

▶ 3. Nieuwsgierigheid, methodisch werken en creativiteit

Wat de GRZ kan leren van de Medisch Specialistische Revalidatiezorg

Als specialisme binnen de revalidatiezorg is de GRZ nog relatief jong. Daarom kijken we in Naarderheem graag naar specialisten waar, vanuit wetenschappelijk onderzoek én jarenlange klinische ervaring, een schat aan kennis en ervaring aanwezig is. Met Anne Visser-Meily, revalidatiearts aan het UMC Utrecht, kijken we naar actuele ontwikkelingen in de Medisch Specialistische Revalidatiezorg (MSR) en de lessen die hieruit kunnen worden getrokken voor de GRZ.



—
”Luister naar de naasten, observeer en registreer systematisch.”

Anne Visser-Meily

*(1) Revalidatiearts, Medisch hoofd van Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap en Sport, Hersencentrum UMC Utrecht en
(2) Hoogleraar, hoofd van het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht (samenwerking tussen Hersencentrum UMC Utrecht en het revalidatiecentrum De Hoogstraat)*

Waarin onderscheidt de Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) zich volgens jou van de Medisch Specialistische Revalidatiezorg (MSR)?

“De GRZ richt zich op revalidatie van patiënten die, naast hun hoofdprobleem, ook kampen met multi-problematiek ofwel ‘comorbiditeit’ en daardoor vaak laag belastbaar zijn. Bijvoorbeeld: een combinatie van artrose, vasculaire cognitieve achteruitgang, hartfalen en longproblemen. Dit maakt doen van een prognose veel ingewikkelder. Het behandelplan moet je dan, zowel qua planning als inhoudelijk, aanpassen aan die comorbiditeit. Dat vergt van de behandelaar veel creativiteit en kennis. Het herstel duurt meestal langer en aangezien comorbiditeit samenhangt met leeftijd zullen het ook vaak patiënten zijn die ouder zijn dan 75. De behandeldoelen liggen dan vooral op het terrein van dagbesteding en zelfzorg. Hoe blijf ik onder de mensen? Hoe regel ik mijn zorg? Minder vaak zullen er doelen zijn op het terrein van werk en sporten. MSR richt zich op verbeteren van eigen regie en participatie, waaronder (vrijwilligers)werk en sport. Verder vindt de GRZ tot nu toe plaats in het GRZ-centrum en steeds vaker ook worden er consulten gedaan in de eerste lijn. De GRZ heeft echter nog geen eigen poliklinische behandeling. De MSR speelt zich af in het ziekenhuis (consulten aan bed en poliklinische zorg) en deels in het revalidatiecentrum. In ieder ziekenhuis in Nederland werken revalidatieartsen. In het ziekenhuis gaat het erom snel patiënten uit het bed te krijgen, de revalidatie te begeleiden in het ziekenhuis en te triageren voor wat er nog nodig is bij ontslag. En er is veel poliklinische zorg. De MSR bevindt zich dus grotendeels in de tweede en derde lijn.”

Welke mogelijkheden zie je voor uitwisseling van deskundigheid en voor meer samenwerking tussen de MSR en Naarderheem of andere GRZ-instellingen?

“Er zijn meer overeenkomsten dan verschillen tussen MSR en GRZ. We maken gebruik van dezelfde principes: samen met patiënten en naasten haalbare doelen stellen, prognostiek, inzet van een multidisciplinair team, ketenzorg en contacten met eerste lijn. Verder wil je de motivatie van patiënten om te oefenen of om zich aan te passen vergroten. Daarbij kijk je naar persoonlijke en omgevingsfactoren. Welke elementen daarin zijn helpend of juist storend? Vanaf dag 1 is alles gericht op herstel en waar mogelijk terugkeer naar huis.



— “Een uitwisselingsprogramma kan erg helpen!”

Een groot verschil zit nog in de kennis en ervaring van de GRZ teams en het opleidingsniveau van de verpleegkundigen en verzorgenden. Het ‘patiënt-en-naasten-gericht-werken’ en alles doen in kader van ‘terug naar huis’ zit mijns inziens nog niet in de haarvaten van de GRZ. Hier kan een uitwisselingsprogramma heel erg helpen. Kijk eens een paar weken mee in MSR of laat iemand van MSR eens een zwangerschapsvervangende doen in GRZ.

In de meeste GRZ instellingen zal de revalidatiearts consulten doen. Andersom zijn er natuurlijk ook vragen over multimorbiditeit en belastbaarheid bij oudere patiënten die opgenomen zijn in een revalidatiecentrum. Ik weet niet of er al vaak een Specialist Ouderengeneeskunde in het revalidatiecentrum komt. Aangezien de leeftijd toeneemt, ook in het revalidatiecentrum (de gemiddelde leeftijd van dwarslaesie patiënten is wel 10-15 jaar hoger dan 10 jaar geleden) en daarmee ook de multimorbiditeit het centrum binnen komt, biedt dit misschien kansen om ook een SO consulten te laten doen in het revalidatiecentrum?”

Wat kan de GRZ leren van (het Kenniscentrum) Revalidatiegeneeskunde waar het gaat om best practices en wetenschap?

“Creëer een cultuur en attitude van vragen durven stellen en van altijd op zoek gaan naar betere en efficiëntere zorg. Neem vooral ook creatieve mensen aan die ook buiten de gebaande paden durven te kijken. Dat zijn mensen die op zoek gaan naar antwoorden.

Bij cognitieve revalidatie – voor mensen met een beroerte, Parkinson of een andere degeneratieve hersenaandoening – gaat het tot op heden vooral om ‘aanpassen’. Hiervoor zijn veel mooie programma’s in Nederland die je kunt afstemmen op de eigen doelgroep. In de MSR proberen we nu de cognitieve diagnostiek te verbeteren. Veel patiënten hebben klachten die we niet goed kunnen verklaren met neuropsychologisch onderzoek. Gebruik daarom observaties en luister naar de naasten van de patiënt om klachten te begrijpen. Maar dan wel geprotocolleerd. De GRZ kan ook aansluiten bij bestaande onderzoeklijnen, en wel het typische van de GRZ patiënten naar voren halen.

Pas je zorg aan op grond van bestaande kennis. We weten uit onderzoek dat naasten/netwerk en patiënten elkaar over en weer beïnvloeden. Familie is daarom heel belangrijk. Betrek hen, dit levert een win-win situatie op voor patiënten, naasten en zorgverleners.”

Heeft onderzoek binnen de revalidatiegeneeskunde tot andere werkwijzen en betere revalidatieresultaten geleid?

“Ja, met name het onderzoek naar multidisciplinair werken heeft tot heel veel verbeteringen in het ziekenhuis geleid. Bijvoorbeeld een betere samenwerking tussen neurologen en revalidatieartsen. Op de stroke unit heeft het bij veel patiënten gezorgd voor beter herstel en is het aantal sterfgevallen hierdoor omlaag gebracht. Ook is gebleken dat een hogere oefen-intensiteit leidt tot sneller herstel. De combinatie revalidatie en multidisciplinair werken is dan ook niet meer weg te denken. Vaak is herstel niet mogelijk en richt de zorg zich op het leren omgaan met de ontstane beperkingen. Steeds meer onderzoek laat ook zien dat omgevingsfactoren en persoonlijke factoren hierbij heel belangrijk zijn. Daarmee komt de psychologie de ‘geneeskunde’ binnen en maken we de zorg nu meer ‘personalized’. Er wordt niet langer een standaard programma ‘doorheen geduwd’ maar gekeken wat een specifieke patiënt nodig heeft. En dat wordt zodanig aangeboden dat de patiënten en hun naasten er iets mee kunnen.”

—
“Hogere oefenintensiteit leidt tot sneller herstel.”





—
"Durf vragen
te stellen!"

Kun je iets zeggen over de toekomst van revalidatiezorg? Van welke innovaties heb je hoge verwachtingen?

"De opnameduur zal verder afnemen, mensen gaan meer thuis revalideren. Ik verwacht dat de UMC's en ook de revalidatiecentra gespecialiseerde expertise centra worden en dat de zorg nog verder centraliseert. Vanuit dat centrale punt zullen er revalidatie-satellieten zijn in de eerste lijn.

Verder neemt E-Health een steeds grotere vlucht. Er zijn bijvoorbeeld al goede online programma's waarmee iemand zich thuis kan voorbereiden op een operatie en revalidatie. Die voorbereiding maakt ook het opnieuw leren van vaardigheden tijdens de revalidatie gemakkelijker. Met apps kunnen we beter bijhouden hoe het met patiënten thuis gaat en of het nodig is of iemand voor controle langskomt. De standaard controles, die veel tijd en geld kosten, kunnen hiermee worden beperkt.

De rol van de patiënt als 'ervaringsdeskundige' zal ook groter worden. Bij sommige diagnoses worden mensen al voor de behandeling, indien gewenst, gekoppeld aan een buddy, waarbij oud-patiënten (getrainde buddy's) nieuwe patiënten terzijde staan. In het UMCU gebeurt dat bijvoorbeeld bij slokdarmkanker.

Wat samenwerking tussen MSR en GRZ betreft zie ik meerwaarde in het gezamenlijk aanbieden van onderdelen van de opleiding. Misschien zou je zelfs een basis revalidatie opleiding kunnen aanbieden van zeg 2,5 jaar en dat je daarna specialiseert in jeugd, volwassen en geriatrie?"

In Naarderheem komt het gebruik van e-health / (zorg)apps voorzichtig op gang. Bijv. Spotter, Caredon matrassen en het zorghorloge. Wat zijn volgens jou voorwaarden voor het succesvol invoeren van digitale ondersteuning voor zorgpersoneel of voor revalidanten of mantelzorgers?

"Het is belangrijk klein te beginnen met zorginnovaties en de deelnemers eerst de voordelen te laten ervaren. Ook moet de cliënt het zélf willen en kunnen, dat geldt niet voor iedereen. Zorg altijd voor een waaier aan mogelijkheden. Als de oefenintensiteit bijvoorbeeld omhoog moet kun je allerlei mogelijkheden inzetten: een oefenboek, de familie, een app, een website met oefeningen, een robot enz. Zorg ook dat de techniek goed werkt! Laat het uitproberen door zorgverleners die er lol in hebben en techniek leuk vinden, anders mislukt het. Sowieso heb je een lange adem nodig. Vijf jaar geleden deden we een project met de activiteitenmonitor ('Iedere stap telt') en het is ook bij ons in de zorg nu pas echt geland."

