

RM

REVALIDATIE MAGAZINE

jaargang 17 nummer 3 september 2011

Aandacht voor mantelzorgers

- > Brandwondenrevalidatie > Revalideren door schuld van een ander
- > Terugdringen wachtlijsten > Patiënten definiëren kwaliteit
- > Games als therapeutisch middel > Mogelijkheden van de iPad

SpeediCath Compact

NIEUWE
CATHETER
VOOR
MANNEN

Designed for discretion

Een compacte en praktische catheter, overal en op elk moment te gebruiken

SpeediCath® Compact Man is meer dan de helft kleiner dan de standaard mannencatheter. Zelfcatheterisatie wordt hierdoor veel discreter.

- Discreet design
- Compact en praktisch, zowel thuis als buitenshuis
- Kan ingebracht worden zonder het gecoate gedeelte aan te raken^{1,2}

Kijk voor meer informatie of het aanvragen van een proefpakket op www.speedicathcompactman.nl

¹ Charney-Faxell et al. Supratherapeutic catheter study.
² Bop et al. Submitted pilot study

Coloplast ontwikkelt producten en diensten die het leven makkelijker maken voor mensen met een fysieke aandoening. We richten ons op darm- en urogenitale, continence- en wond- en hartzorg. Daarbij werken we nauw samen met mensen die onze producten gebruiken. Dit helpt ons om producten te ontwikkelen en oplossingen te bieden die aansluiten op de persoonlijke behoeften van onze klanten. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Coloplast Customer Service, telefoonnummer: 0031-42-44-4446.

Bewering:
Unica & continuïteit
Wond- en hartzorg



Het Coloplast logo is een geregistreerd merk van Coloplast A/S. © 2011-2012. All rights reserved Coloplast A/S, 2800 Lyngby, Denmark.

Coloplast NV
Postbus 1111
3800 BC Amersfoort
E-mail: marketing@coloplast.com
Telefoon: 033-454-4444
www.coloplast.nl

rdg Kompagne
vanzelfsprekend

PCEye: oogbesturing voor uw eigen pc

Oogbesturing is een alternatieve methode voor de bediening van computers. Met de komst van de PCEye kunnen niet meer alleen communicatiehulpmiddelen maar nu ook standaard pc's met de ogen worden bediend.

Lees meer over de PCEye en onze andere hulpmiddelen op www.rdgkompagne.nl

Op zoek naar scholing in communicatiehulpmiddelen?

RTD Het Dorp B.V. heeft een kenniscentrum opgericht, waar u scholingen kunt volgen op het gebied van hulpmiddelen. Eén van de scholingen die het kenniscentrum aanbiedt is:

'Omgaan met communicatiehulpmiddelen binnen de paramedische sector'

Zoals u wellicht weet wordt de instructie bij communicatiehulpmiddelen beperkt vergoed door de betalende instanties. Hierdoor is het voor ons vaak niet te realiseren u voldoende te instrueren bij aflevering. In bovengenoemde scholing, welke door StAdap met 40 accreditatiepunten wordt beloond, wordt u getraind om communicatiehulpmiddelen adequaat in te zetten in uw werkveld. Wij hopen u bij deze scholing te mogen ontmoeten!

Meer informatie vindt u op www.rtdkenniscentrum.nl

Ook staan wij u graag telefonisch te woord. Het telefoonnummer is 026-3529292

rtd
kenniscentrum

inhoud

RM³⁻¹¹

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

6 > Berichten

7 > Ieder zijn eigen (revalidatie)pad

De Hoogstraat leent iPads uit aan revalidanten. Het doel: ontdekken wat mensen met lichamelijke beperkingen eraan kunnen hebben.

8 > Therapie is soms saai... Gamen niet!

Games zijn een goed therapeutisch middel, als ze op de juiste wijze worden ingezet. Een nieuwe website helpt therapeuten hierbij.

10 > Patiënten definiëren kwaliteit

De Vereniging Spierziekten Nederland formuleerde kwaliteitscriteria voor de revalidatie.

11 > 'Bloggen als onderdeel van mijn behandeling'

Ragna van den Berg.

15 > Het centrum

Groot Klimmendaal.

18 > Naar kortere wachtlijsten voor pijnrevalidatie

De wachtlijsten voor poliklinische pijnrevalidatie zijn vaak erg lang. Een reden om in te grijpen, vinden ze onder andere bij Reade en Heliomare.

18 > Column Amerika.

20 > Het standpunt

Volg die richtlijn voor infectiepreventie!

21 > Het werk

Sander Houdijk, fysiotherapeut/masteropleiding neurorevalidatie.



4 >

'Vroege interventie is cruciaal'

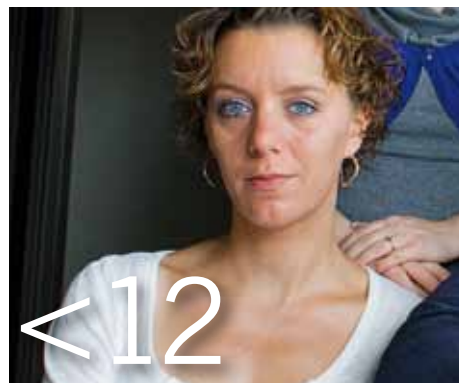
Revalidatie speelt een cruciale rol bij behandeling van patiënten met brandwonden. Daarop hamert Paul van Zuijlen, plastisch chirurg bij het Brandwondencentrum in Beverwijk.

• Alice Broeksma

Mantelzorg als co-therapeut

Revalidatie moet een samenspel zijn tussen professional, revalidant en mantelzorg. Echter, deze laatste partij wordt nog te veel over het hoofd gezien. Nieuwe initiatieven proberen mantelzorgers meer bij het behandelproces te betrekken.

• John Ekkelboom



<12



16 >

De valkuil van schuld

Het gebeurt dagelijks: mensen raken gehandicapt en moeten revalideren door de schuld van een ander. Door een vreselijke fout of door kwade opzet is hun leven voorgoed veranderd. Het is moeilijk om daarmee in het reine te komen.

• Annelies van Lonkhuyzen

COLOFON *Revalidatie Magazine* is een uitgave van Revalidatie Nederland. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar. **Uitgever** Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media, Karin Linden (www.bsl.nl)
Redactie Steven Berdenis van Berlekom MBA (hoofdredacteur, directeur Zorg en Innovatie revalidatiecentrum De Hoogstraat) • John Ekkelboom (journalistiek adviseur) • Drs. Annelies van Lonkhuyzen (eindredacteur)
• Jan Verbaal MHA (hoofdredacteur, algemeen directeur revalidatiecentrum Tolbrug) **Redactieraad** Dr. Renata Klop (programmacoördinator ZonMw) • Judith Boot (kwaliteitsfunctionaris Sophia Revalidatie)
• Drs. Karin van Londen (senior communicatieadviseur Revalidatie Nederland) • Drs. Hans Slootman (revalidatiearts Stichting Heliomare) • Drs. Ria Zondervan (kwaliteits- en communicatieadviseur Reade) **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 € 36,95, studenten € 18,48, instellingen € 72,95 • 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 Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 17 juni 2010. 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 verspreiden 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 Springer Media, gedeponeerd 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

Nederlands
uitgeversverbond
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

Revalidatie speelt een cruciale rol bij behandeling van patiënten met brandwonden. Daarop hamert Paul van Zuijlen, plastisch chirurg bij het Brandwondencentrum in Beverwijk. Wat hem betreft begint het revalidatietraject 'op dag nul': de dag dat een patiënt met brandwonden wordt binnengebracht. • Door Alice Broeksma

'Vroege interventie is cruciaal'

'Ik kan wel de gewenste operatie doen,' zegt Paul van Zuijlen, plastisch chirurg en sinds kort bijzonder hoogleraar brandwondengeneeskunde aan het VUmc in Amsterdam, 'maar zonder goed vervolgtraject is dat bijna voor niets geweest. Verbrande handen en gewrichten kunnen bijvoorbeeld verstijven en vingerfuncties nemen af als ze te lang buiten bedrijf zijn of worden stilgehouden door de pijn. Als je daar niet bovenop zit, kun je nog jaren bezig zijn en is later misschien nog een operatie nodig. Er zijn mooie chirurgische ontwikkelingen, maar die staan zeker niet op zichzelf.'

Wie ernstige brandwonden oploopt, heeft vaak veel complicaties. Niet alleen is de huid aangetast, bij een verbranding worden alle organen extra belast en kan er ander letsel zijn, zoals beschadiging van de luchtwegen. 'Brandwondengeneeskunde is dus zeer multidisciplinair. Dat benadruk ik altijd, want het is belangrijk dat men zich daarvan bij de behandeling bewust is', aldus de specialist. 'Het hele team is nodig om toe te werken naar het voornaamste doel: de patiënt weer goed te kunnen laten functioneren in de maatschappij.'

Gladdere littekens

Van Zuijlen kwam dit jaar in de publiciteit door zijn nieuwe huidtransplantatietechniek. Hij bedacht een manier om bloedvaten in tact te laten, zodat de huid doorbloedt en elastisch blijft. Littekens worden er gladder door, wat niet alleen esthetisch van groot belang is. Bij de oude methode trekt een litteken soms zo sterk aan de omringende huid dat patiënten het hoofd bijvoorbeeld niet meer rechtop kunnen houden of last krijgen van hun gewrichten. De plastisch chirurg, gespecialiseerd in gelaats-, hand- en littekenreconstructie, onderzoekt ook de toepassing van kunstkraakbeen. Iemand met ernstige brandwonden verliest niet zelden voorhoofd, neus, wangen of oogleden. De huidige ontdekkingen rond kunstkraakbeen geven hoop op betere reconstructie. Over de vooruitgang in zijn vakgebied – juist ook in ons land – is Van Zuijlen opgetogen. Hoewel er in Amerika en Japan

interessante ontwikkelingen zijn, heeft Nederland vooral ook door de kleine afstanden en de fijnmazige organisatie heel goed follow-up studies kunnen uitvoeren en zo veel inzicht vergaard. Een in Nederland ontwikkeld huidsubstituut wordt wereldwijd in klinieken geïmplementeerd en er loopt meer onderzoek voor verdere verbetering.

Slecht starten

Maar de medische vorderingen willen niet zeggen dat minder revalidatie nodig is, zegt Natasja Jelsma, revalidatiearts bij het Brandwondencentrum van het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk. Samen met de brandwondencentra in Rotterdam en Groningen verzorgt dit centrum doorgaans de behandeling bij ernstige brandwonden. 'Er is tegenwoordig veel meer overlevingskans. Dat is natuurlijk mooi, maar de keerzijde is wel dat veel patiënten slecht starten. Zij hebben ingewikkelde en heftige problemen. Als revalidatiearts en therapeuten zijn we in die fase slechts één van de velen aan het bed. Daarbij ligt natuurlijk de nadruk op de vitale functies, maar het is ontzettend belangrijk dat ook vanuit revalidatieoogpunt wordt gekeken. Er moet worden gelet op wat we al vroeg kunnen meepakken; vaak simpele dingen die later veel verschil maken voor iemands functioneren. Blijven controleren op een goede lighouding om te voorkomen dat de patiënt doorligplekken, spitsvoeten of andere contracturen krijgt, of bijvoorbeeld een voetboog over het bed of arm- of beenspalk inzetten.' En zodra dat kan, zegt Jelsma, is het zaak de patiënt te mobiliseren. 'Motiveren is daarbij enorm belangrijk. Je kunt je voorstellen dat een brandwondenpatiënt met pijn bij het verschijnen van een fysiotherapeut denkt: nu even niet. Toch moet het, want alles wat je nu bereikt, telt mee in het eindresultaat. Regelmatig wordt een psycholoog ingezet om mee te denken over de juiste aanpak. Streng of lief, daar is geen standaard formule voor. Maar die vroege interventie is cruciaal.'



Tien jaar geleden, Marlon Koerts kwam laat thuis van zijn werk. Terwijl zijn gezin boven al in bed lag, viel hij op de bank in slaap. Vroeg in de ochtend was er een 'ontstellend harde klap': een verwoestende gasexplosie. Zijn zwangere vrouw en dochtertje waren gelukkig ongedeerd, maar Marlon was zwaar verbrand.

Tweeëneenhalve maand in het brandwondencentrum en drie maanden in het revalidatiecentrum volgden. 'In het revalidatiecentrum kwam de psychische klap. Ik had zoveel verloren. De brandwonden verminkten een groot deel van mijn lijf en gezicht en stelden me fysiek enorm op de proef. Ik verloor mijn baan en belandde in een rechtszaak met de woningbouwcorporatie. Fysiek en mentaal was het zwaar, plotseling was ik een afhankelijke patiënt. Chirurgen, psychologen, verpleegkundigen, specialisten, thuiszorgmedewerkers, fysiotherapeuten, ergotherapeuten... je hebt ze allemaal nodig. Niks kan je nog zelf. Brandwonden zijn meer dan alleen littekens. Ze gooien je leven blijvend overhoop.'

Foto: Nederlandse Brandwonden Stichting

Doorbijten

De meeste patiënten die met ontslag kunnen, gaan naar huis. Maar soms lukt dat niet omdat er te veel beperkingen zijn – bijvoorbeeld aan handen of benen – om zelfstandig te functioneren. Dan gaat de patiënt naar het revalidatiecentrum. Jelsma: 'Ook daar ligt de nadruk op motiveren en trainen, verder kijken dan het moment en doorbijten voor straks, als iemand weer de maatschappij in moet. Lastig is dat een revalidatiecentrum jaarlijks maar twee of drie brandwondpatiënten krijgt. Dat is natuurlijk erg weinig. Ons ideaal is dat elk van de drie brandwondencentra wordt gekoppeld aan twee revalidatiecentra, ter bevordering van de expertise in brandwondenrevalidatie. Patiënten willen na een lange opname in een brandwondencentrum liefst dichtbij huis verder revalideren. Begrijpelijk, maar toch is optimale kwaliteit van zorg echt in hun eigen belang.' Om die optimale kwaliteit te bereiken is in 2008 ook de Werkgroep Brandwonden Revalidatie opgericht, met deelname van therapeuten en revalidatieartsen van de brandwonden-

centra, plus een onderzoeker, plastisch chirurg en afgevaardigde van de Brandwonden Stichting. De WBR wil onder meer betere bekendheid van de problematiek en een richtlijn voor revalidatie bij brandwonden. 'We zitten in de brandwondencentra in een luxe deskundige omgeving en we dragen zo goed mogelijk over aan de revalidatiecentra. Er is veel terugkoppeling. Maar uiteindelijk gaan we nog te veel af op eigen ervaring. Dat moet consequenter.' Uitdaging nummer één voor de revalidant is het herwinnen van functionaliteit en zelfstandigheid. 'Het grootste probleem voor brandwondpatiënten blijkt het van anderen afhankelijk zijn. Dat is nog moeilijker dan het mentale aspect, hoewel je als je zo getekend bent wel erg sterk in je schoenen moet staan. Jaarlijks raken zo'n 250 mensen verminkt in hun gezicht door ernstige brandwonden. Dat is ontzettend moeilijk. Maar veel van hen denken op straat op een gegeven ogenblik toch: nou jongen, kijk maar.'

Meer informatie, ook over lotgenotencontact en andere steun: www.brandwonden.nl.



Speelse innovaties voor kinderen

De jeugdafdeling van revalidatiecentrum Blixembosch heeft meegewerkt met de ontwikkeling van een interactieve speelmuur, Nebula. De muur van producent NYOYN reageert met LED-lichtpuntjes op aanraking en daagt kinderen zo uit tot bewegen en samenspelen. Allerlei effecten en toepassingen zijn mogelijk. Denk onder meer aan spraak-, taal- en bewegingstherapie. De lichtmuur won de vak- en publieksprijs van de Zorg & ICT Innovatie Award 2011, in de categorie Health 2.0. Informatie: www.nyoy.com.

Onlangs werd de Skoog in Nederland geïntroduceerd: een speels muziekinstrument dat bestaat uit een zachte kubus met felgekleurde uitstulpingen. Iedere aanraking geeft een muzikale klank, die afhankelijk is van de plaats en manier waarop de kubus wordt aangeraakt. Kinderen kunnen op een intuïtieve en leuke manier muziek maken met de Skoog. Het instrument wordt geleverd met software voor tien muziekinstrumenten, maar bijvoorbeeld ook voor diergeluiden. Informatie: www.schoollouds.nl.

Nieuws over fondsen

Het Revalidatiefonds en het Fonds verstandelijk gehandicapten zijn per 1 juni 2011 gefuseerd in de stichting Meedoen Mogelijk Maken. Die zet zich in voor de kwaliteit van leven van mensen met een handicap en voor hun deelname aan de samenleving. Door de fusie kunnen de beschikbare middelen efficiënter worden benut. Beide fondsen behouden wel hun eigen naam en blijven zich richten op hun eigen doelgroep.

Siza Zorggroep en revalidatiecentrum Groot Klimmendaal, beide uit Arnhem, en fonds NSGK hebben onlangs het Technologiefonds opgericht. Jaarlijks stellen de organisaties hiervoor samen een miljoen euro beschikbaar. Het fonds laat technologische hulpmiddelen ontwikkelen voor jonge mensen met een handicap. Dit gebeurt door het Technology Trial Centre in Arnhem.

Financiering sportloketten

Op 19 mei jl. bracht het ministerie van VWS de beleidsbrief *Sport en bewegen in Olympisch perspectief* naar buiten. Hierin staat dat het ministerie een half miljoen euro per jaar vrijmaakt om meer mensen met een handicap aan het sporten te krijgen. Door het opzetten van sportloketten bij revalidatiecentra kunnen mensen tijdens en na hun revalidatie beter worden verwezen. Daarnaast kunnen de sportloketten talenten scouten en die laten doorstromen naar topsportprogramma's. In RM van maart dit jaar verscheen een artikel over de sportloketten: zie www.revalidatienederland.nl/publicaties/rm.

Voortgang Revalidatie EPD

Landelijk zijn de ontwikkelingen rond het elektronisch patiëntendossier (EPD) stil gevallen. Struikelblok is de elektronische uitwisseling van medische gegevens tussen verschillende sectoren, zoals ziekenhuizen, huisartsen en apothekers. Omdat de privacy van patiënten en de veiligheid van het gebruikte systeem onvoldoende waren gegarandeerd, heeft de Eerste Kamer het plan verworpen waarmee de minister van VWS de uitwisseling landelijk verplicht wilde stellen.

Ondertussen gaat de revalidatiesector door met het invoeren van een eigen Revalidatie EPD (R-EPD). De versie 2.0, ontwikkeld onder regie van softwareontwikkelaar VIR e-Care Solutions en platformleverancier VitalHealth, is eind augustus opgeleverd en tijdens een testdag uitgebreid bekeken door ICT-professionals uit de revalidatiesector. Zij waren positief over mogelijkheden, techniek en uiterlijk van deze versie. Een groot pluspunt ervan is dat hij op basis van Health Level (HL) 7, een internationale standaard voor elektronische gegevensuitwisseling, met elk gekwalificeerd zorgsysteem kan communiceren. Op basis van de testdag en enkele formele rapportages beslist brancheorganisatie Revalidatie Nederland een dezer dagen of versie 2.0 voldoet aan de functionele en technische eisen die vooraf zijn geformuleerd. Wanneer dit oordeel positief is, kan de gefaseerde implementatie starten. De projectorganisatie die deze implementatie zal begeleiden, is in de afgelopen maanden ingericht.

Revalidatie EPD
Elektronisch Patiëntendossier

Nieuwe handboeken

Op 17 juni jl. nam minister Edith Schippers van VWS het *Handboek Revalidatie, Sport en Bewegen* in ontvangst. Dit handboek is bestemd voor revalidatie-instellingen die sport en bewegen belangrijk vinden in de behandeling en die (oud-)revalidanten willen begeleiden naar sportverenigingen. Onlangs verscheen *Het Reumahandboek*, een uitgave van Reade in Amsterdam. Het boek bevat evidence-based protocollen, aanwijzingen voor handobservatie en -meting, oefeningen en achtergrondinformatie voor behandeling van de reumatische hand.

ORGANISATIE EN WETENSCHAP

- > 1 juni 2011. Revant is erkend als opleidingsinrichting voor poliklinische revalidatiegeneeskunde. De opleiding wordt verzorgd door Revant Revalidatiecentrum Breda en het Amphia Ziekenhuis, in samenwerking met het MUMC+ in Maastricht en Adelante in Hoensbroek. In 2012 zullen twee basisartsen beginnen met hun opleiding tot revalidatiearts.
- > Rijksuniversiteit Groningen. Op 14 juni 2011 hield hoogleraar revalidatiegeneeskunde Cees van der Schans zijn oratie, onder de titel *Herstel van de toekomst*.
- > Radboud Universiteit, Nijmegen. Op 28 juni 2011 promoveerde GZ-psycholoog Danielle Boelen op het proefschrift *Order out of chaos? Assessment and treatment of executive disorders in brain-injured patients*.
- > 5 juli 2011. Revalidatiecentrum De Hoogstraat in Utrecht en Sophia Revalidatie in Den Haag hebben hun fusiebesprekingen gestaakt na een besluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). De NMa constateert dat door de fusie het aantal aanbieders van revalidatiegeneeskunde in de regio Gouda vermindert en dat hierdoor mogelijk de keuzevrijheid voor patiënten wordt beperkt. Pas na nader onderzoek zou een vergunning verleend kunnen worden. Vanwege de hoge kosten van een dergelijk onderzoek en de onzekere uitkomst is het fusieoverleg gestaakt.
- > Radboud Universiteit, Nijmegen. Op 5 juli 2011 promoveerde ergotherapeut Edith Cup op het proefschrift *Occupational therapy, physical therapy and speech therapy for persons with neuromuscular diseases. An evidence based orientation*.

Revalidatiecentrum De Hoogstraat leent iPads uit aan revalidanten. Het doel: ontdekken wat mensen met lichamelijke beperkingen eraan kunnen hebben. En dat blijkt behoorlijk veel te zijn. • Door Edith Rijnsburger

Ieder zijn eigen (revalidatie)pad

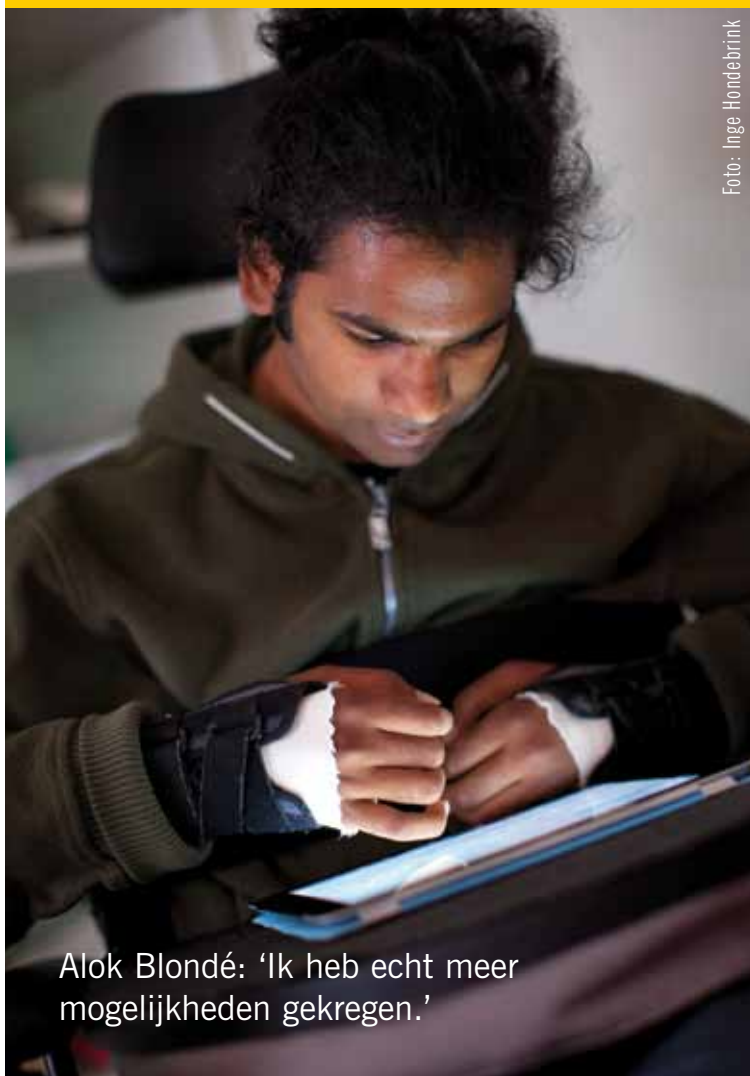


Foto: Inge Hondebrink

Alok Blondé: 'Ik heb echt meer mogelijkheden gekregen.'

De meeste projecten worden grondig voorbereid, maar De Hoogstraat in Utrecht besloot geen plannen vooraf te maken. In het project *Ieder zijn eigen (revalidatie)pad* worden dertien zogeheten tablets uitgeleend aan revalidanten die dat willen. Er is gekozen voor iPads omdat die op dit moment de meeste functionaliteit hebben. Het project is opgezet vanuit de gedachte dat de beschikbaarheid van een iPad zoveel creativiteit oproept dat de verschillende functionele mogelijkheden vanzelf voorbijkomen.

Meer mogelijkheden

Alok Blondé heeft een hoge dwarslaesie en is met de iPad aan de slag gegaan

toen hij zijn armen en handen nog maar minimaal kon gebruiken. 'De eerste keer was ik na vijftien minuten 'spelen' op, maar ik vond het zó leuk en uitdagend dat ik het na een week al een uur volhield. Het werkte dus therapeutisch! Met de iPad kan ik van alles doen: spelletjes spelen, surfen op internet of een film bekijken. Ik kan dingen zelfstandig doen die ik anders niet zou kunnen, zoals muziek maken of tekenen. Een standaard instrument of een pen kan ik niet hanteren, maar de iPad is zo gemakkelijk te bedienen dat het daarmee wél kan. Ik heb dus echt meer mogelijkheden gekregen.' Alok ontdekte ook een nadeel: 'Ik kreeg een 'iPink' van het vele gebruik: de pink waarmee ik het scherm bediende, nam een voorkeurshouding aan. De afdeling revalidatietechniek heeft nu een pen gemaakt aan een polsspalk, waarmee ik het scherm kan bedienen zonder mijn pink te belasten. Samen zijn we ook aan het uitzoeken of we de iPad kunnen inzetten om de omgeving te besturen. Het zou prachtig zijn als ik straks in mijn aangepaste woning niet allemaal aparte afstandsbedieningen nodig heb, maar met één apparaat mijn bed, gordijnen, verlichting, telefoon, tv en geluidsinstallatie kan bedienen. We zijn al zo ver dat we een infraroodzender uit de reguliere handel kunnen koppelen aan de iPad en zo – met een bestaande app – de tv kunnen bedienen.'

Lekker zelf spelen

De iPad wordt inmiddels op allerlei manieren ingezet: voor agendavoering, geheugensteun, dossiervorming. Met behulp van de spraakfunctie kan getypte tekst worden uitgesproken. Wekelijks is er een Apple Lounge, waar de gebruikers ervaringen uitwisselen en suggesties aandragen voor de projectgroep, bijvoorbeeld om aanpassingen te ontwikkelen. De gebruikers zijn bijzonder enthousiast over hun nieuwe 'hulpmiddel'.

Ook enthousiast is Kim Rabbie, moeder van Eline van vier jaar: 'Eigenlijk zit Eline gevangen in haar lichaam, haar mogelijkheden zijn heel beperkt. Maar met de iPad kan ze ineens veel meer. Vanaf de eerste keer dat Eline ermee experimenteerde, was ze enorm gedreven. Ze verdween zo ongeveer in de iPad. Voor het eerst kon ze zichzelf vermaken, dat was nog nooit gebeurd. Ik ben vervolgens op jacht gegaan naar geschikte apps. Om anderen daarvan te laten meeprofiteren, verzamel ik de informatie op www.baauwopmij.nl. Eline heeft ondertussen vooruitgang geboekt. Zo heeft ze ontdekt dat ze haar vingers afzonderlijk kan gebruiken en doet dat nu bij de gitaar-app. De iPad biedt Eline zelfstandigheid op haar eigen ontwikkelingsniveau. Ze kan veel meer laten zien en daar ben ik gelukkig mee.'

'Ieder zijn eigen (revalidatie)pad' is mede gefinancierd door een gift van prinses Margriet. Zij ontving de Nationale Revalidatie Prijs 2010 en schonk het bijbehorende geldbedrag van 12.000 euro aan dit project.

Therapie is soms saai... Gamen niet!

Gamen is puur vermaak, wordt vaak gedacht. Maar gamen is óók leerzaam, want spelenderwijs kun je allerlei vaardigheden oefenen. Games zijn daarom een goed therapeutisch middel, als ze op de juiste wijze worden ingezet. Een nieuwe website helpt therapeuten hierbij.

Gamen – op de pc, spelcomputer of mobiele telefoon – is enorm in opkomst. Niet alleen bij kinderen en jongeren; ook volwassenen gamen in toenemende mate. Games worden zo ontworpen dat de speler wordt uitgelokt om doelen te willen halen: je eigen score verbeteren, een nieuwe vaardigheid beheersen of winnen van een andere speler. Als die doelen worden gehaald, geeft dat een voldaan gevoel en dat zet aan tot méér gamen. Deze motiverende eigenschappen maken gamen uitermate geschikt voor gebruik binnen de revalidatie. De meeste revalidatiecentra weten nog niet goed hoe ze games kunnen inzetten in de therapie. Maar bij Sophia Revalidatie en De Hoogstraat wordt al enkele jaren geëxperimenteerd met deze nieuwe therapievorm, waarbij revalidanten op een onconventionele manier worden uitgedaagd. De ervaringen waren veelbelovend; revalidanten reageerden enthousiast, ongeacht hun leeftijd of diagnose.

Op www.therapwii.nl zijn Wii-games beschreven die gebruikt kunnen worden tijdens therapie. Een therapeut kan kiezen aan welke basisvaardigheden gewerkt moet worden: sociaal-emotioneel, fysiek of cognitief. Deze basisvaardigheden zijn onderverdeeld in deelvaardigheden, bijvoorbeeld timing, concentratie en kracht. Door vaardigheden aan te klikken, kunnen therapeuten per behandeldoel de meest geschikte games vinden. Daarbij wordt rekening gehouden met de gewenste moeilijkheidsgraad. Op de website worden ook tips gegeven over manieren om het gamen uitdagender te maken en om behandeldoelen te combineren.

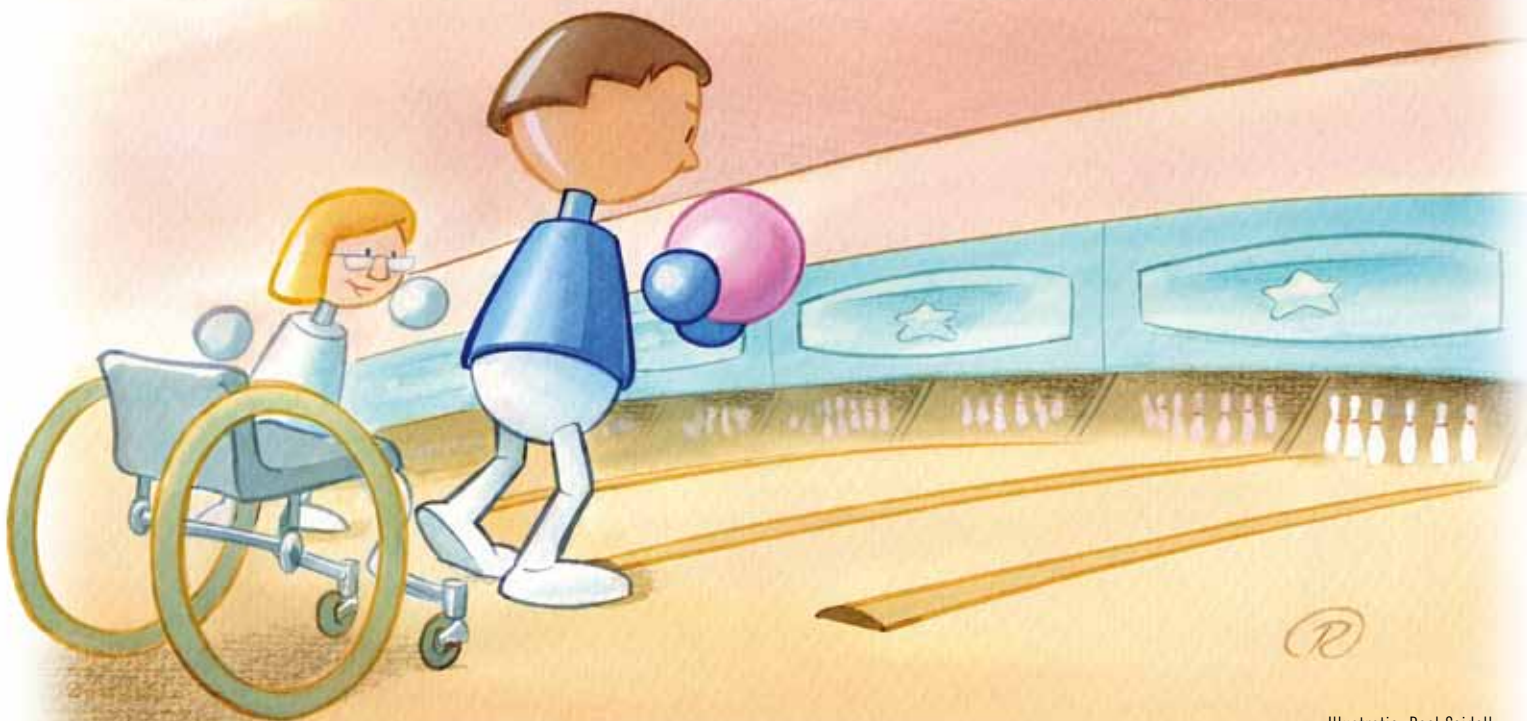
Therapeuten en anderen die geïnteresseerd zijn in het toepassen van de Wii binnen de behandeling worden van harte uitgenodigd om hun ideeën te delen via www.therapwii.nl. Hoe meer inbreng vanuit het hele land, hoe beter en vollediger de site zal worden.

Entertainment wordt therapie

In de praktijk ontdekten therapeuten hoe ze games als therapeutisch middel kunnen inzetten. Het eerste wat een therapeut moet doen, merken ze, is zorgen dat de gekozen game aansluit bij de beperkingen én bij de beleavingswereld van de revalidant. Maar dan ben je er nog niet. Entertainment wordt pas therapie als de game op een voor de revalidant uitdagende manier wordt gespeeld. Die uitdaging kan liggen op fysiek, cognitief en sociaal-emotioneel vlak. Zo kun je als therapeut cognitief een uitdaging bieden door dubbeltaken te laten uitvoeren, zoals het oplossen van een raadsel tijdens het gamen. Je kunt multidisciplinair te werk gaan, bijvoorbeeld door doelen op het gebied van samenwerken, motoriek en informatieverwerking te verpakken in één oefening. Als therapeuten ‘verstop’ je zo individuele behandeldoelen in een spel dat door de revalidant vooral als leuk wordt ervaren, maar ondertussen leerzaam is. Door ook oefenmaterialen te gebruiken, kan het gamen nog meer therapeutische waarde krijgen. Iemand zit bijvoorbeeld op een home-trainer of staat op een oefentol terwijl hij een spel speelt.

Gericht en effectief

Therapeuten hadden behoefte aan een hulpmiddel om te kunnen bepalen welke game wát kan toevoegen tijdens therapie. Tijdens het onderzoek *Wii daag(t) je uit?*, uitgevoerd door het lectoraat Revalidatie van De Haagse Hogeschool, is onder andere geïnventariseerd in welke mate verschillende games bepaalde vaardigheden uitdagen. Ook zijn de effecten van het gamen onderzocht in een pilotonderzoek onder vijftig jongeren met niet-aangeboren hersenletsel. Op basis van de resultaten van beide onderzoeken is een website ontwikkeld, www.therapwii.nl, met informatie over het gebruik van de Nintendo Wii en een aantal Wii-spellen. De website helpt therapeuten om de Nintendo Wii gericht en effectief in te zetten. De site is zo ontworpen dat alle disciplines binnen de revalidatie er gebruik van kunnen maken.



Illustratie: Roel Seidell

‘Eindelijk begrijp ik wat jullie steeds zeggen: je kunt het overal voor gebruiken’

Middels een proefimplementatie bij Sophia Revalidatie en De Hoogstraat zijn de laatste maanden ervaringen met www.therapwii.nl verzameld. Voorheen werkten enkele therapeuten als pioniers met games; in deze proefimplementatie is een grote groep therapeuten – ergotherapeuten, fysiotherapeuten en sporttherapeuten – games meer gaan inzetten en heeft daarbij de bruikbaarheid van de website getest.

Vanaf het begin van de proefimplementatie kwamen er leuke reacties binnen van therapeuten. Bijvoorbeeld: ‘Ik wist echt niet hoe ik moest beginnen met dat hele gegame, nu voel ik dat ik er iets mee kan.’ En: ‘Eindelijk begrijp ik wat jullie steeds zeggen: je kunt het overal voor gebruiken. Je moet alleen zelf de verantwoordelijkheid voor de therapie behouden en die niet uit handen geven aan de game.’

Mooie kans

Onder andere middels een enquête zijn de ervaringen van de therapeuten die deelnamen aan de proefimplementatie onderzocht. De informatie is gebruikt om de bruikbaarheid van de website te optimaliseren. Ook is het onderdeel ‘tips en trucs’ aangevuld met creatieve inbreng van de gebruikers. Inmiddels is begonnen met de landelijke implementatie van www.therapwii.nl, die zal lopen tot maart 2012. In die periode wordt de website gebruikt door therapeuten van vijftien revalidatiecentra en mytylscholen. Het is de bedoeling dat het gamen als therapeutisch middel van daaruit verder verspreid zal raken.

Gametechnologie ontwikkelt zich in hoog tempo. Voor revalidatiecentra ligt hier een mooie kans om de therapie verder te versterken, want revalidanten doen al gamend dingen die bij gewoon oefenen als moeilijk worden ervaren. Spelenderwijs kunnen therapeuten mensen vaak net wat verder helpen. De eerste onderzoeksresultaten onderbouwen dit. Uit het pilotonderzoek van De Haagse Hogeschool blijkt dat gamen activeert, het zelfvertrouwen versterkt en bijdraagt aan verbetering van het leertempo, de reactiesnelheid, de lichamelijke en mentale conditie.

De grote kracht van gamen schuilt in de aantrekkelijkheid; ook revalidanten die niet veel hebben met computers vinden het leuk. Niet voor niets moeten therapeuten meer dan bij andere therapievormen in de gaten houden of revalidanten zichzelf niet overbelasten. Laten we dus als behandelaars de kracht van het gamen benutten, het gamen inbedden in onze therapie en actief inspelen op de groeiende mogelijkheden die hier liggen!

*Klaasjan van Haastrecht en Joep Janssen,
therapeut-onderzoekers Sophia Revalidatie / De Hoogstraat*

Het project ‘Wii daag(t) je uit?’ werd gedaan in samenwerking met de Hersenstichting en financieel mogelijk gemaakt door de Sponsor Bingo Loterij. Www.therapwii.nl wordt financieel ondersteund door ZonMw.

Patiënten definiëren kwaliteit

Patiëntenorganisaties hebben voor het eerst kwaliteitscriteria geformuleerd voor hun eigen zorg. De Vereniging Spierziekten Nederland tekent voor de eerste set criteria voor de revalidatiesector.

Foto: Inge Handebrink



De Vereniging Spierziekten Nederland (VSN) wil de ervaringsdeskundigheid van mensen met een spierziekte inzetten voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Daarom heeft de vereniging zich samen met andere patiëntenorganisaties aangesloten bij het programma *Kwaliteit in Zicht*. Dit programma biedt een structurele en eenduidige aanpak voor het verbeteren van de zorg vanuit patiëntenperspectief. Als eerste heeft de VSN zich gericht op de revalidatie; voor mensen met een spierziekte een belangrijk onderdeel van de zorg. Goede revalidatie betekent meer mogelijkheden om goed te functioneren in het dagelijks leven.

Gespecialiseerd

Via onder meer focusgroepen en literatuuronderzoek heeft de VSN geïnventariseerd welke wensen er leven bij volwassenen met een spierziekte en bij ouders van een kind met een spierziekte. Deze wensen zijn vertaald naar ruim zeventig kwaliteitscriteria, verdeeld over tien kwaliteitsthema's. Vervolgens is via een enquête aan de VSN-leden gevraagd welke thema's en criteria zij het belangrijkste vinden. De drie kwaliteitsthema's die het belangrijkste worden gevonden: continuïteit van zorg, het hebben van eigen regie over de zorg en het krijgen van de meest effectieve behandeling en begeleiding. Dit laatste kwaliteitsthema scoort ook hoog in de top tien van kwaliteitscriteria. Een greep uit die criteria:

- Als het gaat om een snel progressieve spierziekte, kan via een spoedprocedure binnen een week het eerste consult bij de revalidatiearts plaatsvinden en de behandeling starten.
- De revalidatiearts en de leden van het revalidatieteam zijn gespecialiseerd in het behandelen van mensen met een spierziekte.
- Het revalidatieteam zorgt dat het op de hoogte is en blijft van de nieuwste inzichten over spierziekten en wint zo nodig informatie in.
- Indien de vaste, in spierziekten gespecialiseerde revalidatiearts afwezig is, neemt een vaste vervanger diens taak over.
- De revalidatiearts heeft samenwerkingsafspraken met andere in spierziekten gespecialiseerde medisch specialisten.

Inzichtelijk

De VSN werkt samen met de Werkgroep neuromusculaire aandoeningen van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) aan een behandelkader voor spierziekten in de revalidatie. Daarin worden de kwaliteitscriteria van patiënten verwerkt. Het behandelkader beschrijft de minimale eisen waaraan de revalidatiezorg moet voldoen om mensen met een spierziekte te kunnen behandelen. Op den duur wil de VSN deze informatie ook zichtbaar maken voor mensen met een spierziekte, zodat zij kunnen zien welke revalidatie-instellingen voldoen aan criteria die zij zelf belangrijk vinden. Zij kunnen dan bewuster een keuze maken voor een instelling. Daarnaast ontwikkelt de VSN een CQ-vragenlijst die de ervaringen van patiënten met de revalidatiezorg meet, specifiek over onderwerpen die belangrijk zijn voor mensen met een spierziekte. Dit doet de VSN samen met het Nivel en het Centrum Klantervaring Zorg. Met deze trajecten kan de VSN voor haar achterban inzichtelijk maken waar goede zorg te vinden is en de zorg verder helpen verbeteren.

Anja Horemans en Anke Groenen,
Vereniging Spierziekten Nederland

Het programma 'Kwaliteit in Zicht' is een samenwerkingsverband van zes grote patiëntenorganisaties, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en Zorgbelang Nederland. Tot nu toe zijn er drie sets kwaliteitscriteria ontwikkeld, ook voor de zorg rond artrose en de ziekte van Von Hippel-Lindau, een erfelijke vorm van kanker. Kwaliteitscriteria voor meer vormen van zorg, zoals nazorg bij kanker, volgen later dit jaar. Informatie staat op www.programmakwaliteitinzicht.nl. Hier zijn ook de sets kwaliteitscriteria te vinden.

25-6-1974 > GEBOREN

JUNI 2010 > ZIEKENHUIS

JULI 2010 TOT NOVEMBER 2010 > KLINISCHE REVALIDATIE

NOVEMBER 2010 TOT NU > POLIKLINISCHE REVALIDATIE

Foto: Inge Hondebrink



‘Bloggen als onderdeel van mijn behandeling’

Ragna van den Berg (37 jaar) kreeg in juni 2010 een hersenbloeding. Sindsdien heeft ze moeite met het verwerken van prikkels. Zonnebril en oordopjes helpen haar dagelijks licht en geluid te dempen. Het gewone leven is veel te druk. Ragna: ‘Gelukkig leef ik in de tijd van de sociale media, twintig jaar geleden had ik eenzaam thuis gezeten.’ • Door Anne Merkies

‘Na mijn ziekenhuisopname kwam ik thuis. Overal moest ik om huilen, alles was te veel. Geluid van lepeltes in de koffie, tikken van de regen, daglicht, bezoek, de geur van verzorgingsproducten, de aanraking van zeep aan mijn handen, het maakte me overstuur. Mijn man drong – na advies van een arts – aan op een revalidatietraject. Zelf had ik me nooit gerealiseerd dat revalidatie, behalve over fysieke beperkingen, ook over cognitieve klachten gaat. In het revalidatiecentrum leerde ik tijdens klankschalentherapie huilen uit rouw in plaats van door herrie, de fysiotherapeut, bij wie ik als een schuifelend oud vrouwtje binnenkwam, kreeg me weer snel op de been en bij activiteitentherapie leerde ik me weer focussen en concentreren. Maar het was ook moeilijk. Op een revalidatieafdeling zijn er altijd mensen om je heen. Ik kon daar heel slecht tegen. Samen eten, koffiedrinken in de huiskamer, terwijl de verpleging de vaatwasser uitruimde, dagelijks bezoek voor mede-revalidanten. Ik zat alleen op mijn kamer met mijn laptop.

Ik begon te bloggen en te twitteren: hoe het met me ging, wat ik voelde en meemaakte. Hierdoor verwerkte ik wat er gebeurde. Als er bezoek was ging het niet meer alleen over mij, want mijn verhaal hadden ze al gelezen. Het voordeel hiervan was dat ik niet elke keer hetzelfde hoefde te vertellen en dat het contact weer gelijkwaardig werd. Ik vond het leuk om te horen hoe het met anderen ging. Inmiddels zie ik mijn blog als mijn persoonlijke rapportage, maar ook als belangrijke informatiebron voor mijn behandelaars. Waarom

moet het hele team rapporteren, behalve de persoon waar het over gaat? Ik vind dat gek. Sinds november revalideer ik poliklinisch. Ik ben er goed op mijn plek, ze hebben veel ervaring met sensorische integratie: de samenwerking tussen waarneming en activiteit die daarop volgt. Mijn herstel gaat langzaam, maar er is progressie. Elke mijlpaal vieren mijn man en ik met taart: de eerste keer douchen met licht aan, de eerste keer mijn haar föhnen.

Door het bloggen en twitteren heb ik veel nieuwe contacten gekregen. De wereld van de sociale media werkt snel; op dit moment volgen zo’n 2000 mensen mij via Twitter en lezen duizenden mensen mijn blog. En dat de virtuele wereld zich niet alleen online afspeelt, bleek wel uit al het liefs dat ik ontving, van doosjes chocola tot vervoerkaartjes. Toen ik een paar maanden geleden, na een scan, twitterde dat de kans op een nieuwe hersenbloeding groot is en dat daardoor een tweede, zeer risicovolle ingreep nodig is, kreeg ik zoveel bloemen dat het niet in mijn huis paste. En mijn computer sloeg op hol nadat ik op mijn blog het YouTube-filmpje had geplaatst van mijn toespraak op de TEDxMaastricht. Geweldig, al dat medeleven, ik heb daar veel steun aan. Het wachten is nu op de geplande ingreep. Nog even volhouden dus, en doorgaan met mijn geluk uit mooie dingen halen. Volgens anderen heb ik daar talent voor!’

www.ragnaja.nl, @ragnaja.



‘Leer mantelzorgers gebruik maken van sociaal netwerk’

Tijdens een fietsvakantie in het Engelse Cornwall, samen met zijn vrouw Ellen Witteveen, liep Ger Monden uit Amsterdam ruim tien jaar geleden hersenletsel op door een val. Na een half jaar in coma onderging hij intensieve revalidatie. Ellen merkte dat zij vaak onvoldoende bij dat proces werd betrokken. ‘Als mantelzorger ben je veelal geen interessante partner voor de medische wereld. Sommige professionals ervaren je voor mijn gevoel toch meer als concurrent als je een aandeel in de behandeling wilt hebben. Ik ben docent en onderzoeker bij het Kenniscentrum Sociale Innovatie van de Hogeschool Utrecht. We doen onderzoek naar mensen die langdurige zorg nodig hebben. Ik wilde weten waarom de communicatie van patiënt en mantelzorger met de ene professional wel goed verloopt en met de andere niet. Uit onze studie blijkt dat goede communicatie afhangt van een menselijke benadering. Het gaat erom dat je als zorgverlener ruimte maakt voor een gesprek en voor het uitwisselen van kennis op basis van gelijkwaardigheid. Want ook de ervaringskennis van de mantelzorger is kennis. Ik weet bijvoorbeeld veel van Ger en van hoe wij voor het ongeluk leefden. Door de mantelzorger nauw bij de revalidatie te betrekken, krijgt deze ook meer inzicht. Dat is belangrijk bij ondersteuning van de therapie, maar ook om te kunnen verwoorden wat er precies aan de hand is. Als mantelzorgers daartoe in staat zijn, kunnen ze hun sociale netwerk beter informeren en dat netwerk ook vragen om te helpen in de zorg, eens mee te rijden op de tandem of een krant voor te lezen. Dan creëer je als mantelzorger ruimte voor jezelf, voorkom je dat je in een sociaal isolement raakt en heeft de persoon met hersenletsel contact met anderen.’

Het onderzoek van de Utrechtse Hogeschool heeft geleid tot het boek *Communicatie bij hersenletsel; Begrijpen we elkaar*, waaraan veel zorgprofessionals hebben meegewerkt, en de zorgwaaier *Goeie Snap van Elkaar*, met onderwerpen die aan de orde zouden moeten komen in de communicatie tussen mantelzorgers, patiënten en professionals. Zie www.hersenletselenmantelzorg.nl.

Revalidatie moet een samenspel zijn tussen professional, revalidant en mantelzorger. Echter, deze laatste partij wordt nog te veel over het hoofd gezien. Nieuwe initiatieven proberen ook mantelzorgers meer bij het behandelproces te betrekken. Het doel is hen te ontlasten en een bijdrage te laten leveren aan het herstel van de revalidant. • Door John Ekkelboom

Mantelzorger als co-therapeut

Met haar proefschrift *Caregivers, partners in stroke rehabilitation* zette Anne Visser-Meily in 2005 de mantelzorger van de revalidant op de kaart. Ze had eerder gemerkt dat partners van patiënten met een beroerte vaak moeite hebben met de zorgtaak die zij ineens krijgen toebedeeld. Haar onderzoek bevestigde die constatering. Maar liefst 80 procent van de mantelzorgers gaf aan dat een jaar na de beroerte van de partner hun kwaliteit van leven beduidend was verminderd. 'Veel van hen raken overbelast en ongeveer 50 procent wordt somber. Dit hangt af van persoonlijke kenmerken, maar ook van hoeveel ballen je in de lucht moet houden. Als je partner nog veel zelf kan, gaat alles een stuk makkelijker dan wanneer die helemaal afhankelijk van je is.'

Patient-centered

Visser, revalidatiearts op de afdeling revalidatiegeneeskunde van het UMC Utrecht en onderzoeker bij het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, pleit vandaag de dag nog steeds voor meer aandacht voor de naasten die nauw betrokken zijn in het dagelijks leven van de revalidant. Ze beseft dat er al van alles wordt georganiseerd, zoals meeloopdagen, partnergroepen en deelname aan teamoverleggen, maar constateert dat die begeleiding nog te beperkt is en bovendien ophoudt na het ontslag van de revalidant. Sinds haar promotie heeft ze heel wat gezelschappen toegesproken en laten weten dat verlenging van de hulpverlening naar de thuissituatie hoogstnoodzakelijk is. Ze betreurt het dat haar pleidooi nog weinig heeft opgeleverd. 'Professionals in de zorg zijn *patient-centered* opgeleid. Hen is niet bijgebracht dat je ook vragen moet stellen aan de familie. Dat aangeleerde gedrag blijkt moeilijk te veranderen.'

ReStoRe

Het onderzoeksprogramma ReStoRe, dat ruim een jaar geleden van start ging en vier jaar zal duren, moet zorgverleners extra handvatten bieden om zowel

patiënt als mantelzorger goed te begeleiden. Binnen dit project bestuderen de universiteiten van Utrecht, Nijmegen en Maastricht hoe de sociale re-integratie en de kwaliteit van leven van CVA-patiënten en hun naasten kunnen worden verbeterd. Daartoe volgen de onderzoekers 500 CVA-patiënten en hun familie. Ze kijken onder andere waarom de een beter zijn emoties kan hanteren dan de ander en of het mogelijk is mensen die dreigen vast te lopen in een vroeg stadium te herkennen. Die informatie moet leiden tot revalidatie die beter aansluit op de revalidant en de mantelzorger. Visser: 'Ook gaan we in meerdere ziekenhuizen onderzoeken of door een cursus, gericht op zelfmanagement, patiënten en partners meer grip krijgen op het leven dat voor hen zo is veranderd.'

Nauwelijks onderzoek

Dat een goed functionerende mantelzorger ook de revalidant ten goede komt, beschouwt Visser als een open deur. 'Als je partner depressief is, zul je zelf als patiënt ook niet lekker door het leven gaan. En een partner die jou adequaat kan bijstaan, zal bijdragen aan het herstel, licht ze toe. Internationaal is echter nog nauwelijks onderzoek gedaan naar het effect van de betrokkenheid van de mantelzorger op het revalidatieproces. Langzaam beginnen dergelijke studies op gang te komen. De Utrechtse revalidatiearts vindt het vreemd dat die onderzoeken, enkele uitzonderingen daargelaten, zijn gericht op mensen met niet-aangeboren hersenletsel. 'Bij hersenletsel snapt iedereen dat het een enorme impact heeft op het gezin. Gek genoeg wordt daaraan bij voorbeeld een dwarslaesie, amputatie of spierziekte veel minder aandacht besteed, hoewel het besef doordringt dat ook die mantelzorgers aandacht verdienen en kunnen helpen bij herstel.'

In de gezinssituatie

In een project willen De Haagse Hogeschool en revalidatiecentra Sophia



Op de cover: mantelzorgers in beeld. Paul Muller (rechtsvoor op de foto) kreeg december vorig jaar op 23-jarige leeftijd een hersenbloeding. Zijn toestand was kritiek, maar na een moeilijke start knapte hij gelukkig goed op. Alleen één arm en been werken niet goed. 'Maar dat is niets als je bedenkt hoe het ook had kunnen uitpakken', zegt hij daar zelf over. Binnenkort moet Paul een operatie ondergaan waarin de ader die de bloeding veroorzaakte wordt verwijderd. 'Ik zal blij zijn als dat achter de rug is en ik de draad weer kan oppakken. Je verwacht zoiets natuurlijk totaal niet op mijn leeftijd en je hebt echt je familie en vrienden nodig om er goed doorheen te komen. Ik denk niet dat ik zonder hen net zo ver zou komen.' Op de foto zien we achter Paul (van links naar rechts en van onderen naar boven) zijn zus Elleke, zijn vader Menno, zijn schoonzus Sarah, zijn moeder Els en zijn broer Daan.

gezinnen volgens de aangepaste SARAH-methode begeleiden. Een ergotherapeut richt zich vooral op de jonge revalidant en een maatschappelijk werker op de overige gezinsleden. Ook worden de gezinsleden thuis ingezet bij het oefenen van het kind. De Kloet: 'Je kunt oefenen in een sportzaal en hopen dat de resultaten doorwerken in de praktijk, maar als de oefeningen meteen aansluiten op het dagelijks leven van het kind, zal de kans op blijvend effect groter zijn. We verwachten dat er minder interventies door een behandelaar nodig zijn dan in het revalidatiecentrum, waardoor de extra kosten wegvallen of de behandeling zelfs goedkoper wordt.' De lector denkt dat een dergelijk interventieprogramma ook bij andere diagnosegroepen en eveneens bij volwassenen zal kunnen werken.

Unieke aanpak

Ook Reade heeft plannen om de naasten meer te betrekken bij het herstel van de patiënt. Het Amsterdamse revalidatiecentrum wil samen met het VUmc onderzoeken of de Engelse therapie FAME (family-mediated exercise) ook in de Nederlandse situatie effectief is bij mensen met een beroerte. Engelse onderzoekers vergeleken een groep patiënten die het FAME-programma volgden met een controlegroep die standaardtherapie kreeg. Naast de routine-therapie deden de patiënten in de FAME-groep dagelijks 35 minuten extra oefeningen onder begeleiding van een familielid dat daarvoor was geïnstrueerd. Na afloop bleken de behandelresultaten bij de FAME-groep significant beter en ervoeren de betrokken mantelzorgers minder belasting. Volgens Judith Vloothuis, revalidatiearts bij het cluster voor niet-aangeboren hersenletsel van Reade, is FAME voor Nederland een unieke aanpak. 'Onze plannen verkeren nog in een conceptfase. Enkele studenten fysiotherapie gaan eerst oefenprogramma's maken, gericht op de Nederlandse situatie in het ziekenhuis en in het revalidatiecentrum. Ook gaan we via een pilot kijken naar de gewenste frequentie van de trainingen. Verder willen we weten voor welke patiënten en hun mantelzorgers dit een geschikt programma is.' Vloothuis heeft goede hoop dat een aangepaste versie van FAME ook in Nederland werkt. 'We weten immers uit onderzoek dat de huidige intensiteit van trainingen na een beroerte omhoog moet. Naast zelftraining en het gebruik van computers, kunnen mantelzorgers daarbij waarschijnlijk een belangrijke rol spelen. Bovendien raken ze door hun betrokkenheid meer op de hoogte van wat de patiënt wel en niet kan en leren ze hoe zij het beste kunnen helpen. Het idee is dat hierdoor de ervaren belasting voor de mantelzorger vermindert.'

Revalidatie en De Hoogstraat onderzoeken wat het effect is wanneer ook het gezin als cliënt bij het behandelproces wordt betrokken. Deze studie loopt nu met subsidie van ZonMw, duurt een jaar en richt zich op gezinnen van kinderen met niet-aangeboren hersenletsel. Arend de Kloet, lector Revalidatie aan De Haagse Hogeschool en psycholoog bij Sophia Revalidatie, legt uit dat het onderzoek een tweeledig doel heeft. Enerzijds krijgen de gezinsleden ondersteuning om de kwaliteit van hun leven te vergroten, anderzijds moet hun betrokkenheid bijdragen aan een optimale behandeling. De Kloet spreekt van gezinsleden als co-therapeuten.

De aanpak is gebaseerd op het SARAH *family-based*-interventieprogramma van de Braziliaanse neuropsycholoog Lucia Braga. Haar programma wordt al jaren in dit land toegepast en is een van de weinige evidence-based interventies voor kinderen met hersenletsel. Bijzonder is volgens De Kloet dat vooral in de gezinssituatie wordt gewerkt. 'Alleen dan kun je goed aansluiten bij de directe leefomgeving waarin het kind zich moet ontwikkelen. Natuurlijk vraag je wel wat van het gezin als dat in de behandeling wordt betrokken. Maar ik verwacht dat het gezin per saldo minder belast wordt, doordat ze echt partner zijn. Ouders, broers en zussen ervaren nu nog vaak onnodig veel stress. Ze voelen zich niet gehoord, betrokken en gewaardeerd. SARAH versterkt via diagnostiek, lotgenotencontact, begeleiding en training van vaardigheden hun draagkracht.' De Braziliaanse methode wordt niet klakkeloos overgenomen, benadrukt de lector. 'Onze culturen zijn anders. Ook is SARAH sterk op gezinnen in achterstandssituaties gericht. Daarom passen we het programma aan de Nederlandse kinderrevalidatie aan.'

Ergotherapeut en maatschappelijk werker

Tijdens een pilot zullen de twee deelnemende revalidatiecentra zes tot tien

Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

Inspelen op de veranderingen

Door John Ekkelboom



Foto: Dala Fotografie



Foto's: John Ekkelboom

Klinische revalidanten (kinderen en volwassenen)
per jaar: 700

Poliklinische revalidanten (kinderen en volwassenen)
per jaar: 3.115

Medewerkers: 360

Revalidatieartsen: 16

Bedden: 148

Locaties: 7

‘K en je me nog?’ vraagt Ytje Jensma na binnenkomst op haar kantoor in het nieuwe hoofdgebouw van **RMC Groot Klimmendaal**, dat in 2010 vanwege de bijzondere vormgeving met vier architectuurprijzen werd onderscheiden. Sinds 1 maart van dit jaar is Jensma bestuurder van dit Arnhemse revalidatiecentrum. Daarvoor was ze manager zorg van het Centrum voor Revalidatie – UMCG. In die hoedanigheid kwam ze begin vorig jaar ook aan het woord in deze rubriek. ‘Twee keer zal wel uniek zijn,’ vraagt ze met een lach. Ze merkte enkele jaren geleden tijdens een bezoek aan het Arnhemse centrum dat de sfeer daar erg goed was. ‘Toen ik hoorde dat deze functie vrijkwam, heb ik meteen gesolliciteerd. Ik was toe aan een nieuwe uitdaging. Ik werkte al 27 jaar bij het Centrum voor Revalidatie – UMCG, wat ik overigens altijd met veel plezier heb gedaan.’

Ademhalingsondersteuning (AVA) werkt nauw samen met het Centrum voor Thuisbeademing van het UMC Utrecht. De doelgroep bestaat voornamelijk uit patiënten met een spierziekte, zoals de ziekte van Duchenne, ALS en polio. Ook mensen met extreem overgewicht maken steeds vaker gebruik van deze medium-care-voorziening. Jensma: ‘Tevens werken we nauw samen met andere organisaties, waaronder Siza en TNO, op het gebied van kennisontwikkeling en innovatie. Met Siza hebben we het Technology Trial Centre opgericht. Dit samenwerkingsverband houdt zich bezig met technologie en innovatie en met de implementatie daarvan in de revalidatie en de gehandicaptenzorg. Daarbij moet je denken aan robotica en domotica. Vanwege onze hoogwaardige specialistische kennis hebben we vorig jaar aan onze naam Revalidatie Medisch Centrum toegevoegd, in lijn met de UMC’s.’

Op de vraag of beide revalidatiecentra erg verschillend zijn, geeft ze een bevestigend en ontkennend antwoord. ‘Natuurlijk zijn ze deels hetzelfde. Hier gaat het immers ook om revalidatie. Maar de accenten liggen wel anders. Het Groningse centrum komt voort uit een sanatorium en heeft daardoor bijvoorbeeld veel orgaanrevalidatie. Bij Groot Klimmendaal ligt van oorsprong de nadruk op **kinderrevalidatie**. Inmiddels is dat wel uitgebreid met revalidatie voor jongeren en volwassenen, met een accent op mensen met een ernstig hersenletsel. Ons doel is revalidanten binnen het behandeltraject zo vroeg mogelijk te re-integreren. We hebben daarvoor zelfs een speciaal organisatieonderdeel, Zintens genaamd, in het leven geroepen.’

Op dit moment is Groot Klimmendaal bezig met een heroriëntatie op het strategisch beleid en het daarmee samenhangende zorgbeleid. Jensma legt uit dat daar veel energie in wordt gestoken omdat er voor de revalidatiesector nogal wat gaat **veranderen**. Ze doelt op de bekostiging van de revalidatie, de wijze van omgang met cliënten, het personeelsbeleid en de ontwikkeling van de zorg. ‘De uitkomst is nog ongewis, maar er borrelt van alles. Misschien besluiten we zelfs om ons strategisch beleid niet aan de grote klok te hangen. In een competitieve omgeving is dat heel gewoon. Om ons beter te oriënteren op al die trends, nodigen wij deskundigen van buitenaf uit om over hun vakgebied te vertellen. Zo komen allerlei onderwerpen aan de orde, zoals trends bij patiënten, in de gehandicaptenzorg of in personeelszaken. In totaal hebben we twaalf lezingen. Die informatie kunnen we gebruiken voor ons toekomstige beleid.’

Uniek voor Nederland is volgens Jensma de gespecialiseerde afdeling voor patiënten met chronische beademing. Deze landelijk opererende **Afdeling voor**

Het gebeurt dagelijks: mensen raken gehandicapt en moeten revalideren door de schuld van een ander. Door een vreselijke fout of door kwade opzet is hun leven voorgoed veranderd. Het is moeilijk om daarmee in het reine te komen. • Door Annelies van Lonkhuyzen

Gehandicapt door toedoen van een ander

De valkuil van schuld

Schuld is een ingewikkeld fenomeen, legt Margaretha van Eeden uit. Als gedragsdeskundige bij revalidatiecentrum Reade in Amsterdam begeleidt ze mensen bij het verwerken van wat hen is overkomen. 'Schuldgevoel komt bijna in ieder verwerkingsproces voor. Wanneer iets ergs is gebeurd met een geliefde, of met henzelf, voelen mensen zich daar al gauw schuldig over. Het is het gevoel van: had ik maar. Ik zie het als afweer; door het voelen van schuld hoef je niet de diepte van je verdriet en machteloosheid te voelen. Maar schuldgevoel is ook moeilijk te verdragen en daarom projecteren mensen die schuld vaak op een ander. Als die nou dit of dat had gedaan, was het allemaal anders gelopen. Wanneer er dan werkelijk sprake is van schuld – door toedoen van een ander is iemand gehandicapt geraakt – kunnen mensen daarin blijven hangen. Ze kunnen weg blijven bij hun eigen gevoel door te zeggen: "Jij hebt het gedaan." En daar dan hun emoties op te richten.'

Sorry

Wat het ook zo ingewikkeld maakt, is dat de schuldvraag vaak moeilijk is te beantwoorden. In hoeverre kun je de dokter het misgaan van die medische procedure verwijten, of de bestuurder dat ongeluk? Het heeft veel invloed als de schuldvraag meespeelt, vertelt Van Eeden. 'Als je gehandicapt raakt, is dat moeilijk om te verwerken. Gebeurt het door verwijtbaar gedrag van een ander, dan kan het nog moeilijker zijn. En nóg moeilijker is het als die persoon vervolgens geen verantwoordelijkheid neemt en geen berouw toont. Dat is pure pijn. We hebben als mensen een basisgevoel voor rechtvaardigheid: er moeten consequenties vastzitten aan verkeerd gedrag. Zolang iemand niet boet voor wat hij heeft gedaan, klopt er iets niet. Je kunt het

dan niet afronden en verder gaan met je leven. Ik heb talloze mensen in mijn kamer gehad die zich slachtoffer voelen van een medische fout. En allemaal zeiden ze: "Als de dokter alleen maar sorry had gezegd."

De omgeving maakt het er vaak niet beter op, door er nog een schep bovenop te doen: 'Stel, het kind van vrienden is aangereden door een dronken chauffeur. Hoe reageer je dan? Vanuit machteloosheid en goede bedoelingen kunnen mensen gigantisch in de emoties schieten en dat is begrijpelijk, maar niet helpend voor de direct betrokkene. Die heeft eerder kalmering en troost nodig, en kan de heftige emoties van de omgeving er eigenlijk niet bij hebben. Emoties zijn uitputtend en ze creëren vaak ook ruis: verhinderen contact met het onderliggende niveau waar de verwerking plaatsvindt.'

Gevaarlijk terrein

De gedragsdeskundige noemt het een valkuil: dat mensen zich vastbijten in de schuld kwestie en niet verder komen met verwerken en met het opnieuw invullen van hun leven. Maar het bezig zijn met de schuldvraag is ook iets natuurlijks en kan zeker een functie hebben. 'Neem bijvoorbeeld een stoere man: verdriet kan voor hem een lastig gegeven zijn, hij wil daar niet aan. Kwaadheid over de schuld van een ander is dan veel gemakkelijker. Niet iedereen heeft de instrumenten in huis om soepel om te gaan met een zó moeilijk verwerkingsproces. Als je je met recht en reden kunt vastklampen aan een externe oorzaak, kan dat je weghouden van een voor jou gevaarlijk terrein. Verwerken is een puur persoonlijk proces: zet twee mensen in dezelfde situatie en ze reageren compleet anders. Je kunt niet zeggen dat het een goed is en het ander slecht. Ook iemand die in een slachtofferrol blijft



Foto: Julia Borysewicz

zitten, kan daar winst uit halen. En iemand die goed is in verdringen, kan daar profijt van hebben.’ Maar uiteindelijk lopen veel mensen toch vast als ze de schuldkwesitie niet los kunnen laten en als er te veel onuitgesproken en onverwerkt blijft. ‘Dan zien we ze na jaren nog wel eens depressief terug.’

Thuiskomen

Het revalidatiecentrum kan mensen zo goed mogelijk psychologisch begeleiden. ‘Inzicht geven in het proces dat ze doormaken en met ze kijken over welke instrumenten ze beschikken en hoe ze die willen gebruiken. Ze ondersteunen bij het omgaan met de schuld-vraag. In de begeleiding spelen alle professionals een rol, niet alleen de psycholoog of maatschappelijk werker. Vaak hebben professionals moeite met het thema schuld. Ze reageren vanuit emotie, zeggen “dat kan ik me voorstellen” als iemand vertelt dat hij een juridische procedure aanspant. Maar je ondersteunt als professional beter wanneer je bijvoorbeeld zegt “dat moet moeilijk voor u zijn”. Dan laat je het bij de persoon om wie het gaat en krijg je een ander gesprek. Uiteindelijk hoop je toch dat mensen het kunnen opbrengen om het los te laten, om ondanks de verleiding om dat niet te doen de schuldkwesitie te laten rusten. Sommige mensen doen dat verbazingwekkend soepel, anderen bereiken dat punt nooit, weer anderen na een lange tijd. En als dat gebeurt, zie je ze toch thuiskomen. Er komt dan een andere man of vrouw tevoorschijn, die zegt: “Dit is waar ik sta, van hieruit ga ik verder.”’

Jan van Ooijen: ‘Hoe het komt, komt het’

Zeventien jaar was hij toen het gebeurde: door een ongeluk raakte Jan van Ooijen (nu 28) vanaf zijn nek vrijwel volledig verlamd. Met de schuld-vraag heeft hij zich nooit beziggehouden: ‘Officieel was het ongeluk mijn schuld: ik kwam van rechts op mijn brommer. Was het een half jaar later gebeurd, dan was het officieel de schuld geweest van de vrachtwagenchauffeur die me aanreed. Maar wat heeft het voor zin om daarover na te denken? Het was een ongeluk: de naam zegt het al. Niemand heeft het gepland en niemand wilde dat het gebeurde.’

‘In het revalidatiecentrum was ook een vrouw die was neergestoken door haar ex-man. Zij was steeds bezig met hoe verschrikkelijk het was wat haar was aangedaan. Ze kon ook alleen maar denken aan wat ze allemaal niet meer kon, maar daarmee maak je jezelf diep ongelukkig. Het is moeilijk om te zeggen hoe ik in zo’n situatie had gereageerd. Als iemand je opzettelijk kwaad doet, is het denk ik wel lastiger. Dan is je onrecht aangedaan en dat is een vreselijk gevoel. Toch blijft ook dan uiteindelijk het verhaal hetzelfde: je kan er wel in blijven hangen, maar daar heb je alleen jezelf mee. Hoe het komt, komt het, het resultaat blijft hetzelfde. Dit is het gewoon, hier moet je mee verder.’

‘Wat mij erg heeft geholpen, is dat ik goed ben opgevangen door mijn familie en vrienden. Zij hebben me er echt doorheen gesleept. Ik zeg niet dat het leuk is om een dwarslaesie te hebben, maar ik heb een prima leven. Tegen anderen die zoiets meemaken zou ik zeggen: probeer er overheen te stappen, kijk naar wat je nog wél kan en haal eruit wat erin zit.’



Naar kortere wachtlijsten voor pijnrevalidatie

Door slimmer te organiseren

Wachtlijsten komen geregeld voor in de revalidatiesector. Maar de wachtlijsten voor poliklinische pijnrevalidatie zijn vaak wel bijzonder lang. Een reden om in te grijpen, vinden ze onder andere bij Reade en Heliomare. • Door Adri Bolt

‘Voor 2009 kreeg iedereen die zich aanmeldde een afspraak’, vertelt Cees van Dijk, adviseur kwaliteit bij Reade in Amsterdam. ‘Tegenwoordig stelt de secretaresse bij het eerste telefonische contact al een aantal vragen. Dan vallen er mensen af, bijvoorbeeld omdat ze niet behoren tot de groep met chronische pijn.’ Vervolgens stuurt de secretaresse een uitgebreidere vragenlijst naar de patiënt. Een arts beoordeelt dan op papier of deze persoon door het pijnteam gescreend kan worden. ‘Na die beoordeling hebben we er al zo’n 25 procent van de mensen die niet voor screening in aanmerking komen uitgezeefd. Want vroeger stonden veel mensen onterecht op de wachtlijst.’ Dan volgt de diagnostische screening. Die kon voorheen wel vier maanden duren. ‘De patiënt kwam eerst bij de revalidatiearts, kwam terug voor een röntgenfoto of een tweede onderzoek, er werd nog een onderzoek bij de huisarts of psychiater opgevraagd. Dat hele proces hebben we teruggebracht tot een screening van één dagdeel. Dan ziet de patiënt de revalidatiearts en de psycholoog, en worden onderzoekjes gedaan. Vervolgens doet Reade

aan 80 procent van de patiënten binnen een week een voorstel voor een behandeltraject, waarvan alle behandelafspraken vastliggen.’ Bij de overige 20 procent is uitgebreider onderzoek nodig. ‘Deze methode van screening blijkt even accuraat als de oude, veel arbeidsintensievere methodiek. Terwijl de patiënt veel sneller duidelijkheid krijgt, en wij als organisatie efficiënter kunnen werken.’

Overigens begon Reade de aanpak van de wachtlijstproblematiek met de invoering van die vaste behandeltrajecten. ‘Met een efficiëntere en beter planbare behandeling verminder je de interne wachtlijsten: de wachtlijsten van de screening tot begin behandeling. En daar zat het grootste probleem.’

Nurse practitioner

Ook bij Heliomare is de eerste selectie aangescherpt, vertelt revalidatiearts en manager Jos Dekker. ‘Daarvoor hebben we drie jaar geleden een nurse practitioner aangesteld. Het secretariaat verwijst bij het eerste telefoontje

‘Er stonden veel mensen onterecht op de wachtlijst’

direct naar haar door. Zij stuurt de patiënt een vragenlijst. Aan de hand van de antwoorden beoordeelt ze of de aanmelding op z'n plek is. Bij twijfel overlegt ze met een revalidatiearts en ze overlegt ook met de arts als ze denkt dat iemand bij Heliomare niet op zijn plek is.' Ook bij Heliomare leidde de scherpere selectie tot grotere effectiviteit. 'Zo'n 85 procent van de patiënten die deze selectie doorlopen hebben, wordt ook daadwerkelijk na een screening in behandeling genomen. Vroeger gold dat voor zo'n 55 procent van alle aanmeldingen.'

Zorglogistiek

'Onze wachtlijsten voor pijnrevalidatie waren ongelooflijk lang,' licht Van Dijk de achtergronden bij Reade toe. 'Gemiddeld moesten mensen vanaf de aanmelding negen maanden wachten op de start van de behandeling. Daarom deden we in 2009 mee met het landelijke zorglogistiekproject Revalidatie In Beweging. Zo wilden we de logistiek rond pijnrevalidatie verbeteren.'

Ook bij Heliomare was Revalidatie in Beweging een extra inspiratiebron, vertelt Dekker. 'De kliniek deed mee met de eerste fase en dat leverde ervaring op met het ontwerpen van zorgpaden voor CVA-patiënten.' Op de polikliniek waren al twee projecten geweest om het zorgproces goed te analyseren. Er waren echter ook logistieke problemen, de wachttijd tot het begin van de behandeling kon oplopen tot een maand of zeven. 'Dat moest sneller, en omdat zo'n 80 procent van onze poliklinische patiënten chronisch pijnpatiënt is was het logisch om daar te beginnen.' Naast de eerste intake bekeek Heliomare ook de inhoud van de behandeling. 'Vanaf september gaan we ervaring opdoen met een kort en een lang zorgpad. Zo willen we de behandelcapaciteit beter managen. Als dat lukt, weten we hoeveel mensen we kunnen binnenlaten.'

Voorlichtingsbijeenkomsten

Reade gaat als volgende maatregel onder meer voorlichtingsbijeenkomsten organiseren voor mensen die in aanmerking komen voor de screening. Van Dijk: 'Daarmee richten we ons op de externe wachtlijst: de wachtlijst van aanmelding tot screening. Mensen weten eerder en beter wat ze kunnen verwachten, en of ze zich daarin kunnen vinden. Als dat betekent dat mensen afhaken, bijvoorbeeld omdat de behandeling niet is gericht op het verminderen van pijn maar op het leren omgaan daarmee, verlicht dat ook de druk op de wachtlijst.'

Inmiddels is de totale wachttijd bij Reade teruggelopen tot gemiddeld drie maanden. Ook bij Heliomare gaat het de goede kant uit, aldus Dekker. 'We behandelen nu al zo'n 20 procent patiënten meer dan drie jaar geleden, maar als de wachtlijsten krimpen melden zich meer patiënten aan. Het heeft een aanzuijgende werking. Mogelijk gaan we in de toekomst tijdelijke patiëntenstoppen instellen, om de wachtlijst kort te houden.' Voor de langere termijn werkt Heliomare ook aan een heel ander initiatief. 'Samen met de Noord-Hollandse ziekenhuizen willen we een apart pijncentrum opzetten, waarin we mensen zien die relatief kort pijn hebben. Daar willen we vooral voorkomen dat die pijn chronisch wordt.' En op de heel lange termijn verwacht Dekker veel van onderzoek. 'Want nu weten we toch nog niet goed genoeg hoe we deze patiënten zo efficiënt mogelijk kunnen behandelen.'

Amerika

Ik was een paar dagen voor een congres in Washington DC, een stad die goed is aangepast aan rolstoelgebruikers. Trottoirs hebben een afritje en openbare gebouwen zijn rolstoeltoegankelijk. Niet dat je zoveel mensen in een rolstoel tegenkomt; alleen op de gedenkplaatsen zie je veel veteranen in rolstoel. Wie je wel vaak tegenkomt in Washington zijn mensen met een Segway; zo'n elektrische tweewieler waarop je je staande voortbeweegt. Dankzij hun gehandicapte medemens kunnen zij overal komen.

Wanneer je als revalidatiearts in Amerika bent, wil je natuurlijk een revalidatiecentrum bezoeken. Het National Rehabilitation Hospital is wat betreft patiëntenpopulatie en omvang vergelijkbaar met de grote revalidatiecentra in Nederland. Maar anders dan in Nederland wordt hier heel veel door vrijwilligers gedaan. Meer dan 20.000 uur worden zij per jaar ingezet bij vervoer, hulp en begeleiding. Daar kunnen wij misschien nog van leren, zeker in deze tijden van bezuiniging.

De opnameduur bij het National Rehabilitation Hospital bedraagt gemiddeld zeventien dagen. Deze zorg wordt vergoed door de verzekering of via sponsoring. Bij mensen met een dwarslaesie duurt de opname meestal twee of drie weken langer, maar dat blijft een fractie van de opnameduur in Nederland. De therapie-inzet is met 25 uur per week wel hoger en je kunt als revalidant ook zelf therapie of dagen bij kopen. Op mijn vraag wat er gebeurt als iemand een complicatie oploopt, zoals decubitus, waardoor opname langer dreigt te duren is het antwoord: dat hangt ervan af wiens schuld het is. Als de schuld bij de patiënt ligt – en de bewijslast dat dat niet zo is ligt bij hem of haar – moet die de opname zelf betalen. Dan ben ik toch weer blij met de situatie in Nederland, waar mensen pas naar huis gaan als dat veilig is en zij zichzelf weer goed genoeg kunnen redden.

Hans Sloomman



Hans Sloomman is revalidatiearts bij Heliomare in Wijk aan Zee.

Volg die richtlijn voor infectiepreventie!

In 2004 constateerde de Inspectie voor de Volksgezondheid dat er op het vlak van basis-medische zorg (BMZ) en hygiëne veel zaken niet of nauwelijks waren geregeld in onze Nederlandse revalidatiecentra. Sindsdien is er in de centra hard gewerkt aan een goede BMZ. Er is nu meer aandacht voor bijvoorbeeld reanimatieprocedures en bij- en nascholing rond BMZ. Ook infectiepreventie kreeg aandacht: de landelijke Werkgroep Infectiepreventie (WIP) ontwikkelde in samenwerking met vertegenwoordigers van Revalidatie Nederland en de Vereniging van Revalidatieartsen VRA een groeiend pakket maatregelen.

Ook in 2004 onderzocht oud Shell-topman Rein Willems op verzoek van de minister van VWS mogelijkheden om de patiëntveiligheid in de zorg te vergroten. Het resulteerde in het adviesrapport *Hier werk je veilig of je werkt hier niet*, naar het motto boven de ingang van de Shell-raffinaderij in Pernis. Naar aanleiding van het rapport kwam patiëntveiligheid hoog op de agenda van zorginstellingen. Ook voor de politiek en voor patiënten werd het een hot item. Het gevolg was dat patiëntveiligheidsaspecten steeds belangrijker werden in lijsten met prestatie-indicatoren en met 'beste ziekenhuizen'.

Kijkend naar de onderzoekpresentaties op VRA-bijeenkomsten, blijkt dat revalidatieartsen zeer geïnteresseerd zijn in onderzoek naar het verbeteren van behandelmethodes, maar nauwelijks in onderzoek naar veiligheid en (deels) vermijdbare problemen, zoals decubitus, urineweginfecties en diep-veneuze trombose. En dat terwijl onze patiënten door verminderde mobiliteit, co-morbiditeit en polymedicatie extra risico's lopen. De winst die

we behalen doordat we bijvoorbeeld een revalidant met een betere enkel-/voetorthese langer of sneller kunnen laten lopen, moet niet teniet worden gedaan door ernstige drukplekken door die orthese of vermijdbare problemen zoals een urosepsis of longembolie! Door onvoldoende aandacht voor basismedische zorg en infectiepreventie kan de opbrengst van betere behandelmethoden verloren gaan. En dat is ongewenst.

revalidanten. Met de richtlijn hebben revalidatiecentra een houvast, de normen zijn nu bekend. De voorheen bestaande willekeur – alles hing af van de interesse van een individuele arts of manager voor het onderwerp – verdwijnt daarmee. Er ontstaat meer bewustzijn van – vaak eenvoudige – maatregelen die de hygiëne ten goede komen. Eenvoudig: het vervangen van potten zalf, die gemakkelijk besmet raken met microben, door tubes. Of: steeds je handen

‘Het opvolgen van de richtlijn leidt tot meer veiligheid voor onze revalidanten’

Begin dit jaar verscheen de Richtlijn infectiepreventie revalidatiecentra. Deze geeft aan hoe zaken geregeld dienen te worden: van verzorging van blaaskatheters tot handhygiëne, van lokale toediening van geneesmiddelen tot de opslag van steriele materialen. Eerder ontstond onrust doordat volgens een conceptrichtlijn ook alle behandelaars bedrijfskleding zouden moeten gaan dragen: een dure maatregel. Inmiddels is duidelijk dat alleen verplegenden en artsen die in de kliniek werken werkkleding behoren te dragen.

Ik moet toegeven: weer nieuwe richtlijnen volgen klinkt niet aantrekkelijk. We hebben al zoveel regels waar we ons aan moeten houden. En deze richtlijn spreekt niet zo tot de verbeelding. Helpen die maatregelen nu echt infecties voorkomen? Zijn ze zinvol? Het antwoord is ja. De richtlijnen zijn gebaseerd op evidence-based kennis en de expert opinion van microbiologen en ziekenhuishygiënist. Het opvolgen ervan leidt tot meer veiligheid voor onze

wassen tussen patiëntcontacten door. Ook vanwege de toenemende resistentie van bacteriën zijn dit soort maatregelen nodig om te voorkomen dat mensen door veronachtzaamde hygiëne een ernstige wondinfectie of MRSA-besmetting oplopen.

Het verbeteren van onze werkwijzen kost wat extra inspanning. Maar die inspanning loont. Het bespaart onze revalidanten veel narigheid en maakt onze organisaties betrouwbaarder. Naar analogie van het rapport Willems durf ik te stellen dat meer veiligheid in de revalidatiecentra leidt tot een kortere opname-duur en dus geld zal besparen. Mag ik u allen derhalve aanraden: bekijk de richtlijnen op www.wip.nl (knoppen 'documentatie' en 'onderwerpen'), en ga met uw teams aan de slag met de implementatie ervan. Voorkomen is beslist beter dan genezen. En voor ons allen geldt: better safe than sorry!

*Hans Maarten Kruitbosch,
revalidatiearts De Hoogstraat, Utrecht*

Sander Houdijk

Door Kitty Rotteveel

LEEFTIJD > 27 JAAR **WERK** > FYSIOTHERAPEUT BIJ SOPHIA REVALIDATIE IN DEN HAAG, VOLGT DE MASTEROPLEIDING NEUROREVALIDATIE

PRIVÉ > WOONT SAMEN **HOBBY** > HANDBAL **HEKEL AAN** > LUIHEID, MENSEN DIE NERGENS ECHT VOOR WILLEN GAAN

Vertel eens over je werk?

‘Ik werk in de kliniek, op de dwarslaesie- en CVA-afdeling. We zien revalidanten direct na het ontstaan van hun aandoening; de meesten blijven drie maanden. Een heftige periode, waarin je elke dag, en soms wel twee keer per dag, contact hebt met iemand. Het werk is heel divers. Bij Sophia Revalidatie werken we met het zogenaamde revalidatiedoelengesprek, waarin een revalidant zijn eigen doelen formuleert. Aan de hand hiervan gaan we als behandelaars aan de slag, en juist die persoonlijke doelen maken het werk zo leuk. De therapie wordt echt vertaald naar iemands dagelijkse leven. Een revalidant wilde bijvoorbeeld in zijn camper kunnen stappen, om weer op reis te gaan: daar ga je dan samen aan werken.’

Je volgt de masteropleiding neurorevalidatie; hoe ben je daartoe gekomen en wat houdt het in?

‘Ik ben altijd geïnteresseerd geweest in vernieuwing, verbetering van de kwaliteit van zorg, binnen de mogelijkheden die we hebben. Deze opleiding sluit hier perfect bij aan. De opleiding bestaat nog niet zo lang, sinds 2009, en wordt maar op één plaats in het land gegeven: bij de HAN, de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Het is een tweejarige opleiding voor paramedici en verpleegkundigen; ik heb het eerste jaar achter de rug. De opleiding richt zich op de organisatie van de zorg, maar ook op de vakinhoud. Wat dit in de praktijk betekent? Ik leer bijvoorbeeld analyses maken van zorgprocessen. Is dát wat we multidisciplinair doen ook echt het beste voor een revalidant? En hebben we het wel zo slim mogelijk georganiseerd? Ik leer wetenschappelijk onderzoek te beoordelen en te vertalen naar concrete veranderingen in de zorg. Zo ben ik nu



Foto: Inge Hondebrink

bezig met een behandelvorm binnen de logopedie. Ik ga adviseren of we deze vorm wel of niet moeten aanbieden in ons revalidatiecentrum, óók rekening houdend met kosten. Bijzonder, ik ben nu als fysiotherapeut bezig met logopedie.’

Hoe beïnvloedt de opleiding je werk?

‘Ik ben nog meer multidisciplinair gaan denken, en daarom denk ik ook breder over mijn eigen behandeling. Zo heb ik laatst met een CVA-patiënt de fijnmotorische handfunctie geoeftend in combinatie met logopedische oefeningen op schrift. Behandelingen worden zo functioneler en intensiever. Als ik de opleiding af heb ga ik me, naast de fysiotherapie, acht uur in de week bezighouden met zorgprocessen. Sophia Revalidatie

wil betere aansluiting bij de wetenschap, en zo krijg ik de kans om praktijk en wetenschap te combineren. Heel leuk!’

Wat is voor jou het belangrijkste in je werk?

‘Ik vind het belangrijk om flexibel te zijn, open te staan. Ik kan me dus wel eens ergeren als iemand strak vasthoudt aan eigen standpunten. Het gaat er uiteindelijk om wat het beste is voor een revalidant! We moeten regelmatig slechtnieuwsgesprekken voeren, als een bepaald doel niet haalbaar blijkt. Dat is moeilijk, en mensen zijn op dat moment vaak erg verdrietig. Ik kan heel blij zijn als je dan in de loop van de week ziet dat iemand toch weer wat grip krijgt op zijn toekomst, en dat je daarbij hebt kunnen helpen.’

VRA Annual Congress 2011

COOPERATION

Op 3 en 4 november 2011 vindt het jaarlijkse wetenschappelijke congres van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) plaats. De locatie is ook dit jaar De Heerlijkheid van Ermelo.

Het thema van het congres is: **'Cooperation'**. Het programma bevat een uitgebreid aanbod aan presentaties, workshops en minisymposia over diverse onderwerpen. De voertaal van het congres is Engels.

Voor meer informatie over het programma, inschrijven, accreditatie etc. kunt u kijken op www.revalidatiegeneeskunde.nl.

Word nu supporter

Reken af met spierziekte. Giro 33322

Ik zou graag een klein beetje willen open.
Achter een popkar,
dan kan ik ook achter een poppewagen open.
Maar ik kan nooit open,

Ik ben een motor-mus

Marjolijn, 6 jaar



www.spierenvoorspiereen.nl

Loophulpmiddelen voor Revalidatie



Fellow-Roll bv

importeur van Zweedse loophulpmiddelen
tel: 035 6090610 fax: 035 5881306
info@fellow-roll.com www.fellow-roll.com

Drie decennia gecombineerde ervaring

Etac is een Zweeds bedrijf met meer dan 35 jaar ervaring en kennis op het gebied van mobiliteit en gezondheidszorg in huis. We ontwikkelen een groot aantal producten en brengen ze wereldwijd op de markt, door dochterondernemingen die ons eigendom zijn of door zorgvuldig geselecteerde distributiepartners. In de loop der jaren heeft ons werk groot verschil gemaakt voor degenen die onze producten nodig hebben.



etac

Creating Possibilities

Fluorietweg 16a
1812RR Alkmaar, Nederland
Tel: +31 72 547 04 39
Fax: +31 72 540 13 05
info.holland@etac.com
www.etac-holland.com

PAKPAAL

- stalen stang geklemd tussen vloer en plafond
- houvast naast bed, stoel of bad
- hulp bij omdraaien in bed
- voor transfer naar bank of bed
- geen schade aan vloer en plafond
- geschikt voor personen tot 150 kg

een sterke steun in 5 minuten geplaatst
demonstratie filmpjes op de website
proefzending mogelijk

Pakpaal® producties

T 076-5614500



www.pakpaal.nl

KMD Spraakmakend in sprakeloosheid

Dubby Loquendo

Praten met een mooie stem!

Met de vernieuwde Dubby kan uw cliënt comfortabel en effectief communiceren.

Op eenvoudige wijze wordt schrift omgezet naar spraak. De nieuwe spraaksynthesizer heeft een prachtige natuurlijke stem.



KLEIN & MELGERT DEVELOPMENTS BV

T 0316 - 26 80 21

E info@kmd.nl

I www.kmd.nl

Eindelijk rustig slapen dankzij Dormo

Marieke Gerfin is sinds elf maanden moeder van Tristan. Ze geeft hem de fles, doet hem onder de douche en verschoont z'n luiers. Terwijl ze hem vanwege haar aandoening niet kan tillen. Marieke: 'Door dit kinderbedje ging er een wereld voor ons open. Toen ik zwanger was heb ik maanden naar zoiets gezocht, maar het was niet makkelijk te vinden. Op het laatst werd het echt stressen. En nu ben ik gewoon een volwaardige moeder voor onze zoon, dankzij dit kindermeubeltje.'

Zo, da's een puik bed

De Dormo ziet eruit als een gewoon bedje. Gemaakt van mooi hout, in verschillende kleuren, voorzien van spijlen en een bedbodem. Het vernuft zit in de elektrische bediening. Met een simpele druk op de knop gaat de bodem omhoog of omlaag, tot elke gewenste hoogte. Marieke: 'De hoogste stand is de standaard commode hoogte en in de laagste stand doet ie dienst als box. Verder zijn de spijlen aan de voorkant eigenlijk een deurtje, dat open kan. Zo ontdekte ik laatst dat ik Tristan kan douchen, nu hij kan kruipen. Ik zet het bed in de laagste stand, maak de deur open en hij kruipt op de grond. Dan tiggert hij naar de douche en klaar is Kees. Toen we mijn man fris gedoucht wakker maakten wist hij niet wat hij zag. Hele normale dagelijkse dingen voor een ander, maar een mijlpaal voor ons! Een paar weken geleden waren we op vakantie en ontdekte ik hoe het leven met Tristan zou zijn zonder dit bed. Ik wilde hem 's nachts troosten, maar met het campingbedje kan ik weinig beginnen.'

'Ik ben zelfstandig door dit bedje en dat vind ik echt te gek.'

Alternatieven

Marieke heeft polyneuropathie. Haar overgevoelige zenuwen reageren minimaal op pijnprikkels, totdat ze ineens uitbarsten in een pijnaanval. Dan is de enige remedie ongeveer 48 uur stil zitten. Dat ze Tristan niet kon tillen was van het begin duidelijk, maar ze verwachtte eigenlijk vrij snel handige hulpmiddelen te vinden. Het werd een fikse zoektocht: 'Lange tijd waren onze enige opties een bed voor volwassenen met wat extra functionaliteiten en een zelfgemaakte constructie van een man wiens vrouw hetzelfde probleem heeft. Zij kon ook niet zonder hulp haar kind verzorgen en de overheid vergoedt helemaal niks. Alleen als het kindje een beperking heeft, maar niet als het de moeder is. Dat volwassenen bed kostte ook nog eens € 3000,- en het zelfgemaakte bedje kon ik niet hoger of lager zetten. Alleen het Maatwerk bed voldeed aan onze eisen en was bovendien betaalbaar. Ik hoop dat door dit verhaal meer mensen zo'n perfecte oplossing vinden als wij!'



Maatwerk
maakt modulaire systemen
voor nu en straks
met veel vakmanschap
en door productie in huis
sterk servicegericht

