



## Programma nascholing NVOMG, bijlage 1. Voordracht Prof. R.J.E.M. Smeets

Revalidatiegeneeskunde is een medisch specialisme dat zich richt op de zorg voor mensen met (dreigende) problemen van het bewegingsapparaat en/of cognitieve stoornissen die (kunnen) leiden tot blijvende verstoring van het functioneren. Het houdt zich bezig met het bevorderen van fysiek en cognitief functioneren, activiteiten, participatie en het veranderen van persoonlijke en omgevingsfactoren. Het vak kent de functies diagnostiek, advisering, behandeling en nazorg. Kenmerkend voor de revalidatiegeneeskunde is dat niet de aandoening of ziekte centraal staat zoals nog vaak gebeurt in het medisch gevolgenmodel, maar de mens. Vanuit dit holistisch perspectief, ook wel biopsychosociaal denken genoemd, tracht de revalidatiearts, eventueel samen met zijn interdisciplinair team helder te krijgen wat de gevolgen van deze aandoening of ziekte en de beïnvloedende factoren zijn. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van de door de World Health Organisation ontwikkelde International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-model). Aan de hand van een patiënt met pijnklachten in de lage rug zal dit model nader worden toegelicht.

De meest belangrijke ontwikkeling van het vak is toch wel de paradigma shift van het denken in beperkingen die een patiënt ondervindt naar het herkennen van resterende mogelijkheden en kansen. Was het voorheen zo dat we vooral gericht waren op hoe we deze beperkingen het beste konden oplossen en/of compenseren door het aanbieden van een zo groot mogelijk pallet aan behandelvormen of het veelvuldig voorschrijven van zoveel mogelijk voorzieningen, aanpassingen, hulp en vaak ook afkeuring (WIA), vandaag de dag wordt juist veel meer gekeken naar de resterende capaciteit en hoe deze het beste kan worden benut. De patiënt wordt uitgenodigd zelf zijn hulpvragen te formuleren en uitdrukkelijk betrokken bij het formuleren van de behandeldoelen. Bewust wordt niet meer alles wat vanuit ons vak en de daarmee samenhangende vakgebieden mogelijk is aangeboden, maar is de zorg meer modulair ingericht om de gezamenlijk vastgestelde behandeldoelen te verwezenlijken. Zo gaat een dwarslaesie patiënt nadat aan basale voorwaarden voor ontslag naar huis is voldaan eerst in zijn eigen omgeving ondervinden hoe hij/zij functioneert en op welke gebieden er uiteindelijk nog behandeldoelen bestaan. Hiermee is de gemiddelde revalidatiebehandelduur met meerdere maanden afgenomen en zijn patiënten minstens zo tevreden als voor invoering van het modulaire werken.

Met name de afgelopen twee decennia is dan ook veel meer nadruk komen te liggen op het gebruik maken van motiverende gesprekstechnieken en het aanbieden van zelfmanagement technieken zodat de patiënt zelf mede keuzes t.a.v. de inhoud van het te volgen revalidatieproces maakt. Dit sluit ook goed aan bij de huidige maatschappelijke ontwikkeling van de afbouw van onze verzorgingsstaat en het re-integratie proces van patiënten met fysieke, cognitieve en mentale problemen. Uiteraard moet we er wel voor zorggedragen dat we juist aan degenen die dat niet zelfstandig kunnen, adequate begeleiding en/of bescherming blijven bieden c.q. voor hen regelen.

In het tweede deel van de presentatie zal nader worden ingegaan op chronische pijn en de revalidatie van mensen met chronische pijnklachten in het houding- en bewegingsapparaat zoals fibromyalgie, nek- en rugklachten en Complex Regionaal Pijn Syndroom (CRPS) behandeld. Na een korte inleiding over de rol van centrale sensitatie van het zenuwstelsel en het biopsychosociaal model, zal het vrees-vermijdingsmodel worden geïntroduceerd en de daaruit voortvloeiende behandeling Graded Exposure in Vivo worden besproken. Met deze toelichting zal ook de titel van de lezing “Revalidatie, grensverleggend in bewegen!” nader verklaard worden.

Tot slot zullen nog enkele belangrijke ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg en vooral de revalidatiegeneeskunde worden benoemd, zoals het groeiend aanbod van patiënten en meer complexiteit ten gevolge van toenemende hogere leeftijd, co-morbiditeit en welvaartsziekten bij gelijkblijvende of krimpende budgetten. Enkele oplossingen zijn het toepassen van de binnen de revalidatiegeneeskunde ontwikkelde behandelingen in een vroege fase (pre-revalidatie, voorlichtingscampagne), stepped care benadering (rugpijn, CVA) en technologische ontwikkelingen. En als laatste zal de zorgstandaard chronische pijn worden toegelicht waarbij een pleidooi wordt gehouden om vooral in de eerste lijn meer aandacht te hebben voor de psychosociale risicofactoren en deze zorgverleners hier adequaat in te scholen en de rol die de revalidatiegeneeskunde hierin kan en moet nemen.