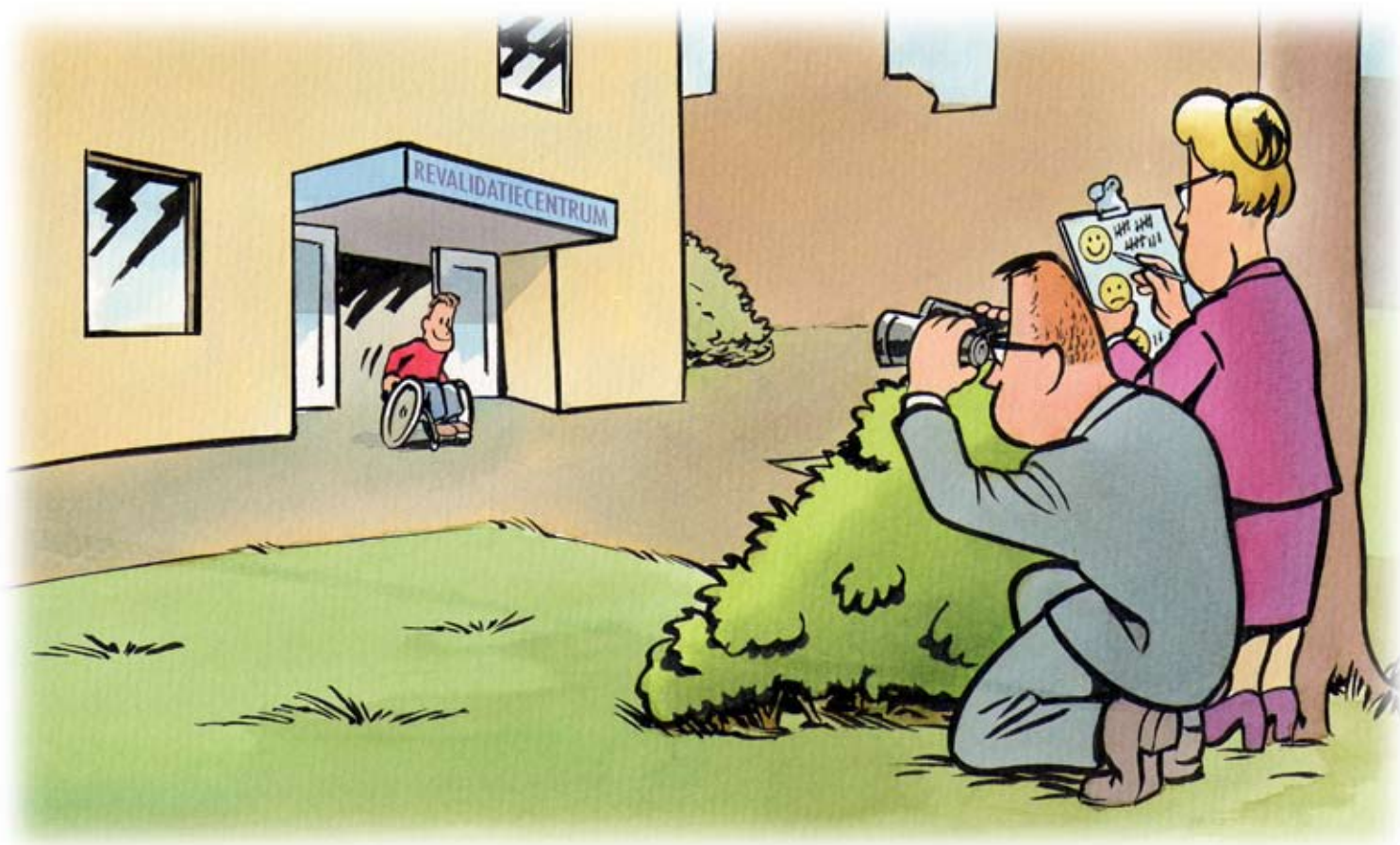
‘Uitermate relevant dat Revalidatie Nederland kosten en baten van de revalidatiezorg in kaart brengt en daar de innovatie bij betreft. Helaas zien we de zorg te veel als een kostenpost en niet als een investering, omdat we nauwelijks inzicht hebben in de baten.’

‘Er moet meer ruimte komen voor innovatie in de revalidatie. Liefst niet door allerlei overheidsregelingen en -subsidies. Beter is dat instellingen zelf kunnen investeren op basis van een integrale afweging van kosten en baten. Dat instellingen bijvoorbeeld meeprofiten van toekomstige besparingen op uitkeringen. Daarvoor moet de overheid wel de ruimte scheppen. Vervolgens moet je er partijen als het UWV en de inkomensverzekeraars bij betrekken.’

Erica Terpstra, voorzitter NOC*NSF

‘Vanuit mijn vroegere werk als kamerlid en staatssecretaris ken ik de revalidatiesector van dichtbij. Ik vind dat daar bewonderenswaardig werk geleverd wordt. Daarom vind ik het vanzelfsprekend dat dat ook blijkt uit dit onderzoek. Toch is het goed dat het belang van de revalidatiesector wetenschappelijk wordt onderbouwd.’

‘Het is te makkelijk om te zeggen: “We kunnen niet aan innovatie doen, want er is geen geld.” Op veel plaatsen zie ik mensen die met innovatie bezig zijn omdat ze het niet kunnen laten. Innovatie begint vaak met aandacht voor mogelijke verbeteringen. En dat staat deels los van het geld. Kennis nemen van inspirerende nieuwe ideeën lokt uit om zelf ook nieuwe ideeën te ontwikkelen. Ik denk dat daar nog een wereld te winnen is.’



Illustratie: Roel Seidell

Eelke van der Veen, woordvoerder gezondheidszorg Tweede Kamer-fractie PvdA

‘De revalidatiesector is een voorbeeld voor andere zorgdisciplines, wat betreft de interdisciplinaire samenwerking. Daar mag de sector best wat trotser op zijn.’

‘Kosten en baten afwegen in de gezondheidszorg is heel lastig. Kwaliteit van leven is daarbij heel belangrijk. Wanneer je daaraan bijdraagt, bewijs je zeker je bestaansrecht. Wel moet je je altijd blijven afvragen of je goede zorg levert, en of je dat op een doelmatige en doelgerichte manier doet.’

‘Het is momenteel heel ingewikkeld om geld vrij te maken voor innovatie. Dat geldt voor meer zorgsectoren. Wat mij betreft moet daarvoor meer ruimte komen in de nieuwe financieringsystematiek met DBC's. Om te innoveren moet je kunnen investeren, en ook af en toe in de fout kunnen gaan.’

Tony Lamping, directeur zorg Zorgverzekeraars Nederland

‘Heel goed dat deze sector laat zien waarvoor hij staat, wat hij waard is. Dit onderzoek toont aan dat de revalidatiesector economische winst oplevert, deels buiten de gezondheidssector. Maar ook dat er veel kwaliteit van leven wordt gewonnen, vaak voor mensen met chronische aandoeningen. En dat onderschrijf ik van harte.’

‘Elke sector, elk bedrijf moet zich bezighouden met productontwikkeling en innovatie. Daarvoor moet je investeren, maar het levert je soms ook direct zelf geld op. Jezelf innoveren, laten zien wat je waard bent en prestaties publiek maken: dat is de juiste weg. En op die weg is dit onderzoek een stap in de goede richting. Met de informatie uit het onderzoek kunnen zorgverzekeraars hun inkooprol beter waarmaken en goede, doelmatige zorg ook waarderen.’

Jopie Verhoeven, voorzitter patiëntenfederatie NPCF

‘Ik zat in de begeleidingscommissie van het onderzoek. Heel belangrijk dat de maatschappelijke baten van de sector in beeld zijn gebracht. Tot nog toe had de politiek weinig oog voor die baten. Dat blijkt mede uit de moeizame financiering van innovatie. Er zouden meer middelen moeten zijn om innovatie te stimuleren. Veel partijen zouden meer moeten investeren, van het ministerie tot de zorgverzekeraars. Maar ook de sector zelf zou meer risico moeten durven nemen om te investeren. Dat wordt soms toch beloofd. Zie bijvoorbeeld de diabetesrevalidatie, zoals ontwikkeld in Groningen.’

‘De sector mag wel wat duidelijker maken wie wát te bieden heeft op het gebied van innovatieve behandelmethoden. Op basis daarvan kunnen revalidanten zelf gaan kiezen hoe ze behandeld willen worden.’

Hij was een sterke jonge vent, maar toch zat hij bijna twee jaar in de Ziektewet. Artsen konden hem niet afhelpen van zijn chronische rugpijn. In het revalidatiecentrum gebeurde waarop hij bijna niet durfde te hopen: hij knapte op en kon weer aan de slag. • Door Annelies van Lonkhuyzen

Peter de Graaf

'Ik kwam eruit als een ander mens'

Al vanaf zijn twintigste had Peter de Graaf (1975) rugklachten. Ieder jaar had hij wel een paar keer spit en ook tussendoor zat het nooit echt lekker. Maar hij wilde zich niet laten kennen. Omdat hij graag fysiek werk doet, ging hij aan de slag in de betonreparatie. Aanvankelijk was het goed te doen, maar hij kreeg steeds zwaardere klussen. En dus kreeg hij steeds meer pijn in zijn rug, totdat hij het echt niet meer trok. Hij was 27 jaar toen hij in de Ziektewet terecht kwam. 'Dan ga je zoeken, zoeken naar de oorzaak, allerlei specialisten liep ik af. Mijn vader heeft de ziekte van Bechterew, een vorm van reuma, en hij had altijd pijn – dat heeft invloed op het hele gezin. Het was voor mij een schrikbeeld, ik was bang dat het zoiets zou zijn.'

Maar er werd geen oorzaak gevonden en Peter bleef in de Ziektewet. 'Het eerste half jaar sliep ik alleen maar, door de pijn was ik uitgeput. Later nam ik een hondje, om weer naar buiten te moeten. Verder kon ik niet veel doen.' Hij liep bij een mensendiecktherapeut en dat leek wel wat te helpen, maar toch kwam hij er niet echt verder mee. 'De therapeut zei dat het probleem in mijn spieren zat en dat veel meer therapie nodig was. Zij stelde voor om naar een revalidatiekliniek te gaan.' Na bijna twee jaar thuis ging Peter in augustus 2005 in revalidatie: twee maanden intern en twee maanden poliklinisch. 'Ik was heel blij toen ik hoorde dat ik kon komen, had het gevoel: nu gaat er iets gebeuren. Ik had altijd getraind op de sportschool en als ik oefeningen deed bij de therapeut ging het prima, ik wist wat de bedoeling was

qua houding en beweging. Maar bij het revalidatiecentrum stond ik continu onder begeleiding en konden ze ook zien wat ik de rest van de tijd deed.'

De behandeling was intensief, met fysiotherapie, ergotherapie, haptotherapie, hydrotherapie, muziektherapie, activiteitentherapie en dan waren er ook nog gesprekken met de psycholoog. En Peter kreeg een schema om geleidelijk meer te gaan bewegen. 'Er werd uitgegaan van wat ik kon zonder pijn te krijgen: maximaal vijf minuten één ding doen. Dus ging ik bijvoorbeeld vijf minuten wandelen, dan even stilstaan en oefeningen doen, weer vijf minuten lopen en dan wat langer rust. Ik moest ook opletten hóe ik liep, heel ontspannen.' Zo ging het ook met andere bezigheden, zoals zitten of fietsen, en steeds kwam er wat tijd bij. Al pratend met zijn behandelaars kwam Peter erachter dat hij jarenlang zijn spieren verkeerd had gebruikt, en ook wanneer dat was begonnen. 'Toen ik zestien was heb ik een brommerongeluk gehad en daarbij zijn twee wervels beschadigd. Mijn kaak was ook ontzet, en omdat dat meer pijn deed heb ik aan mijn rug geen aandacht besteed. Maar vanaf die tijd ben ik anders gaan lopen. Mijn spieren verkrampten en dat werd steeds erger, al heel snel gaven ze de boodschap: klaar, meer kan niet. Dat was de pijn die ik voelde.'

Na een paar weken opname zag Peter het even niet meer zitten, hij twijfelde of het allemaal wel hielp. Toch ging hij door en al snel ging het beter: 'Ik had daarbij veel aan haptotherapie, waarbij je oefeningen doet om te leren



Foto: Inge Hondebrink

luisteren naar je lichaam. De therapeut voelde bij mij veel spanning in de spieren en leerde me die spanning te verminderen. Dat werkte heel erg goed. Daardoor wist ik dat het probleem echt in mijn spieren zat; dat nam bij mij de angst weg dat het toch iets anders was. Vanaf dat moment kon ik helemaal op de behandelaars vertrouwen. Zij straalden uit: als je dit nou gewoon doet, komt het allemaal goed. En als je dan inderdaad vooruitgaat, gaat het hard. Ik ontdekte hoe het werkt met mijn spieren, waarom ik ze niet moet overbelasten. Spieren hebben een soort geheugen en vallen heel snel weer terug in hun oude manier van doen. Dus zodra ik over de grens ga, schiet de kramp er weer in.'

'Ik weet nu precies hoe ik het doen moet'

De eerste weekenden dat hij naar huis mocht waren eng. 'Ik was heel bang dat het fout zou gaan. Ik moest me ook thuis aan mijn schema houden, maar dat is natuurlijk lastig. Ik ga bijvoorbeeld 's zaterdags altijd naar het voetbal kijken: ik ging dan maar een korte tijd en dan tussendoor even rusten in de kantine. Ik had het geluk dat mijn vrienden meehielpen, me eraan herinnerden als het tijd was om rust te nemen. Toen het allemaal goed bleek te gaan, groeide mijn zelfvertrouwen. De laatste paar weken van mijn revalidatie werkte ik op vrijwillige basis bij een technische dienst, om weer een werkritme op te bouwen. In die tijd stond een advertentie in de krant: ze zochten een bode op het stadhuis. Ik

heb gesolliciteerd en een maand later kon ik beginnen. Dat was fantastisch, het kon niet mooier. Door de afwisseling is het precies het soort baan dat goed is voor mij.'

Tegenwoordig leidt Peter een actief leven: hij werkt voltijd, gaat op zaterdag naar het voetbal, biljart en speelt saxofoon in een praiseband. 'Ik weet nu precies hoe ik het doen moet: als ik bijna tegen die grens aanzit, neem ik even rust. Ik heb heus nog wel eens last, het blijft een valkuil, maar ik weet hoe ik dat snel kan oplossen. En ik word er niet meer bang van; angst wordt spanning die in je spieren gaat zitten. Ik sta nu anders in het leven, heel positief. Ik kwam echt als een ander mens het revalidatiecentrum uit. Voorheen was ik een botte boer en een zwartkijker, ook wel door de pijn, want als je veel pijn hebt kan je niks hebben. Ik vond mezelf zielig, maar in het revalidatiecentrum zag ik dat anderen het nog veel moeilijker hebben. Ik was opeens behulpzaam, stond open voor mensen. Er zat een sociale jongen in mij verscholen die er daar uitkwam. Het verwondert me nog steeds, want het is zo van het ene naar het andere uiterste. Maar ik ben er gelukkig mee.'

Dit verhaal is afkomstig uit de bundel 'Perspectief.' Na een openingsinterview met oud-ambassadeur Onbepert Nederland Reni de Boer komen achttien oud-revalidanten aan het woord, die vertellen over hun ervaringen met revalideren. Op deze manier wil Revalidatie Nederland een indruk geven van de opbrengst van revalidatie op persoonlijk niveau. Samen vormen de verhalen het micro-onderzoek van Revalidatie Nederland (zie ook pagina 13). Meer informatie vindt u op www.revalidatienederland.nl.

De rol van onze brancheorganisatie

Revalidatie Nederland bestaat pas veertig jaar. Begonnen als Vereniging Revalidatie Instellingen Nederland heeft de brancheorganisatie zich viereenhalf jaar geleden herdoopt in Revalidatie Nederland. Een nog jonge vereniging met een nog jong vakspecialisme en dus met nog een hele wereld te winnen. Dat verklaart dan ook onze permanente aandacht voor opleiding, onderzoek en innovatie.

Brancheorganisaties vervullen van oudsher een aantal functies. De meest bekende is wel die van lobbyist, die goed aan de buitenwereld laat zien wie je bent en wat je kan. Ook met dienstverlening aan de leden (denk aan ons EPD) wordt een belangrijke functie vervuld, die vaak de kwaliteit en doelmatigheid ten goede komt. Verder zijn het maken van bindende afspraken naar buiten toe (denk aan onze DBC's) en naar binnen toe (denk aan onze HKZ-certificering) bekende functies van een brancheorganisatie. En ten slotte kan zo'n organisatie met vergaderingen, symposia en themabijeenkomsten de goede band tussen de leden versterken en de samenwerking binnen de sector versterken. Stuk voor stuk kunnen deze functies bijdragen aan de kwaliteit en de effectiviteit van het werk dat je doet en aan de positie van je branche.

Dankzij de krachtige steun van haar leden heeft Revalidatie Nederland zich in de afgelopen jaren voor al deze functiegebieden tot een kleine maar sterke organisatie kunnen ontwikkelen. We staan goed op de kaart. Of het nu leden, beleidsmakers of politici zijn; ze weten ons snel te vinden en

krijgen direct de persoonlijke aandacht die nodig is. Daarom kunnen wij met trots ons veertigjarig jubileum vieren.

Maar de gezondheidszorg is versneld in beweging en ook Revalidatie Nederland zal zich daaraan moeten aanpassen. We zien een toenemende behoefte aan schaalvergroting, die leidt tot het aangaan van samenwerkingsverbanden en fusies. Vooralsnog vooral met gelijksoortige instellingen, maar onze inhoudelijke binding met ziekenhuizen,

tussen sectoren vervagen en zorgaanbieders zich op elkaars terrein gaan begeven is een brancheorganisatie hard nodig.

Om onze goede marktpositie te behouden en waar nodig uit te breiden, zullen wij voor patiënten en verzekeraars nog veel duidelijker moeten maken welke revalidatiezorg wij bieden en op welk niveau wij dat doen. Dat 'onderscheidend vermogen' (het thema van ons symposium van vorig jaar) van de aanbieders in de zorg zal

'Meer markt geeft veel dynamiek'

verpleeghuizen en onderwijs is groot. En dat kan op termijn ook leiden tot vormen van organisatorische integratie en mogelijk branchevervaging.

Toenemende concurrentie en een actiever wordende vraagkant zal ook een stimulans zijn voor verdergaande specialisatie. De prijs-/kwaliteitsverhouding zal duidelijk meer aandacht gaan krijgen. Revalidatie is onze *core business*, maar let op: er zijn steeds meer aanbieders die zich hiermee bezighouden. De verpleeghuizen met hun vele CVA-patiënten en de ziekenhuizen die graag óók investeren in planbare zorg. De prijs zal in toenemende mate beslissend worden bij de zorginkoop, met als gevolg dat de kwaliteit onder druk komt te staan. Juist in een tijd dat grenzen

versneld aandacht krijgen en zeker leiden tot verdere ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. En juist daarin zal de komende jaren, naast belangenbehartiging en dienstverlening, een belangrijke rol zijn weggelegd voor Revalidatie Nederland. Meer markt geeft veel dynamiek en nieuwe uitdagingen voor onze jubilerende brancheorganisatie!

*Kick Visser,
voorzitter Revalidatie Nederland*

Informatie over het symposium 'Het onderscheidend vermogen van de revalidatie' vindt u op www.revalidatienederland.nl, knoppen 'Actueel' en 'Revalidatie Symposia'.

Greetje Hoekzema

Door Kitty Rotteveel

WERK > DEELS ERGOTHERAPEUT EN DEELS COMMUNICATIEMEDEWERKER BIJ HET REVALIDATIECENTRUM AMSTERDAM (RCA) **LEEFTIJD** > 61 JAAR
PRIVÉ > ECHTGENOOT OVERLEDEN, WOONT MET TWEE KATTEN **HOBBY** > ONDER ANDERE REIZEN, LEZEN, SCHILDEREN, KLUSSEN **HEKEL AAN** > 'HELEMAAL NIETS EIGENLIJK'

Je hebt twee functies, maar laten we het even houden bij de ergotherapie. Wat houdt dat werk in?

'Ik werk met cardiorevalidanten en met mensen met chronische pijn of vermoeidheid. Bij deze patiëntengroepen kijk je als ergotherapeut samen met de revalidant vooral naar de aanpak van activiteiten: wat doe je, hoe doe je dat en wanneer, en voer je dat met de juiste hoeveelheid energie uit? Een bewustwordingsproces dus.'

Je bent al 36 jaar ergotherapeut, waarvan 34 jaar in de revalidatie: wat trekt je daarin zo aan?

'Het werken met mensen! Daar heb ik altijd veel voldoening uit kunnen halen. Ik vind het nog steeds leuk en leerzaam om revalidanten te ondersteunen bij hun bewustwordingsproces. Natuurlijk dacht ik toen ik fris van de opleiding kwam alles te weten; na al die jaren weet ik dat dat niet zo is!'

Als je je werk van toen vergelijkt met je werk van nu, wat is dan het grootste verschil?

'Het patiëntenaanbod is veranderd. Revalidanten zijn er ernstiger aan toe, hebben zwaardere beperkingen. Het tempo van behandelen ligt ook hoger en we behandelen meer in groepen. Dus ja, soms heb ik het gevoel dat er meer druk op onze schouders rust, maar ik ervaar dat niet altijd als negatief. Verder zijn revalidanten duidelijk mondiger geworden, wat ik een goede ontwikkeling vind. Bij ons in Amsterdam hebben we tegenwoordig ook veel allochtone revalidanten. Dit heeft heel leuke kanten, maar het kan ook lastig zijn. Deze groep zegt sneller: "U heeft ervoor geleerd, zegt u maar wat ik moet doen."



Je moet dan goed kunnen uitleggen waarom hun eigen inbreng zo belangrijk is. Als er taalproblemen zijn, maken we gebruik van tolken. Verder is er tegenwoordig meer aandacht en tijd voor rapportage; dat gebeurde vroeger vaak even snel in de lunchpauze of thuis. Ook prettig: het kan nu op de pc, wat veel efficiënter is.'

Wat is er meer in het algemeen veranderd in de revalidatie?

'We werken nu met duidelijke behandeldoelen en -termijnen. Een ander groot verschil is dat we evidence-based willen werken: wat is aantoonbaar effectief? Er is meer aandacht voor wetenschappelijk onderzoek en de behandeling wordt daar ook op aangepast. Dat gaat niet van de ene op andere dag, maar het gebeurt wel. Ik vind het heel goed, maar ook heel leuk om bewuster

te behandelen en te werken volgens een onderbouwde methode. Verder is het interdisciplinair werken meer ontwikkeld. Toen ik begon stond dat in de kinderschoenen, ergotherapie was in opkomst en het vak moest zich nog bewijzen. Nu is het vanzelfsprekend dat alle beroepsgroepen vertegenwoordigd zijn in het behandelteam en is er wederzijds respect. Hierdoor kunnen we met elkaar meer bereiken voor revalidanten.'

Is dit wat je verwachtte, 36 jaar geleden?

'Welnee, ik wist niet wat ik kon verwachten. Maar ik doe het werk naar volle tevredenheid. Want het past bij me: samen met een revalidant zoeken naar mogelijkheden om verder te kunnen. Als dat lukt, als iemand die mogelijkheden vindt, is dat heel mooi. Het is gewoon leuk werk, ik doe het al 36 jaar met plezier!