

Zo kan de revalidatie zijn participatiedoelen halen

Het Meedoen Model

I. Vuijk

In april 2017 presenteerde de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) haar rapport: 'Weten is nog geen doen'.¹ In het rapport staat: 'Naast denkvermogen is *doen-vermogen* minstens zo belangrijk om aan de hoge eisen van de participatiesamenleving te kunnen voldoen.' Ondanks het hebben van voldoende kennis of cognitief vermogen hebben mensen soms moeite om tot handelen te komen, daar waar onze maatschappij in toenemende mate verlangt dat we meedoen. Wanneer meedoen er anders uit gaat zien, ten gevolge van een beperking, wordt een extra appèl gedaan op het doenvermogen. De moeite met het doenvermogen, met de zelfredzaamheid op verschillende domeinen, wordt vaak duidelijk en concreet tijdens en na de revalidatieperiode. Dat is het moment waarop revalidanten opnieuw moeten leren meedoen.

Mensen met een fysieke beperking vallen vaak in een gat na hun revalidatietraject. Een periode die door revalidatieprofessionals zelf het 'zwarte gat' wordt genoemd. Eenmaal thuis dienen de gevolgen van de beperking zich in volle omvang aan. Daar ligt de uitdaging voor mensen met een beperking en hun naasten om het leven weer op te pakken. Een groot deel van de mensen met een beperking en hun naasten ervaren daarbij problemen. Sommigen direct na hun revalidatie, anderen jaren later, al dan niet gekoppeld aan een nieuwe levensfase.

nentere plek in binnen het sociale domein en onze gezondheidszorg.

Het Zorginstituut Nederland heeft in haar rapport 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden'³ omschreven dat de revalidatie onder andere het volgende beoogt:

- inzicht verwerven in oorzaken en (huidige en toekomstige) gevolgen van de door de patiënt en zijn naasten ervaren problemen;
- de patiënt toerusten voor het zoveel mogelijk zelfstandig onderhouden van zijn gezondheid en functionele mogelijkheden en de zelfmanagementvaardigheden met betrekking tot het gebruik van de gezondheidszorg en maatschappelijke voorzieningen versterken;
- de (te voorziene) gevolgen van de aandoening voor dagelijkse activiteiten en het sociaal-maatschappelijk functioneren van de patiënt en zijn naasten voorkomen dan wel beperken.

Ook de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) heeft '*het bevorderen van maatschappelijke participatie en autonomie*' als primair doel van de revalidatie beschreven.⁴

Kortom, meedoen is de breed gedragen gewenste uitkomst van revalidatie.

De revalidatiegeneeskunde heeft bij uitstek een

'Eenmaal thuis realiseerde ik me pas wat de impact van mijn beperking was, zowel voor mijzelf als voor mijn omgeving. Toen begon het revalideren pas echt en daar was ik niet op voorbereid.'

Bart, oud-revalidant, onderwijzer, 62 jaar

ROL REVALIDATIEARTS BIJ VERBETEREN GEZONDHEID EN ONTWIKKELEN 'DOENVERMOGEN'

Er zijn verschillende definities van gezondheid.

In 2011 publiceerde Machteld Huber in het British Medical Journal (BMJ) de nieuwe definitie 'Positieve gezondheid'.² Hierin ligt de focus op het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Dit neemt een steeds promi-

verantwoordelijkheid om mensen te leren meedoen met hun beperking of die van hun naaste. Daarnaast heeft zij een preventieve rol in het voorkomen van secundaire zorgkosten. Echter, de cijfers laten zien dat mensen met lichamelijke beperkingen op vrijwel alle fronten minder meedoen in onze samenleving dan de algemene bevolking.⁵ Drie op de tien mensen met een ernstige lichamelijke beperking voelt zich bovendien sterk eenzaam. Blijkbaar zit er nog een gat tussen de bedoeling van revalidatiegeneeskunde en de uitkomsten in de praktijk.

I. (Inge) Vuijk, directeur stichting Revalideren is leren, initiatiefnemer Rehab Academy en auteur 'Revalideren is leren'

VAN 'ZORGEN VOOR' NAAR 'ZORGEN DAT'

Er ligt een hele grote kans voor de revalidatiezorg om een voorbeeld te zijn voor de rest van de gezondheidszorg. De definitie van de VRA sluit naadloos aan bij 'Positieve gezondheid'. De revalidatieteams werken interdisciplinair 'met de handen op de rug'. Revalidanten zitten op veel plekken mee aan tafel wanneer de voortgang van hun revalidatie wordt besproken.

Waarom lopen er dan nog steeds zoveel mensen vast na hun revalidatie?

In steeds meer revalidatiecentra wordt de revalidant gevraagd om actief mee te beslissen over zijn revalidatiedoelen en de invulling van het revalidatietraject. Toch zijn de uitkomsten van de revalidatie nog te vaak gebaseerd op het medische model en te weinig expliciet gericht op meedoen of participeren. Niet de participatievraag (*outcome*) staat centraal om in aanmerking te komen voor revalidatie, maar het aantal disciplines (input) dat nodig is. Niet de meedoen-vraag staat centraal maar de behandeldoelen. De evidence-based therapieën worden uitgestippeld door de therapeuten. Therapeuten dragen aan elkaar over wat er met een revalidant geoefend moet worden. Daarmee ligt de regie en verantwoordelijkheid te veel bij het team. Een revalidant hoeft alleen te volgen en blijft afhankelijk van de professionals om hem heen.

leren. Ook van de eigen fouten.

Ten tweede vraagt het om sturen op uitkomsten die gericht zijn op meedoen. Hiervoor is een focus-verschuiving nodig van het 'medische model' naar een 'meedoen-model' of zoals de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) in juni 2017 adviseerde van 'evidence-based practice' naar 'context-based practice'.⁶ Daarin zit een verschuiving van kunnen en weten naar concreet doen en vooral toepassen in het eigen dagelijks leven.

MEEDOEN MODEL

Revalidatie Nederland ontwikkelt op dit moment samen met patiënten en stakeholders toekomstscenario's voor de medisch specialistische revalidatiezorg onder de titel 'Medisch specialistische revalidatie naar 2030'.⁷ Een traject op weg naar een invulling van de revalidatiezorg die past bij de ontwikkelingen in de maatschappij. Tijdens de eerste bijeenkomst kwam de term 'zorg op afstand' op tafel. De aanwezigen waren het er over eens dat de zorg meer naar de revalidant toe moet. Er ontstond echter een discussie over de term 'zorg op afstand'. Op afstand werken neemt de instellingen en professionals als vertrekpunt. Het gaat juist om de mensen met een beperking en hun naasten. Dat betekent dat de zorg die voor hen nu nog op afstand is juist dichtbij geleverd moet gaan worden met de zorgvrager en zijn thuissituatie

'Een tijdje geleden mocht ik een behandelteam coachen op de werkvloer op basis van de principes achter 'Revalideren is leren'. De feedback die we op dat moment van een revalidant kregen was heel veelzeggend: 'Zo, hier word ik alert van!' Blijkbaar vroeg de leeraanpak die we op dat moment inzetten een grotere mate van betrokkenheid en eigenaarschap van haar dan ze gewend was.'

Coen Vuijk, opleider Rehab Academy

Wat is er nodig om daadwerkelijk maatschappelijke participatie en autonomie van een revalidant en zijn naasten te bevorderen?

Ten eerste mag het leerproces centraal komen te staan binnen de revalidatie. Want revalideren is leren. Niet de cliënt of de professional bepaalt, maar het leerproces van de revalidant staat centraal. Dat betekent dat soms de professional en soms de revalidant samen met zijn naasten de regie voert. Wie wanneer stuurt is afhankelijk van de ervaring, vaardigheden en expertise van de revalidant. Door het leerproces centraal te zetten gaan de revalidant en de professional samenwerken aan de gestelde doelen. De focus van de professionals verschuift daarmee van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Door de revalidant gericht verantwoordelijkheid te geven gaan deze harder

als vertrekpunt; een verschuiving van het centrale systeem naar de centrale persoon met een beperking en zijn naasten.

Het Meedoen Model (zie figuur) van Rehab Academy is een uitkomstenmodel dat de eigen sociale en maatschappelijke context als vertrekpunt neemt voor een revalidatieleertraject.⁸ Het model is opgebouwd uit zeven dimensies die gezamenlijk de mate van meedoen in de maatschappij weergeven. Het is erop gericht om de mate van meedoen en de ontwikkeling daarin vast te leggen. Niet de diagnose is leidend, maar de manier waarop iemand zijn beperking integreert in zijn dagelijks leven. De dimensies uit het model komen uit een beproefd en breed gedragen toetsingskader binnen het onderwijs gericht op parti-

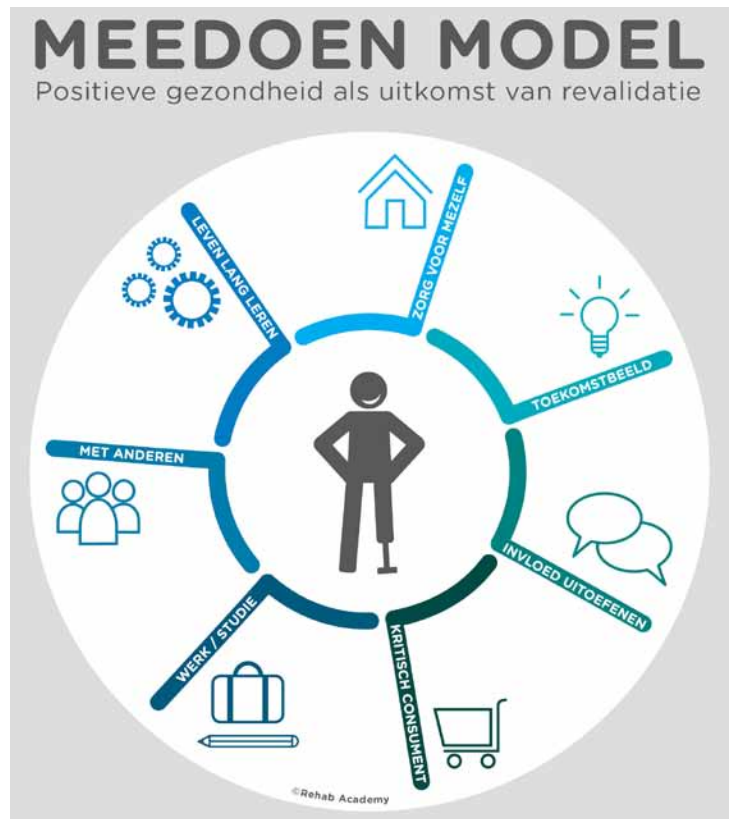
cipatie en zijn vastgelegd in die kwalificatiestructuur. In het Meedoen Model zijn de onderliggende concrete handelingsprocessen beschreven voor toepassing binnen revalidatiezorg. Deze handelingsprocessen geven concreet de mate van meedoen weer. Het Meedoen Model kan enerzijds gebruikt worden als gesprekstoel om revalidatiedoelen expliciet te maken. Anderzijds biedt het met een onderliggend revalidantvolgsysteem (RVS) de mogelijkheid om de ontwikkeling van een revalidant te meten en te monitoren op participatie uitkomsten. Wanneer 'Positieve gezondheid' het vertrekpunt is, biedt het Meedoen Model een op maatschappelijke participatie gericht uitkomstenmodel waarmee de revalidatiesector voorop kan gaan lopen binnen de transitie in de zorg. Door mensen met een beperking optimaal te leren meedoen in de brede zin van het woord zal het aantal draaideur-revalidanten afnemen. Mensen die optimaal voor zichzelf zorgen en optimaal functioneren zullen minder snel opnieuw aankloppen bij de revalidatiearts. Behalve de preventieve werking die dat op secundaire zorgconsumptie heeft zal het ook een positief effect hebben binnen het sociaal domein. Het is zeer aannemelijk dat de aanspraak op WMO voorzieningen en financiële regelingen zal afnemen, naar mate mensen een reëler beeld hebben van wat ze willen en wat en wie ze daarvoor nodig hebben. Een kleine stap voor de revalidatieprofessionals met grote gevolgen voor de inclusieve samenleving, zoals bedoeld in het geratificeerde VN-verdrag.⁹ Daarmee een voorbeeld voor andere specialismes in de gezondheidszorg.

Op dit moment wordt het Meedoen Model uitgewerkt tot een digitaal revalidantvolgsysteem (RVS).

REFERENTIES

1. *Rapport nr. 97 'Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid'*- Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) (24-4-2017).
2. *Concept 'Positieve gezondheid'*- Machteld Huber (2011).
3. *Rapport 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden'*- Zorg Instituut Nederland (25 juni 2015).

> *Figuur 1.*



4. *Primaire doel Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) - www.revalidatiegeneeskunde.nl.*
5. *Rapportage participatiemonitor 2015: Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking- Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (2015).*
6. *'Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg'*- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (19 juni 2017).
7. *'Medisch specialistische revalidatie naar 2030'* - Revalidatie Nederland (2017).
8. *Meedoen Model - Rehab Academy (2017).*
9. *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, New York, (13-12-2006, geratificeerd 14-07-2016).*

Correspondentie

leren@rehabacademy.nl