

Handboek revalidatiepsychologie

Caroline van Heugten

Marcel Post

Sascha Rasquin

Peter Smits

(redactie)

Uitgeverij Boom

Inhoud

| | | |
|----------|---|----|
| Deel 1 | Algemeen | 15 |
| 1 | Inleiding | 17 |
| | <i>Caroline van Heugten en Marcel Post</i> | |
| 1.1 | Revalidatiepsychologie | 19 |
| 1.2 | Revalidatie | 21 |
| 1.3 | Classificatie van het menselijk functioneren | 25 |
| 2 | Bruikbare theoretische modellen voor de revalidatiebehandeling | 29 |
| | <i>Peter Smits en Sascha Rasquin</i> | |
| 2.1 | Omgaan met veranderingen | 30 |
| 2.2 | Persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen | 33 |
| 2.3 | Neuropsychologische modellen | 37 |
| 2.4 | Leren | 38 |
| 2.5 | Vreesvermijdingsmodel | 41 |
| 2.6 | Gevolgenmodel | 42 |
| 2.7 | Tot besluit | 44 |
| 3 | Psycholoog in de revalidatie | 47 |
| | <i>Marcel Post en Caroline van Heugten</i> | |
| 3.1 | Werksetting en competenties | 47 |
| 3.2 | Disciplines en multidisciplinaire samenwerking | 48 |

| | | |
|------------------------|---|-----|
| 3.3 | Doelen stellen in een revalidatiebehandeling | 50 |
| 3.4 | Behandelplan opstellen | 53 |
| 3.5 | Evaluatie van behandeling en uitkomstmaten | 54 |
| Deel 2 Diagnosegroepen | | 59 |
| 4 | Cerebrovasculair accident <i>Erny Groet en Marthe Ford</i> | 61 |
| 4.1 | Ziektebeeld | 61 |
| 4.2 | Epidemiologie | 61 |
| 4.3 | Gevolgen | 62 |
| 4.4 | Kwaliteit van leven en participatie | 66 |
| 4.5 | Diagnostiek | 67 |
| 4.6 | Behandeling | 70 |
| 5 | Traumatisch hersenletsel <i>Sven Stapert</i> | 79 |
| 5.1 | Ziektebeeld | 79 |
| 5.2 | Epidemiologie | 80 |
| 5.3 | Gevolgen | 81 |
| 5.4 | Kwaliteit van leven en coping | 83 |
| 5.5 | Diagnostiek | 84 |
| 5.6 | Behandeling | 86 |
| 5.7 | Tot besluit | 89 |
| 6 | Hypoxisch hersenletsel na een hartstilstand <i>Véronique Moulaert, Jeanine Verbunt en Caroline van Heugten</i> | 93 |
| 6.1 | Ziektebeeld | 93 |
| 6.2 | Epidemiologie | 94 |
| 6.3 | Gevolgen | 94 |
| 6.4 | Diagnostiek | 97 |
| 6.5 | Behandeling | 98 |
| 7 | Hersentumoren <i>Sanne Schagen en Meike Holleman</i> | 103 |
| 7.1 | Ziektebeeld | 103 |
| 7.2 | Epidemiologie | 104 |
| 7.3 | Gevolgen | 104 |
| 7.4 | Diagnostiek | 108 |
| 7.5 | Behandeling | 109 |

| | | |
|------|--|-----|
| 8 | Multiple sclerose | 115 |
| | <i>Yvonne Bol en Roger Haenen</i> | |
| 8.1 | Ziektebeeld | 115 |
| 8.2 | Epidemiologie | 116 |
| 8.3 | Gevolgen | 116 |
| 8.4 | Diagnostiek | 119 |
| 8.5 | Behandeling | 121 |
| 9 | Ziekte van Parkinson | 127 |
| | <i>Annelien Duits</i> | |
| 9.1 | Ziektebeeld | 127 |
| 9.2 | Epidemiologie | 128 |
| 9.3 | Gevolgen | 128 |
| 9.4 | Diagnostiek | 130 |
| 9.5 | Behandeling | 131 |
| 10 | Dwarslaesie | 139 |
| | <i>Tijn van Diemen</i> | |
| 10.1 | Ziektebeeld | 139 |
| 10.2 | Epidemiologie | 140 |
| 10.3 | Gevolgen | 140 |
| 10.4 | Diagnostiek | 141 |
| 10.5 | Behandeling | 143 |
| 10.6 | Chronische fase | 146 |
| 11 | Neuromusculaire aandoeningen | 149 |
| | <i>Carin Schröder en Laurien Teunissen</i> | |
| 11.1 | Ziektebeeld en epidemiologie | 149 |
| 11.2 | Gevolgen | 150 |
| 11.3 | NMA in de revalidatie | 152 |
| 11.4 | Diagnostiek | 153 |
| 11.5 | Behandeling | 155 |
| 11.6 | Tot besluit | 156 |
| 12 | Amputaties | 161 |
| | <i>Anja Joosten</i> | |
| 12.1 | Ziektebeeld en epidemiologie | 162 |
| 12.2 | Psychosociale gevolgen van een amputatie | 163 |
| 12.3 | Diagnostiek | 166 |
| 12.4 | Behandeling | 167 |
| 12.5 | Tot besluit | 170 |

| | | |
|------|---|-----|
| 13 | Hartaandoeningen | 175 |
| | <i>Veronica Janssen en Simone Traa</i> | |
| 13.1 | Ziektebeeld | 175 |
| 13.2 | Epidemiologie | 176 |
| 13.3 | Gevolgen | 176 |
| 13.4 | Revalidatiebehandeling | 177 |
| 13.5 | Diagnostiek | 178 |
| 13.6 | Behandeling | 182 |
| 13.7 | Chronische zorg | 184 |
| 14 | Longaandoeningen | 189 |
| | <i>Jan Vercoulen, Natasja Mathijssen en Alicia IJssel de Schepper</i> | |
| 14.1 | Begripsbepaling | 189 |
| 14.2 | Doelgroepen | 190 |
| 14.3 | Uitgangspunten longrevalidatie | 190 |
| 14.4 | Het longrevalidatieprogramma op hoofdlijnen | 192 |
| 14.5 | De rol van de psycholoog | 194 |
| 14.6 | Tot besluit | 199 |
| 15 | Oncologie | 203 |
| | <i>Lucas Slot</i> | |
| 15.1 | Epidemiologie | 204 |
| 15.2 | Symptomen en klachten | 204 |
| 15.3 | Visie op oncologische revalidatie | 205 |
| 15.4 | Organisatie van de oncologische revalidatie in de zorgketen | 207 |
| 15.5 | Behandeling en begeleiding | 209 |
| 15.6 | Psychologische interventies | 209 |
| 15.7 | Nazorg | 213 |
| 16 | Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten | 217 |
| | <i>Mechteld Dijkman en Vivian de Vries</i> | |
| 16.1 | SOLK | 217 |
| 16.2 | Conversiestoornis | 222 |
| 17 | Chronische pijn | 229 |
| | <i>Ank Kole-Snijders</i> | |
| 17.1 | Ziektebeeld | 229 |
| 17.2 | Epidemiologie | 229 |
| 17.3 | Gevolgen | 230 |
| 17.4 | Pijnrevalidatie | 231 |
| 17.5 | Indicatiestelling | 232 |
| 17.6 | Behandeling | 234 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 18 | Chronisch vermoeidheidssyndroom | 243 |
| | <i>Hans Knoop</i> | |
| 18.1 | Wanneer spreken we van CVS? | 243 |
| 18.2 | Verklaringsmodellen | 244 |
| 18.3 | Epidemiologie | 246 |
| 18.4 | Gevolgen | 246 |
| 18.5 | Diagnostiek | 247 |
| 18.6 | Behandeling | 249 |
| 19 | Cogniforme stoornissen | 255 |
| | <i>Peter Smits en Rudolf Ponds</i> | |
| 19.1 | Cogniforme stoornissen volgens Delis en Wetter | 257 |
| 19.2 | Cogniforme stoornissen in de DSM en de ICD-10 | 258 |
| 19.3 | Neurocognitieve hypochondrie | 258 |
| 19.4 | Verklaringsmodellen | 259 |
| 19.5 | Diagnostiek en diagnostische instrumenten | 260 |
| 19.6 | Behandeling | 263 |
| 19.7 | Tot besluit | 265 |
| Deel 3 | Algemene thema's in de revalidatie | 269 |
| 20 | Activiteiten en participatie | 271 |
| | <i>Carly Betting en Gert Geurtsen</i> | |
| 20.1 | Revalidatie van activiteiten en participatie | 273 |
| 20.2 | In kaart brengen van activiteiten en participatie | 274 |
| 20.3 | Interventies | 276 |
| 20.4 | Tot besluit | 279 |
| 21 | Verwerking | 283 |
| | <i>Niels Farenhorst</i> | |
| 21.1 | Schokverwerking | 285 |
| 21.2 | Verliesverwerking | 286 |
| 21.3 | Tot besluit | 290 |
| 22 | Seksualiteit bij ziekte en handicap | 293 |
| | <i>Niels Farenhorst</i> | |
| 22.1 | Lichaam | 295 |
| 22.2 | Psyche | 296 |
| 22.3 | De ander | 297 |
| 22.4 | Seksuologie | 298 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 22.5 | Revalidatieteam | 299 |
| 22.6 | Revalidatiepsycholoog | 300 |
| 22.7 | Tot besluit | 302 |
| 23 | Gezinsgerichte revalidatie | 305 |
| | <i>Anne Visser-Meily, Willeke Kruithof en Marcel Post</i> | |
| 23.1 | Het begrip mantelzorg of informele zorg | 306 |
| 23.2 | Belasting van de mantelzorger | 308 |
| 23.3 | De mantelzorger in de revalidatie | 310 |
| 23.4 | Tips voor de begeleiding van mantelzorgers | 313 |
| 24 | Volwassen worden met een aangeboren lichamelijke beperking | 317 |
| | <i>Sander Hilberink en Diana Wiegerink</i> | |
| 24.1 | Wat zijn de belangrijkste patiëntpopulaties? | 317 |
| 24.2 | Adolescentiefase | 319 |
| 24.3 | Ontwikkeling bij jongeren met een lichamelijke beperking | 319 |
| 24.4 | Ouders | 320 |
| 24.5 | Verandering in participatie | 321 |
| 24.6 | Uitdagingen in participatie | 321 |
| 24.7 | Revalidatie | 322 |
| 24.8 | De rol van de psycholoog | 324 |
| 24.9 | Specifieke methodieken | 325 |
| 24.10 | Poliklinieken jongvolwassenen en behandelprogramma's | 326 |
| 25 | Eigen regie in de revalidatie | 331 |
| | <i>Sander Hilberink en Mieke Cardol</i> | |
| 25.1 | Disability Studies | 332 |
| 25.2 | Het valide wereldbeeld | 332 |
| 25.3 | Identiteit en imago | 333 |
| 25.4 | Eigen regie in de 21e eeuw | 334 |
| 25.5 | Disability Management als model voor eigen regie? | 335 |
| 26 | Zelfmanagement | 343 |
| | <i>Caroline van Heugten, Nienke Tielemans, Vera Schepers en Anne Visser-Meily</i> | |
| 26.1 | Wat is zelfmanagement? | 344 |
| 26.2 | Theoretische onderbouwing van zelfmanagement | 345 |
| 26.3 | Zelfmanagement bij chronisch zieken | 346 |
| 26.4 | Effectiviteit van zelfmanagementinterventies | 348 |
| 26.5 | Zelfmanagement in de revalidatie | 349 |
| 26.6 | Tot besluit | 350 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 27 | Onderpresteren en overrapporteren | 355 |
| | <i>Rudolf Ponds en Brechje Dandachi-FitzGerald</i> | |
| 27.1 | Begrippen | 356 |
| 27.2 | Voorkomen in de kliniek | 357 |
| 27.3 | De klinische blik is ontoereikend | 358 |
| 27.4 | Waarom patiënten aggraveren | 358 |
| 27.5 | Beschikbare meetinstrumenten | 360 |
| 27.6 | Terugrapportage aan de patiënt | 361 |
| 27.7 | Tot besluit | 363 |
| | | |
| Deel 4 | Behandelvormen | 367 |
| | | |
| 28 | Motiverende gespreksvoering in de revalidatiesetting | 369 |
| | <i>Vera-Christina Mertens, Wilma Noteborn en Mariëlle Goossens</i> | |
| 28.1 | Wat is motiverende gespreksvoering? | 369 |
| 28.2 | Basisprincipes | 370 |
| 28.3 | Centrale gespreksonderdelen | 371 |
| 28.4 | Houdingsaspecten van de zorgverlener | 372 |
| 28.5 | Theoretische modellen | 372 |
| 28.6 | Wetenschappelijke evidentie | 373 |
| 28.7 | Training | 375 |
| 28.8 | Valkuilen | 376 |
| 28.9 | Specifieke toepassingen binnen de revalidatie | 377 |
| | | |
| 29 | Cognitieve gedragstherapie | 383 |
| | <i>Thomas Jansen</i> | |
| 29.1 | Cognitieve gedragstherapie binnen de volwassenenrevalidatie | 384 |
| 29.2 | Specifieke toepassingsgebieden van CGT binnen de revalidatie | 385 |
| 29.3 | Overige toepassingsgebieden | 391 |
| 29.4 | Tot besluit | 392 |
| | | |
| 30 | Acceptance & Commitment Therapy en Mindfulness | 395 |
| | <i>Karlijn Schreurs en Hester Trompetter</i> | |
| 30.1 | Wat is Acceptance & Commitment Therapy? | 397 |
| 30.2 | Mindfulness | 399 |
| 30.3 | Wetenschappelijke evidentie | 400 |
| 30.4 | ACT in multidisciplinaire revalidatie | 401 |
| 30.5 | Vragenlijsten | 403 |
| 30.6 | Tot besluit | 403 |

| | | |
|------|--|-----|
| 31 | Eye Movement Desensitization and Reprocessing | 407 |
| | <i>Carlijn de Roos en Yanda van Rood</i> | |
| 31.1 | Wat is EMDR? | 407 |
| 31.2 | Werking | 409 |
| 31.3 | Wetenschappelijke evidentie | 410 |
| 31.4 | EMDR: diagnostiek en indicatiestelling in de revalidatie | 410 |
| 31.5 | EMDR: identificatie van relevante traumatische herinneringen | 414 |
| 31.6 | Timing | 416 |
| 31.7 | Tot besluit | 416 |
| 32 | Oplossingsgerichte therapie | 421 |
| | <i>Marion Klaver</i> | |
| 32.1 | Wat is oplossingsgerichte therapie? | 421 |
| 32.2 | Wetenschappelijke evidentie | 425 |
| 32.3 | Specifieke toepassing binnen de revalidatie | 425 |
| 32.4 | Tot besluit | 429 |
| 33 | Neuropsychologische behandeling | 433 |
| | <i>Luciano Fasotti en Joke Spikman</i> | |
| 33.1 | Neuropsychologische behandeling: interventies | 433 |
| 33.2 | Behandeling van gedragsmatige en emotionele gevolgen | 434 |
| 33.3 | Twee modellen voor neuropsychologische behandeling | 436 |
| 33.4 | Cognitieve revalidatie | 437 |
| 33.5 | Cognitieve training | 438 |
| 33.6 | Twee vormen van cognitieve training | 439 |
| 33.7 | Indicatiestelling | 441 |
| 34 | Arbeidsgerichte revalidatie | 447 |
| | <i>Max van Dormolen en Coen van Bennekom</i> | |
| 34.1 | Begripsbepaling | 448 |
| 34.2 | Diagnostiek | 449 |
| 34.3 | Voorbeelden | 452 |
| 34.4 | Juridisch kader | 453 |
| 34.5 | Tot besluit | 455 |
| 35 | Interpersoonlijke psychotherapie bij een lichamelijke aandoening | 459 |
| | <i>Kosse Jonker</i> | |
| 35.1 | Korte achtergrond en uitgangspunten | 460 |
| 35.2 | Depressiviteit bij een lichamelijke aandoening | 460 |
| 35.3 | IPT bij patiënten met een depressie en lichamelijke problematiek | 461 |

| | | |
|------|-----------------|-----|
| 35.4 | Behandeling | 461 |
| 35.5 | Tot besluit | 466 |
| | Over de auteurs | 469 |
| | Register | 477 |

Inleiding

Caroline van Heugten en Marcel Post

Wat is revalidatiepsychologie? Wat is een revalidatiepsycholoog? Wat onderscheidt hem of haar van andere psychologen en van andere professionals in de revalidatie? Wat moet je doen om revalidatiepsycholoog te worden? Wat moet je weten om revalidatiepsychologie te kunnen bedrijven?

Dit handboek beoogt een kennisbasis voor de revalidatiepsychologie te zijn. Sinds de verschijning van het boek *Revalidatiepsychologie* onder redactie van De Moor, Van Balen, Beers en De Vos (1990), bijna 25 jaar geleden, heeft het vakgebied een sterke ontwikkeling doorgemaakt. De weerslag daarvan is gedeeltelijk te vinden in de vorm van capita selecta in het boek *Verder kijken: Ontwikkelingen in de revalidatiepsychologie* (Eilander, Beers & De Vos, 2005). Een omvattend en actueel handboek van de revalidatiepsychologie ontbreekt echter, en het onderhavige werk is geschreven om in de behoefte daaraan te voorzien.

Ontwikkelingen in maatschappij en gezondheidszorg hebben ertoe geleid dat de levensverwachting van mensen aanzienlijk is gestegen, ook als ze chronische aandoeningen hebben, en dat mensen steeds langer (zelfstandig of met hulp) thuis blijven wonen. Daarnaast is er meer aandacht gekomen voor maatschappelijke participatie en zelfmanagement van mensen met chronische aandoeningen. Deze ontwikkelingen betekenen dat de revalidatiezorg een grotere rol krijgt. Revalidatiezorg is niet enkel meer gericht op herstel in de eerste maanden na een trauma, incident of diagnose (functioneren), maar is steeds meer ook gericht op de chronische fase en de mogelijke problematiek die daar optreedt (participatie en gezondheids-

problemen op lange termijn). Daarbij hebben medisch-technische ontwikkelingen geleid tot nieuwe doelgroepen in de revalidatie, zoals patiënten met de ziekte van Parkinson en andere neurodegeneratieve aandoeningen; en ook de oncologische patiënt wordt vaker verwezen voor revalidatiebehandeling. Daarnaast is er steeds meer aandacht voor psychologische factoren die van invloed zijn op het behandelproces en de uitkomsten daarvan. Hierbij kan worden gedacht aan behandelmotivatie, copingstijlen en leervermogen. De revalidatiepsycholoog krijgt daardoor een steeds grotere rol in de revalidatiezorg.

Gezien deze ontwikkelingen was het naar onze mening hoog tijd voor een handboek revalidatiepsychologie voor de Nederlandstalige markt van de gezondheidszorg. Dit boek is interessant voor psychologen werkzaam in een revalidatiesetting, maar zeker ook voor andere leden van het revalidatieteam en psychologen werkzaam in aanpalende sectoren.

Op het moment van het verschijnen van dit boek zijn er vier deelgebieden van de gezondheidszorgpsychologie als profiel erkend: eerstelijnspsychologie, verslavingspsychologie, ouderenpsychologie en forensische psychologie. In Nederland bestaat er nog geen profiel revalidatie voor gz-psychologen. Maar het voorliggende handboek biedt een overzicht van de revalidatiepsychologie in al haar facetten en zou, als er op termijn een profiel revalidatiepsychologie wordt ontwikkeld, als primaire leerstof voor zo'n profielopleiding kunnen worden gebruikt.

In deel 1 van het boek wordt in hoofdstuk 1 een inleiding van de revalidatiepsychologie gegeven, in hoofdstuk 2 een overzicht van bruikbare theoretische modellen en in hoofdstuk 3 een beschrijving van de revalidatiepsycholoog in de klinische praktijk. In deel 2 van dit boek worden de belangrijkste diagnosegroepen in de revalidatiepsychologie beschreven aan de hand van ziektebeeld, epidemiologie, diagnostiek en behandeling. De auteurs hebben de vrijheid gekregen en genomen om deze aspecten te bespreken in een voor hen passende volgorde; alle aspecten komen wel steeds aan de orde. Deel 3 bevat een aantal thema's die gekoppeld zijn aan revalidatiedoelstellingen, en in deel 4 worden gangbare behandelvormen gepresenteerd.

De redactie heeft in dit handboek een zo compleet mogelijk overzicht van de revalidatiepsychologie willen bieden. Het grote aantal onderwerpen die onder dit brede vakgebied vallen, in combinatie met de noodzakelijkerwijs beperkte omvang van dit boek, maakte het noodzakelijk dat de verschillende auteurs zich beperkten en waar mogelijk hebben verwezen naar andere informatiebronnen als deze voor een ziektebeeld, behandelvorm of ander onderwerp beschikbaar zijn. De literatuurlijsten en verwijzingen

naar verdiepende informatie bieden de geïnteresseerde lezer de mogelijkheid zich verder in de materie te verdiepen.

Dit boek is geschreven door deskundigen die veelal werkzaam zijn in de revalidatiesector. De hoofdstukken zijn dan ook vaak direct van toepassing in deze sector, maar ze kunnen door psychologen of andere professionals die werkzaam zijn in andere sectoren vertaald worden naar de eigen sector of discipline, zoals de geriatrische revalidatiezorg.

Dit boek is gericht op volwassen patiënten. Voor nadere informatie over kinderen en jongeren of ouderen verwijzen we graag naar andere handboeken.

In dit boek is getracht een eenduidige terminologie te hanteren om de leesbaarheid te vergroten. Overal waar ‘hij’ of ‘hem’ staat, kan ook ‘zij’ of ‘haar’ gelezen worden. Er is gekozen voor de term ‘patiënt’ en niet voor andere termen, zoals ‘cliënt’ of ‘revalidant’. In een enkel hoofdstuk is daarvan afgeweken, zoals in het hoofdstuk over arbeidsrevalidatie, omdat er dan in de praktijk van ‘cliënten’ wordt gesproken. Soms was het lastig om de terminologie eenduidig weer te geven, omdat de auteurs vanuit verschillende perspectieven schrijven; in die gevallen hebben we ervoor gekozen de terminologie van de auteurs zelf aan te houden.

1.1 Revalidatiepsychologie

Het is niet eenvoudig een definitie van revalidatiepsychologie te geven. De revalidatiepsychologie is geen apart specialisme, zoals sommige andere werkvelden van psychologen. In de revalidatie werken zowel neuropsychologen, ontwikkelingspsychologen, orthopedagogen, klinisch psychologen als medisch psychologen. In de revalidatie wordt het ‘vak’ psychologie in de volle breedte uitgeoefend. Maar er is geen hoogleraar die de revalidatiepsychologie als leeropdracht heeft en er bestaat geen aparte masteropleiding of voortgezette opleiding (taakdifferentiatie) die gericht is op het werkveld van de revalidatie.

In de jubileumuitgave *Revalidatiepsychologie* van de sectie Revalidatie van het NIP (Post, 2011) is het vak zo omschreven: ‘Heel in het algemeen kan worden gezegd dat de revalidatiepsycholoog werkt in een multidisciplinair team dat gericht is op het herstel van mensen met een ingrijpende aandoening, of op het leren omgaan met de blijvende gevolgen van een aandoening.’ De dagelijkse taken van revalidatiepsychologen worden in belangrijke mate bepaald door het soort revalidanten (zoals patiënten ofwel cliënten in de revalidatiesector meestal worden aangeduid), door de instelling waar de psycholoog werkt, en door de onderlinge afspraken die in die instelling of in het behandelteam gemaakt zijn.

De term ‘revalidatiepsycholoog’ verwijst enerzijds naar een *branche*, de revalidatiesector. De psycholoog die werkt in deze sector, is daardoor gekenmerkt, net zoals de ouderenpsycholoog die werkzaam is in de zorg voor ouderen, en daar bijvoorbeeld klinisch of neuropsychologisch of anderszins een bijdrage levert. Vanuit die invalshoek zijn psychologen in revalidatiecentra ‘echte’ revalidatiepsychologen. Psychologen werkzaam op revalidatieafdelingen van algemene ziekenhuizen of verpleeghuizen kunnen in dit perspectief kiezen of zij zich als revalidatiepsycholoog of als medisch psycholoog, algemeen ziekenhuis- of ouderenpsycholoog beschouwen (of als een combinatie daarvan).

Men kan anderzijds ook zeggen dat revalidatiepsychologie vooral een *vak* is, dat ongeacht de werksetting een bepaalde vakinhoud en manier van denken vertegenwoordigt. De revalidatiepsycholoog is dan gekenmerkt door zijn kennis en vaardigheden op het gebied van (het herstel van) psychisch en sociaal functioneren van mensen met blijvende lichamelijke of cognitieve beperkingen. Daarbij gaat hij uit van het individu en het benutten van diens mogelijkheden en behoeften, in relatie tot diens historie en omgeving. Vanuit deze visie is revalidatiepsychologie niet gebonden aan de revalidatiesector in engere zin.

In de revalidatie werkt een psycholoog binnen een multidisciplinair team. Binnen dat team is de psycholoog enerzijds een van de teamleden die werkt onder eindverantwoordelijkheid van de arts. Anderzijds heeft hij ook een eigen verantwoordelijkheid op het gebied van indicatiestelling en behandeling van cognities, emoties en beleving. Hij beschikt over eigen diagnostische middelen, behandelmethoden en -technieken, en is gebonden aan vertrouwelijkheid en tuchtrecht. Psychodiagnostiek en een breed scala aan psychologische interventies gericht op (omgaan met) stemmingsproblemen, pijn of vermoeidheid maken deel uit van het dagelijks werk. Daarnaast is specifieke kennis over bepaalde aandoeningen vereist. Met name bij de revalidatie van patiënten met hersenletsel is kennis nodig over de gevolgen van hersenbeschadigingen voor cognitie, emotie en gedrag. Met name bij de revalidatie van patiënten met moeilijk objectiveerbare klachten is kennis nodig van ziektegedrag en psychopathologie. De psycholoog kan deze aspecten in kaart brengen en de patiënt en diens omgeving met gerichte begeleiding en trainingen helpen om weer zo goed mogelijk te functioneren. Verder is de psycholoog deskundig op het gebied van intermenselijke relaties, een belangrijke expertise in een sector waarin het succes van een behandeling in belangrijke mate wordt bepaald door het contact tussen elke hulpverlener en de patiënt en diens omgeving, het contact tussen de hulpverleners onderling, en de mate waarin het team als geheel een consequent en consistent beleid neerzet.

Ten slotte zijn psychologen zich de afgelopen jaren sterker gaan ma-

nifesteren in het wetenschappelijk onderzoek in de revalidatie. In de afgelopen decennia is zo, in de praktijk en door wetenschappelijk onderzoek, een eigen revalidatiepsychologische expertise ontwikkeld, uiteraard met gebruikmaking van de beschikbare kennis uit de klinische, medische en sociale psychologie, de neuropsychologie en de ontwikkelingspsychologie.

1.2 Revalidatie

Revalidatie wordt ook wel ‘gevolgengeneeskunde’ genoemd. Niet genezing, maar het minimaliseren van de gevolgen van een blijvende aandoening staat centraal. In dit handboek richten wij ons op de medisch-specialistische revalidatie, van oudsher in de Ziekenfondswet als volgt omschreven: ‘Revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard omvat onderzoek, behandeling en advisering, te verlenen door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een specialist.’

Het document *Indicatiestelling revalidatiezorg* (Revalidatie Nederland, 2001) omschrijft het werkgebied als volgt:

‘Revalidatiezorg omvat de kennis, vaardigheid en faciliteiten van specifiek revalidatiegeneeskundige aard op specialistisch niveau, die zich richten op de complexe en/of ingrijpende blijvende gevolgen, in de zin van stoornissen en beperkingen van:

- somatische ziekten, trauma's of aangeboren afwijkingen van het houdings- en bewegingsapparaat;
- somatische ziekten of aandoeningen die tot complexe en/of ingrijpende beperkingen in het bewegingsvermogen leiden;
- somatische aandoeningen van het centraal en perifeer zenuwstelsel, leidend tot complexe en/of ingrijpende stoornissen en beperkingen van het bewegingsvermogen;
- somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel leidend tot ingrijpende stoornissen en beperkingen in de communicatie en/of cognitie/gedrag, in principe in persisterende aanwezigheid van defecten in het bewegingsvermogen.’

Sinds 2009 is de vergoeding van revalidatiezorg gebaseerd op ‘diagnose-behandelcombinaties’ (dbc’s). Er zijn aparte dbc’s voor klinische en poliklinische revalidatie, verschillende diagnosegroepen en meer of minder intensieve of langdurige zorgtrajecten. Met de invoering van de dbc-

systematiek wordt er één tarief gehanteerd voor een totale behandeling; het is dus niet meer zo dat het revalidatiecentrum afzonderlijke behandelingen van de verschillende disciplines declareert. Het dbc-systeem is bedoeld om revalidatiecentra te prikkelen om zo efficiënt mogelijk zorg te verlenen.

In 2011 waren er in Nederland 21 instellingen voor revalidatiezorg, sommige daarvan met meerdere vestigingen (Revalidatie Nederland, 2012). Klinische revalidatie vindt in Nederland vooral plaats in deze zelfstandige revalidatiecentra. Voor de zorgverzekeringswet zijn revalidatiecentra (categorale) ziekenhuizen. Poliklinische revalidatie wordt aangeboden door revalidatiecentra, poliklinieken van algemene en academische ziekenhuizen en verpleeghuizen, en sinds enkele jaren door zelfstandige behandel eenheden in de eerste lijn.

Verpleeghuizen bieden naast langdurig verblijf ook klinische revalidatie aan, die sinds 2010 onder dezelfde zorgverzekeringswet valt, onder de naam ‘geriatrie revalidatiezorg’. Binnen een aantal ggz-instellingen zijn er in de afgelopen jaren specifieke afdelingen opgericht voor patiënten met hersenletsel; deze afdelingen worden veelal afdelingen of centra voor ‘neuropsychiatrie’ genoemd. Het betreft hier patiënten die vanwege complexe en meervoudige stoornissen niet kunnen worden opgenomen voor behandeling op een reguliere psychiatrieafdeling, verslavingszorgafdeling of in een regulier revalidatiecentrum.

Revalidatie Nederland is de brancheorganisatie voor de revalidatieinstellingen in Nederland. In totaal werken in de revalidatie bijna 9.000 mensen (Revalidatie Nederland, 2012). In alle ziekenhuizen is het specialisme revalidatiegeneeskunde aanwezig, in een omvang die varieert van een enkele revalidatiearts tot een compleet multidisciplinair behandelteam. Over het algemeen zijn er structurele samenwerkingsverbanden tussen revalidatiecentra en de ziekenhuizen in die regio. Soms is er sprake van een formele zorgketen van ziekenhuis, revalidatiecentrum, verpleeghuis en thuiszorg (er zijn bijvoorbeeld CVA-zorgketens).

Tabel 1.1 geeft een overzicht van de aantallen patiënten in de revalidatie naar leeftijdsgroep en behandelvorm in het jaar 2011 (Revalidatie Nederland, 2012). De figuren 1.1 tot en met 1.4 geven de verdeling van diagnosegroepen per leeftijdscategorie aan voor respectievelijk mannelijke en vrouwelijke poliklinische patiënten, en mannelijke en vrouwelijke klinische patiënten. Bij de jonge kinderen bestaat de diagnosegroep ‘hersenen’ hoofdzakelijk uit kinderen met cerebrale parese, ofwel hersenletsel ontstaan rondom de geboorte. Bij volwassenen bestaat de diagnosegroep ‘hersenen’ vooral uit mensen die een beroerte hebben gehad. Chronische pijn is een omvangrijke diagnosegroep bij adolescenten en jongvolwassenen (vooral vrouwen).