

Revalidatie en de anderen

> Zorglogistiek: kan het sneller en beter? > Games maken revalideren leuker > Veranderingen in het vakmanschap > Structureel sportadvies helpt kinderen aan het sporten > Consulteren op afstand

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

4> Zorglogistiek: kan het sneller en beter?

Zorglogistiek in de revalidatie: wat kan sneller en beter? En hoe pakt een instelling dat aan in de praktijk?

6> Berichten

7> Beter in beeld met teleconsult

In Enschede werd een systeem ontwikkeld waarmee op afstand een collega-behandelaar kan worden geraadpleegd.

10> Een magische fluit

Het is een bijzonder muziekinstrument: de Magic Flute.

11> 'Alles wat we nu doen, is winst'

Joukje Kemerink, moeder van Sem.

15> Het centrum

Militair Revalidatie Centrum.

16> Met andere kinderen naar de sportclub

Maar weinig kinderen met een handicap zitten op een sportclub. Een structureel sportadvies blijkt te helpen.

17> Column

Tot leven komen.

20> Het standpunt

Er is meer aandacht nodig voor niet-visuele waarnemingsstoornissen na niet-aangeboren hersenletsel.

21> Het werk

Ed Nolens, maatschappelijk werker.



'Eis vanuit eigen kracht een plaats in de keten op'

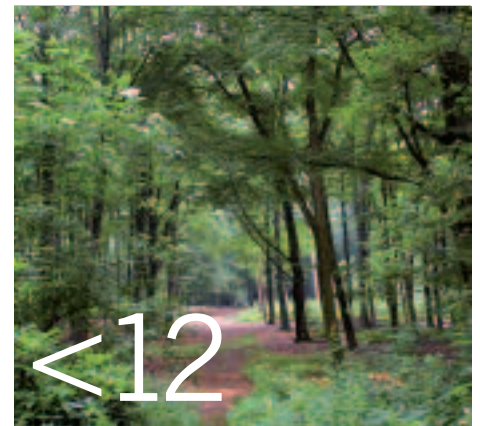
De buitenwacht heeft een positief beeld van de revalidatiesector, blijkt uit onderzoek. Goed nieuws in tijden van marktwerking, want daarmee is de sector een serieuze partij. Maar: 'dan moet de revalidatie niet in de bossen blijven zitten.'

• Marc van Bijsterveldt

Games maken revalideren leuker

Bij revalidatie worden lichaamsfuncties intensief getraind. Vaak gebeurt dat door het herhalen van dezelfde oefeningen, wat behoorlijk eentonig is. Computergames kunnen de eentonigheid doorbreken.

• John Ekkelboom



Vakmanschap verandert

Waar vroeger het vak centraal stond in de revalidatie, is dat nu het team. De revalidant profiteert van de nauwe afstemming tussen de verschillende behandel disciplines.

Maar wat betekent het voor het vakmanschap?

• Inez Pelgröm

Sneller Beter, zo heet het grote, door het ministerie van VWS begonnen project om de zorglogistiek van ziekenhuizen te verbeteren. Ook voor de revalidatiesector start binnenkort waarschijnlijk zo'n project. 'Zorglogistiek' in de revalidatie, wat is dat en wat kan er beter? En hoe pakt een instelling dat aan in de praktijk? • Door Adri Bolt

Zorglogistiek: kan het sneller

Hoe organiseer je de revalidatiezorg zo dat de behandelaars hun werk zo goed mogelijk kunnen doen? Maar ook zo dat de patiënten tevreden zijn, en dat de kosten niet te hoog zijn? Dat zijn de vragen waar zorglogistiek zich primair op richt.' Aan het woord is Marcel de Jong, partner zorglogistiek van CC Zorgadviseurs, het adviesbureau dat naar verwachting het project Sneller Beter gaat uitvoeren voor de revalidatiesector. Volgens De Jong moeten revalidatie-instellingen kiezen tussen verschillende doelen: 'Er zit een spanning tussen de beste zorg leveren, de laagste kosten per behandelaar maken of de grootste patiënttevredenheid. Natuurlijk moet je op alle drie een goed niveau halen, maar één van deze dingen is uiteindelijk leidend. Een hoge benutting van de behandelaars, bijvoorbeeld, leidt tot een hogere productiviteit en lagere kosten. De keerzijde van een hoge benutting is echter dat je geen speelruimte overhoudt om mensen in behandeling te nemen, waardoor het risico op wachtlijsten toeneemt. En door wachtlijsten daalt de patiënttevredenheid.' Kortom: tussen de laagste kosten, de beste zorg en de hoogste patiënttevredenheid zitten allerlei logistieke tegenstrijdigheden. 'Het is steeds zoeken naar een balans. Je moet keuzes maken en de consequenties van die keuzes overzien. Doe je dat niet als instelling, dan maakt de planner de keuzes en dat is niet wat je wilt.'

Planning

Maar om die keuzes te kunnen maken, moet eerst iets anders gebeuren. Op dit moment moeten revalidatie-instellingen met gelijkblijvende financiële middelen meer productie leveren. Daarbij hebben ze zo hun problemen. In vergelijking met bijvoorbeeld ziekenhuizen zijn het relatief kleine instel-

lingen, waarin multidisciplinair gewerkt wordt. De behandelduur is lang, meestal vele weken of maanden. En de behandelingen zijn minder eenvoudig te standaardiseren. Meestal begint een behandeling zonder dat de duur duidelijk is, en wordt tussendoor veel bijgestuurd. Daar komt bij dat de behandelcapaciteit te weinig is afgestemd op de te verwachten vraag. 'Dat leidt weer tot onnodig lange wachtlijsten, wat dus slecht is voor de patiënttevredenheid. En dat geldt ook voor het aantal mutaties. Het is in de revalidatie niet ongebruikelijk dat 40 tot 50% van de afspraken op het laatste moment weer gewijzigd wordt.' Revalidatie-instellingen moeten dus om te beginnen zorgen voor een betere behandelplanning.

Onrust

'Er heerste een cultuur van "alles moet kunnen,"' bevestigt Wiebe van der Wal, unitleider van de polikliniek neurologie van Revalidatiecentrum Breda, dit beeld. 'Omdat bijna elk wijzigingsverzoek werd ingewilligd, werden de behandelprogramma's voortdurend verstoord. Dat zorgde voor veel onrust. Het was nodig om grenzen te stellen, zowel aan de verzoeken van behandelaars als aan het toenemend aantal verzoeken van revalidanten.' In 2005 liet Revalidatiecentrum Breda een onderzoek uitvoeren door bureau Prismant. 'De conclusies waren helder. Revalidanten kregen vaak te laat hun oproepbrief en hadden te maken met veel wijzigingen in hun behandelprogramma. Door wijzigingen en afzeggingen zaten er veel gaten in de werkschema's van therapeuten.' Daarom startte eind 2005 een pilootproject in de polikliniek neurologie, met Van der Wal als projectleider. 'We gingen terug naar de basis en bedachten wat nodig is voor een efficiënte planning. Daarvoor moet je



Illustratie: Roel Seidell

en beter?

weten wat het doel is van de behandeling, welke disciplines je moet inzetten om dat doel te bereiken en hoeveel uren van elke discipline je nodig hebt.

Voor de hand

Het denken vanuit een beperkt aantal doelen kwam in de plaats van het denken vanuit heel veel diagnoses. 'Na de intake gaan de behandelaars observeren, en wordt in overleg met de revalidant een doel bepaald. Bijvoorbeeld of iemand weer wil kunnen traplopen, fietsen of zijn werk of hobby uitoefenen.' Het stellen van doelen is niets nieuws, maar Revalidatiecentrum Breda beperkte de duur van de observatie tot twee weken. Dan wordt het vervolgtraject bepaald, waarvan de lengte en de aantallen contacturen met de verschillende behandelaars vast staan. 'Die behandelaars beginnen tegelijkertijd met het traject, en stoppen ook tegelijkertijd. Dat lijkt voor de hand te liggen, maar vroeger begonnen de verschillende behandelaars op verschillende momenten, afhankelijk van hun eigen tijdsplanning.' De polikliniek slaagde erin 85% van de behandelingen terug te brengen tot twaalf individuele en vier groepstrajecten. De overige 15% is bestemd voor mensen die niet in zo'n traject passen.

Ingrijpend

Februari 2006 ging de polikliniek 'om' voor 250 patiënten. Dat was ingrijpend, niet in het minst voor de behandelaars. 'Zij moeten nu al vroeg in het jaar hun zomervakantie doorgeven, en een vrije dag moet minimaal drie weken van tevoren worden aangevraagd.' Er werden blokken vrije regelruimte ingepast in de werkschema's. Daarin kunnen ze rapporteren, maar bijvoor-

beeld ook een extra behandeling inlassen. En de revalidanten? Die hebben nu te maken met hulpverleners die de behandeling gelijktijdig starten en in hun samenwerking meer doelgericht zijn. Op termijn kunnen ze ook een kortere wachttijd verwachten, stelt Van der Wal. Verder weten revalidanten veel beter waar ze op kunnen rekenen. Ze weten eerder wanneer hun behandeltraject begint, en precies wanneer ze welke therapie krijgen en hoe lang hun traject duurt. Eventueel kan dan een nieuw traject volgen. En ze krijgen veel minder te maken met mutaties. 'Dat aantal is enorm teruggebracht. Waar de planner voorheen per dag ongeveer 150 wijzigingsverzoeken kreeg voor de planning, zijn dat er nu zo'n 35.'

Keuze

De behandelaars zijn tevreden met het systeem van behandeltrajecten en het doelgerichte werken. Ook vinden ze het prettig dat de *no show* van revalidanten lager is, en dat zij sneller doorstromen. Maar hoe staat het nu met de keuzes op het gebied van kwaliteit, kosten en patiënttevredenheid, die volgens Marcel de Jong gemaakt moeten worden? De Jong: 'Op de korte termijn valt in de revalidatiesector op al die fronten nog veel te verbeteren. Maar op de langere termijn zullen instellingen zich meer op één van de drie moeten onderscheiden. Voor elk onderdeel van de zorg moet duidelijk worden: als het erop aan komt kiezen we voor kwaliteit, efficiëntie of tevredenheid. Daarmee laat je aan de buitenwereld weten waar je voor staat, en dat is nodig om te overleven.'

Voor meer informatie over de Bredase aanpak: info@rcbreda.nl.

Erkenning diabetesrevalidatie

Het College voor zorgverzekering (CVZ) heeft beslist dat diabetesrevalidatie onder de Zorgverzekeringswet valt. Diabetesrevalidatie wordt op dit moment alleen aangeboden bij het Centrum voor Revalidatie – UMCG. Rita Wesselijs is teammanager van het diabetesteam: 'Voor ons betekent dit dat we erkend worden als belangrijke schakel in de diabetesketen. Het betekent ook dat andere revalidatie-instellingen in Nederland meer mogelijkheden hebben om diabetesrevalidatie te starten, zodat diabetespatiënten in hun eigen regio terecht kunnen voor dit speciale behandelprogramma.' Meer informatie: 050 - 533 83 75, www.centrumvoorrevalidatie-umcg.nl.

Fitness voor kinderen met cerebrale parese



Foto: Ben Henniger, De Hoogstraat

Kinderfysiotherapeut Olaf Verschuren, werkzaam bij revalidatiecentrum De Hoogstraat, deed promotieonderzoek naar fitness bij kinderen met cerebrale parese (CP). Deze kinderen hebben een laag fitnessniveau, door verlies aan spierkracht en conditie. Onderzoek wijst uit dat ze niet vaak

deelnemen aan sportactiviteiten buiten school. Er werd een speciaal fitnessprogramma ontwikkeld voor kinderen met CP van zeven tot en met achttien jaar die kunnen lopen zonder hulpmiddelen. De kinderen trainden acht maanden lang twee keer per week gedurende 45 minuten onder schooltijd. De training, die werd gegeven in circuitvorm, had een duidelijk positief effect op conditie, behendigheid en spierkracht.

De kinderen gingen ook op andere vlakken beter functioneren en hadden meer vertrouwen in hun eigen kunnen op sportgebied. Het fitnessprogramma is dus effectief en daarom zou het goed zijn als alle kinderen met CP de kans krijgen eraan deel te nemen. Het bleek echter ook dat de winst van het programma vier maanden na afloop van de trainingen grotendeels weer verloren was gegaan. Om die reden is het belangrijk om te proberen kinderen na afloop van de training aan het sporten te krijgen en te houden (zie ook pagina 16). Informatie: www.netchild.nl. Contact: o.verschuren@dehoogstraat.nl.

Informatiekrant

In 2008 gaan drie revalidatiecentra het elektronisch patiëntendossier voor de revalidatiesector uitvoerig testen. Een jaar later zal het definitieve Revalidatie EPD beschikbaar zijn. De pilot-instellingen zijn Heliomare, Revalidatiecentrum Amsterdam en Rijndam Revalidatiecentrum. Omdat bijna alle medewerkers van de revalidatie-instellingen straks te maken krijgen met het EPD, verschijnt binnenkort een informatiekrant over dit onderwerp. In deze gratis krant komen allerlei vragen rond het EPD aan bod: waarom moet dat EPD er eigenlijk komen; hoe wordt het

gemaakt en ingevoerd; wat hebben revalidanten eraan; hoe kijken toekomstige gebruikers er tegenaan; hoe gebruiksvriendelijk is het, enzovoort. De krant wordt verspreid via de revalidatiecentra. Hij kan ook worden besteld bij secretariaat@revalidatie-epd.nl.

Voor meer informatie: www.revalidatie-epd.nl.

Revalidatie EPD
Elektronisch Patiëntendossier

Werkgroep fysiotherapeuten

In oktober 2007 is een werkgroep geïnstalleerd, die de circa 600 fysiotherapeuten die werken in de Nederlandse revalidatie-instellingen vertegenwoordigt. De werkgroep zal optreden als gesprekspartner in het overleg met onder meer Revalidatie Nederland en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Voornaamste doel is het verstevigen van de positie van de fysiotherapeuten. De werkgroep wil onder meer een competentieprofiel opstellen, om daarmee de kwaliteit van fysiotherapie in de revalidatie zichtbaar te maken. Verder is het de bedoeling om een vereniging op te richten: de Nederlandse Vereniging voor binnen de Revalidatie werkzame Fysiotherapeuten (NVRF). Deze vereniging zal onder meer platform zijn voor kennisuitwisseling. Informatie: www.nvrf.nl.

PROMOTIES EN BENOEMINGEN

- > VUmc Amsterdam. Op 21 juni 2007 promoveerde Merel-Anne Brehm op het proefschrift *The clinical assessment of energy expenditure in pathological gait* (ISBN 978-90-6464-139-8).
- > VUmc Amsterdam. Op 5 oktober 2007 promoveerde Vincent de Groot op het proefschrift *Outcome Measurement and Functional Prognosis in early Multiple Sclerosis* (ISBN 978-90-6464-155-8).
- > Rijksuniversiteit Groningen, faculteit der medische wetenschappen. Op 10 oktober 2007 promoveerde Ellen van Weert op het proefschrift *Cancer rehabilitation: effects and mechanisms* (ISBN 978-90-367-3132-4).
- > VUmc Amsterdam. Op 16 november 2007 promoveerde Vanessa Scholtes op het proefschrift *The effectiveness of multilevel botulinum toxin type A and comprehensive rehabilitation in children with cerebral palsy* (ISBN 978-90-8659-146-6).
- > Rijksuniversiteit Groningen, faculteit der medische wetenschappen. Op 28 november 2007 promoveerde Bianca Nijhuis op het proefschrift *Team collaboration in Dutch paediatric rehabilitation. Cooperation between parents, rehabilitation professionals and special education professionals in the care for children with cerebral palsy*.
- > De Hoogstraat / UMC Utrecht. Op 18 december 2007 promoveerde fysiotherapeut Olaf Verschuren op het proefschrift *Physical fitness in children and adolescents with cerebral palsy*.

Beelden zeggen vaak meer dan woorden. Dat geldt zeker ook in de behandeling van kinderen met houdings- en bewegingsproblemen. In Enschede werd een systeem ontwikkeld om bewegende beelden samen met patiëntgegevens te versturen. Zo is het mogelijk om op afstand een collega-behandelaar te raadplegen over een kind. Een vernieuwing met veel potentieel.



Beter in beeld met teleconsult

Foto: Everards Advertising & Multimedia

Video Teleconsult heet het nieuwe systeem, dat behandelaars in staat stelt om videobeelden op ieder gewenst moment ter beoordeling aan collega's voor te leggen. Een zorgverlener in de eerste lijn maakt in zijn of haar praktijk een video-opname van de bewegingsproblemen van een patiëntje. Selecteert vervolgens de juiste fragmenten en plaatst deze samen met aanvullende patiëntgegevens en een consultvraag op een website. De zorgverlener aan wie de vraag is gericht, krijgt hier via een automatische e-mail bericht van. Deze raadgever beoordeelt de video, geeft antwoord op de gestelde vraag en meldt dat het antwoord beschikbaar is. Het systeem is beveiligd; alleen mensen met een autorisatie kunnen bij de informatie komen. Video Teleconsult is ontwikkeld door Roessingh Research and Development, in samenwerking met eerstelijns kinderfysiotherapeuten, revalidatiecentrum Het Roessingh en zorgverzekeraar Menzis.

Sluitend geheel

Bij de behandeling van kinderen met houdings- en bewegingsproblemen zijn vaak meerdere behandelaars van verschillende organisaties betrokken. Teleconsultatie maakt het mogelijk om binnen dit complexe netwerk een sluitend geheel van zorg te creëren. Specialisten uit de tweede en derde lijn kunnen meekijken met behandelaars uit de eerste lijn. Ze kunnen helpen bij het stellen van de juiste diagnose en behandeladviezen geven: hoe kan een kind het beste behandeld worden? Het is een systeem dat veel mogelijkheden heeft. Het idee dat in de toekomst alle zorgverleners via teleconsultatie informatie kunnen uitwisselen, spreekt tot de verbeelding.

Zorgvuldig

Het is natuurlijk niet eenvoudig om een systeem op te zetten dat ook echt goed bruikbaar is. Daarom is de ontwikkeling heel zorgvuldig gebeurd, in nauw overleg met de zorgverleners voor wie de dienst bedoeld is. Inmiddels werken zo'n vijftig zorgverleners – voornamelijk kinderfysiotherapeuten, maar ook artsen – in de regio Twente en in het Universitair

Medisch Centrum Groningen met Video Teleconsult. Gezamenlijk hebben zij informatie over circa 80 kinderen uitgewisseld. Het ging vooral om jonge kinderen met uiteenlopende problemen, zoals cerebrale parese, spina bifida of een onverklaarde motorische ontwikkelingsachterstand. Teleconsultatie lijkt een effectieve manier om informatie uit te wisselen.

Opschalen

Video Teleconsult won een prijsvraag van het Actieprogramma Maatschappelijke sectoren & ICT. Dit programma, een initiatief van zes ministeries, moet het ICT-gebruik in onder meer de zorg bevorderen. Met het geldbedrag dat aan de prijs is verbonden, kan het systeem verder worden verbeterd en kan het toepassingsgebied worden uitgebreid. Vanaf eind 2007 zullen naast Het Roessingh De Trappenberg, het VU Medisch Centrum, de Sint Maartenskliniek en het Universitair Medisch Centrum St Radboud het systeem gaan inzetten. Hierbij zal teleconsult voor het eerst ook worden gebruikt in de revalidatie van volwassenen.

Zorgverzekeraars

Een nieuwe zorgdienst kan alleen blijven bestaan en groeien als hij wordt vergoed door de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraar Menzis is vanaf de start betrokken geweest bij de ontwikkeling van Video Teleconsult en vergoedt het teleconsult voor kinderfysiotherapeuten in Twente. Samen met zorgverzekeraars wordt gewerkt aan een vergoeding voor behandelaars in andere vakgebieden, zoals artsen. Zodat teleconsult straks landelijk in de eerste, tweede en derde lijn vergoed kan worden en ingebed kan raken in de zorgpraktijk. En dat komt kinderen en volwassenen met houdings- en bewegingsproblemen ten goede.

*Jacqueline Visser,
onderzoeksmiddewerker Roessingh Research and Development
(j.visser@rrd.nl)*

Bij revalidatie is het belangrijk dat lichaamsfuncties intensief worden getraind. Vaak gebeurt dat door het continu herhalen van dezelfde oefeningen, wat behoorlijk eentonig is. Computergames kunnen die saaiheid doorbreken. Revalideren wordt dan leuk, spannend en uitdagend. • Door John Ekkelboom

Games maken revalideren leuker

In een loods in Culemborg staat een rond platform met een diameter van drie meter op metalen telescoop poten. Daarachter bevindt zich een groot cilindrisch scherm waarop beelden geprojecteerd kunnen worden. Rondom hangen twaalf camera's met hun lenzen op het platform gericht. Wim Wertheim, revalidatiearts van het Militair Revalidatie Centrum in Doorn, vertelt enthousiast dat zijn centrum als eerste in Europa dit apparaat binnenkort gaat inzetten in de revalidatie. Andere centra, waaronder enkele in Nederland, gebruiken het alleen nog voor onderzoek. Het systeem heet CAREN, wat staat voor Computer Assisted Rehabilitation Environment.

Balans corrigeren

Een belangrijke mogelijkheid van CAREN is dat het revalidanten met balansproblemen tijdens het oefenen kan corrigeren. Om dit te demonstreren plaatst Wertheim een metalen staaf verticaal op het platform. De uiteinden ervan zijn voorzien van reflecterende markers die door de camera's continu ruimtelijk in de gaten worden gehouden. Dan laat hij de staaf los. Normaal zou deze direct omvallen, maar doordat het platform kleine driedimensionale bewegingen maakt, blijft de staaf in evenwicht. Wertheim: 'Zo werkt dat dus ook bij revalidanten, op wie we eveneens een aantal markers plakken. Als zo iemand uit balans dreigt te raken, zorgt het platform voor de nodige tegenkrachten. Zo kan die persoon zonder angst voor vallen allerlei oefeningen doen. Die ondersteuning bouwen we dan langzaam af, zodat de revalidant steeds meer zelf moet proberen om in evenwicht te blijven. Lukt dat eenmaal,

dan kunnen we hem of haar ook uit balans brengen, waardoor de oefeningen nog moeilijker worden.'

Röntgensysteem

Bij CAREN hoort ook een geïntegreerde virtuele wereld die op het parabool-scherm wordt afgebeeld. De revalidant kan deze wereld beïnvloeden. Zo is het mogelijk een wandeling te maken door het geprojecteerde en bewegende landschap of met een bootje – dat reageert op lichaamsbewegingen – te slalommen tussen de boeien op een groot meer met krijsende meeuwen. Het platform zorgt voor de gewenste bewegingen om de beleving zo realistisch mogelijk te maken. Volgens Wertheim is CAREN zowel geschikt voor diagnostiek als voor therapie. 'Therapeutisch kunnen we bijvoorbeeld amputatie- en CVA-patiënten met balansproblemen trainen. Ook voor knie- en rugpatiënten is het systeem zeer geschikt. Die mensen durven vaak niet te bewegen. Breng je hen in zo'n virtuele omgeving, dan worden ze afgeleid en vergeten ze hun problemen. Het spelelement daagt hen uit. Verder zouden ook whiplashpatiënten baat kunnen hebben bij het systeem. Je kunt ze stimuleren bepaalde bewegingen met hoofd, nek en schouders te maken in de virtuele wereld. In al deze gevallen kan CAREN het revalidatieproces dramatisch versnellen, is al gebleken uit Amerikaans onderzoek.' Bij diagnostiek denkt Wertheim onder meer aan het in kaart brengen van loopstoornissen. Michiel Westermann, directeur van Motek Medical in Amsterdam dat CAREN heeft ontwikkeld, zegt dat CAREN ook kan gaan fungeren als een soort 'röntgensysteem' voor het bewegingsapparaat. 'Met een pak vol markers kan met het



door ons ontwikkelde Human Body Model worden weergegeven welke spieren iemand onvoldoende of verkeerd gebruikt bij een bepaalde beweging. Een arts kan dan een gerichte therapie inzetten om die spieren te activeren.'

Scootmobiel

Ook Roessingh Research & Development in Enschede is bezig met virtual reality als hulpmiddel bij revalidatie van mensen met neurologische afwijkingen en amputaties. Als voorbeeld noemt Michiel Jannink, manager van het cluster Functieherstel en Technologie, de scootmobielsimulator. Het doel van dit hulpmiddel is revalidanten in een veilige omgeving met hun nieuwe vervoermiddel te leren omgaan. De simulator bestaat uit een scootmobiel, die wel bediend kan worden maar niet gaat rijden, en een virtual reality-helm. De rijlessen zijn in niveaus opgebouwd, waarbij de bestuurder van het voertuig eerst op een virtueel oefenterrein gaat experimenteren om vervolgens een woonwijk en een supermarkt in te rijden. Jannink: 'Uit de eerste ervaringen met CVA-patiënten blijkt dat ze prima leren rijden met zo'n simulator. Groot voordeel is ook dat de ergotherapeut meerdere patiënten tegelijk kan begeleiden. Normaal is die begeleiding een-op-een en direct in de praktijk.'

Furbaal Hunt

Een ander project waaraan Jannink en collega's werken, is de toepassing van virtual reality bij kinderen met een cerebrale parese. Door een hersenbeschadiging hebben zij vaak een beperkte arm- en handfunctie. Met gerichte training is het mogelijk deze functie te verbeteren. De onderzoeker uit

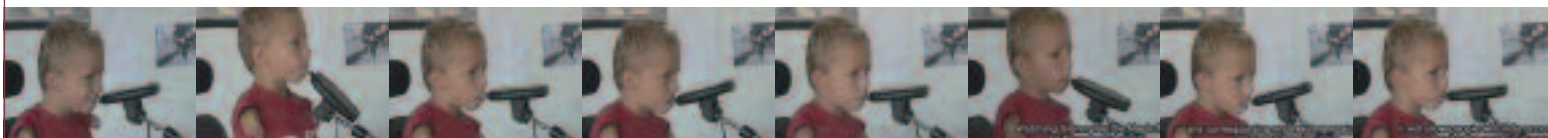
Enschede legt uit dat het belangrijk is kinderen te motiveren. Om op hun belevingswereld in te spelen, is het spel Furbaal Hunt ontwikkeld. Daarbij komen op een beeldscherm vogeltjes uit huisjes die op een tak gaan zitten. Het kind moet proberen de virtuele vogeltjes te raken. Via een webcam worden de arm- en handbewegingen gevolgd en vastgelegd en kunnen de kinderen zichzelf ook in de virtuele wereld zien bewegen. Het spel is per individu aan te passen. Jannink vertelt dat het inmiddels ook wordt toegepast bij volwassenen met een beroerte of een dwarslaesie. 'Bij hen koppelen we Furbaal Hunt aan een robotsysteem dat de zwaartekracht van de arm compenseert. Zo hoeven ze zich alleen op de coördinatie van de bewegingen te concentreren.'

Aanvulling

Mark Overmars, hoogleraar Informatica aan de Universiteit Utrecht en wetenschappelijk directeur van het Centrum voor Advanced Gaming and Simulation, denkt dat games een serieuze rol gaan spelen in de revalidatie. Door uitdagingen en beloningen tijdens het spel zullen revalidanten volgens hem veel langer en gemotiveerder hun oefeningen doen, waarbij ze door de afleiding ook eventuele pijn en angst vergeten. 'De technologie wordt steeds beter om beweging van mensen automatisch te meten en de games worden levensechter. Straks kunnen mensen er ook thuis mee oefenen. Wel zal het altijd een aanvulling blijven op de gangbare revalidatie. Games zullen nooit revalidatieartsen en therapeuten vervangen. Professionele begeleiding blijft noodzakelijk.'

Een magische fluit

Kinderen die door een spierziekte of andere oorzaak verzwakte ademhalingspijnen hebben, krijgen ademhalingstherapie. Om de therapie leuk te maken, gebruikte Rijndam Revalidatiecentrum er een elektronische saxofoon voor. Maar kinderen die hun armen niet kunnen gebruiken, kunnen dat instrument niet bespelen. Nu is er een instrument waarbij dat wel kan: de Magic Flute.



Glenn speelt voor het eerst op de Magic Flute: zie www.mybreathmymusic.com

Als de ademhalingspijnen door een ziekte verzwakken, gaat een kind vaak oppervlakkig ademen. Alleen het bovenste deel van de longen wordt gebruikt, waardoor de spieren verder verzwakken. Er kan zich ook slijm verzamelen in de longen, wat ontstekingen kan geven. Goed uitblazen is de manier om de longen te trainen. Uitblaas oefeningen worden vaak begeleid door de fysiotherapeut. In Rijndam Revalidatiecentrum in Rotterdam wordt al langer gebruikgemaakt van muziek om de conditie van de longen op peil te houden. Deze vorm van ademhalingstherapie is veel leuker voor de kinderen, want het oefenen gaat spelenderwijs. Muziek maken is gewoon fijn om te doen.

Onbegrensd

Voor de therapie werd een elektronische saxofoon gebruikt, maar niet alle kinderen kunnen dat instrument hanteren. Ademhalingstherapeut Ruud van der Wel wilde daarom een nieuw elektronisch instrument ontwikkelen, dat ook meer mogelijkheden zou hebben. Via zijn eigen website kwam Van der Wel in contact met David Whalen uit New York, die verlamd is en heel creatief is in het bedenken van manieren om desondanks te kunnen musiceren. Op een congres ontmoette Ruud van der Wel Brian Dillon uit Ierland. Dillon heeft het bedrijf Unique Perspectives, dat elektronica ontwikkelt voor mensen met een handicap. De samenwerking tussen de drie mannen bleek vruchtbaar en na nog geen jaar was een nieuw instrument geboren, de Magic Flute. Dit instrument wordt bespeeld zonder handen en er is weinig longvolume voor nodig. Door je hoofd omhoog en omlaag te bewegen, varieer je de toonhoogte. Het instrument kan elektronische geluidsbronnen aansturen, zoals een keyboard of muziekcomputer. Hierdoor kun je veel soorten geluiden voortbrengen: fluit, trompet, saxofoon, scheurende gitaren. De mogelijkheden zijn onbegrensd.

Populair

Sinds een half jaar gebruikt Ruud van der Wel de Magic Flute in de revalidatie. Het instrument is razend populair bij de kinderen. Omdat hij makkelijk te bespelen is, heb je snel een prachtig resultaat. Vier kinderen gebruiken de fluit wekelijks bij hun ademhalingstherapie. Twee van hen, Glenn en Karin, hebben een instrument in bruikleen. Toen Glenn thuis drumklanken had gespeeld, zei hij tegen zijn moeder: 'Zie je wel mamma, ik kan wél drummen.' De kinderen genieten van de muziek die ze maken en ze leren ook snel: Karin speelde binnen de kortste keren tien liedjes van bladmuziek. Ook voor volwassenen kan de Magic Flute een uitkomst zijn. Dit geldt vooral voor mensen die musicerden, maar dat door een beperking van hun armen niet meer kunnen. Voor hen is het heerlijk om weer muziek te kunnen maken.

*Cora van der Wouden,
afdelingsmanager divisie kinderen Rijndam Revalidatiecentrum*

De Magic Flute kost 1951 euro en kan worden besteld via de site van ademhalingstherapeut Ruud van der Wel: www.mybreathmymusic.com. Op deze site kunt u ook op enkele korte video's zien hoe het instrument gebruikt wordt.

Rijndam Revalidatiecentrum wil graag de Magic Flute ook beschikbaar stellen voor mensen met een lager inkomen, door middel van een leaseregeling. Hiervoor wordt nog steun gezocht van sponsoren. Voor contact: info@mybreathmymusic.com.



‘Alles wat we nu doen, is winst’

De geboorte van Sem (21 maanden) verliep moeizaam. Zijn schouder zat klem achter het schaambeentje. Met veel trekken en duwen kwam de zoon van Ruud en Joukje Kemerink ter wereld. Het gevolg was een rechtszijdige erbse parese en een gebroken linkerbovenarm. • Door Inez Pelgröm

‘Vanwege mijn diabetes type 1 moest ik in het ziekenhuis bevallen. De bevalling kostte veel moeite. De vacuümpomp is tweemaal losgeschoten en er kwam flink wat geweld aan te pas om Sem los te krijgen. Na zijn geboorte is hij direct bij me weggehaald. Ruud moest mee, ze vertelden hem meteen wat er gebeurd was. Zelf was ik niet in paniek. Ik hoorde Sem huilen en dacht: “Hij leeft, dan is alles goed.”


De dag na de bevalling kregen we al folders over erbse parese in onze handen gedrukt. Er waren vijf zenuwen afgescheurd bij zijn schouder. Zijn rechterarm was verlamd. Na drie maanden kon een hersteloperatie plaatsvinden. Daarna kreeg hij fysiotherapie aan huis. Dat was afdoende voor zijn herstel, vonden de artsen. Maar wij hadden het gevoel: “Is dit het nu?” Toen tipte iemand ons over het revalidatiecentrum. Zelf hadden we daar nooit aan gedacht. Ook het ziekenhuis had ons daar niet op gewezen. Bij een revalidatiecentrum denk je al gauw aan zware handicaps. Zo ernstig was het toch niet met Sem?

We wilden het toch proberen. Ruud en ik hadden er meteen een goed gevoel over. Dit waren professionals, zij hadden veel ervaring met kinderen met dezelfde aandoening. Sem krijgt nu wekelijks fysio- en ergotherapie. Ergotherapie is de afgelopen tijd gericht geweest op de bewustwording van zijn rechterarm. We merken dat dit al veel verbeterd is. Eerst hing zijn arm helemaal slap, nu kan hij hem omhoog brengen. Hij beseft dat hij er iets

mee kan doen. Dat zijn zulke mooie stappen vooruit. We moeten zelf thuis ook met hem oefenen om zijn gewrichten en spieren soepel te houden. Dat valt erg zwaar, want met die oefeningen doe je hem pijn en dat wil je niet. Onze behandelaars steunen ons hierin goed. Ze benadrukken dat wij zijn ouders zijn en niet zijn therapeuten.

We merken dat de revalidatie heel goed is voor Sem. Het is niet alleen zijn arm, maar het werkt door in zijn hele ontwikkeling. Balans houden, zitten, lopen; alles gaat moeizamer bij hem. Op het centrum houden ze dat allemaal in de gaten. Signaleren wij iets, dan pakken ze het direct op. Bijvoorbeeld toen we merkten dat hij steeds op zijn tenen stond. Dat kwam doordat er indertijd gevoelszenuwen uit zijn kuiten gebruikt zijn om de zenuwen in zijn schouder weer met elkaar te verbinden. Hij heeft speciale schoenen gekregen en nu gaat het goed. Sinds kort kan hij zelfs aan een hand lopen.

Ruud en ik staan er vrij nuchter in. Je wenst dit geen enkele ouder toe, maar wij kunnen ermee dealen. Het zal nooit helemaal goed komen. Als ik echter zie wat Sem nu al kan, dan heb ik goede hoop voor de toekomst. Tot zijn vierde levensjaar is vooruitgang mogelijk. Dit is dus de belangrijkste tijd. Alles wat we nu doen, is winst. Ook al zullen we nog jaren in de medische molen blijven, het zou een gemiste kans geweest zijn als we niet hadden besloten hem te laten revalideren. Uiteindelijk komt hij er wel.’

A portrait of Ernst van Voorst, a middle-aged man with grey hair, wearing a dark suit, a light blue striped shirt, and a dark tie with diagonal stripes. He is looking slightly to the right of the camera with a neutral expression. The background is a blurred outdoor setting with green foliage and a white building.

Ernst van Voorst, directeur van Stichting Gezondheidscentra Eindhoven: 'Het beeld van een sector die te veel in de bossen blijft, vind ik wel herkenbaar. De revalidatie gaat nog onvoldoende met andere partijen om de tafel zitten. En zij moet in de revalidatieketen het voortouw nemen. Onze mensen hebben prima contacten met collega's in Blixembosch, het revalidatiecentrum in onze regio. Maar voor een goed functionerende keten moet je het ook op organisatieniveau regelen. De revalidatie neemt daartoe te weinig het initiatief.

Belangrijk voor goede ketenzorg is dat je met een integrale blik naar de patiënt kijkt. Je moet dus meer doen dan de boel repareren en weer gangbaar maken, bij wijze van spreken. Ik vind dat men nog onvoldoende kijkt naar wat er met de patiënt gebeurt ná de behandeling. Hoe gaat een revalidant verder met zijn of haar leven? Patiënten willen dichtbij huis behandeld worden, met de eigen huisarts als regisseur. Als eerste lijn wil ik dan ook graag samenwerken met de revalidatie, in ons geval met Blixembosch. Maar revalidatie-instellingen moeten dan wel beter laten zien waar hun gespecialiseerde expertise zit, bijvoorbeeld tijdens werkbezoeken en themadagen. Dat maakt goed doorverwijzen ook makkelijker. We hebben wel eens geopperd om in onze centra vooruitgeschoven posten van Blixembosch te plaatsen. Dat idee zou ik nog wel willen uitwerken.'

Revalidatie Nederland publiceert marktonderzoek

Hecht, sterk en met een eigen identiteit. Dat beeld heeft de buitenwacht van de revalidatie. Goed nieuws in tijden van marktwerking, want daarmee is de sector een serieuze partij. Maar: 'dan moet de revalidatie niet in de bossen blijven zitten.' • Door Marc van Bijsterveldt

'Eis vanuit eigen kracht een plaats in de keten op'

Marktwerking is inmiddels een gegeven in de gezondheidszorg. De vraag van de patiënt komt steeds meer centraal te staan, niet het aanbod van instellingen. Keten zorg is het toverwoord; samenwerken over de muren van de eigen sector heen. Daar liggen grote kansen voor de revalidatie, zegt Emiel Rolink, beleidsmedewerker bij Revalidatie Nederland. Hij is een van de auteurs van *Oriëntatie op de markt*, een onderzoek naar marktontwikkelingen in de revalidatie. 'De mensen die wij ondervroegen hebben vrijwel allemaal een positief beeld van de revalidatiesector. Mensen in de ziekenhuizen bijvoorbeeld, en in de verpleeghuissector en de eerste lijn. Die willen graag met ons samenwerken.' Maar op de markt gaat het toch om concurrentie, niet om samenwerking? Dat is een misvatting, zegt Rolink. 'De zorgmarkt is geen vechtmart. Het belang van de patiënt staat centraal, en die is erbij gebaat dat zorgverleners vanuit hun speciale expertise samenwerken in een keten. Uit ons onderzoek blijkt dat de concurrentiedruk binnen de keten afneemt als er duidelijke samenwerkingsrelaties bestaan waarin je elkaars toegevoegde waarde ziet.'

Kleine marges

En daar zit meteen een risico, of – zoals Rolink dat liever noemt – een uitdaging. Als zorgverleners te weinig naar buiten gaan om de anderen in hun werkgebied op te zoeken, leren ze elkaars producten onvoldoende kennen. 'Zo kunnen er initiatieven ontstaan waar je niet bij betrokken bent. In deze tijd van marktwerking moet je de lijnen naar buiten open houden.' Wie niet aansluit op de veranderingen in de patiëntenstroom, kan dat in een marktstelsel bedrijfsmatig de kop kosten. De marges op de zorgmarkt zijn immers klein. Rolink: 'Uit het onderzoek blijkt dat de groep die revalidatie nodig heeft blijft groeien. Maar die groeiende groep moet je dan wel zien te bereiken. Bij de ziekenhuizen bedraagt de winst slechts 0,6% van de omzet. Wie 1% van de omzet verliest, komt dus al in de rode cijfers terecht. In de revalidatie is de situatie niet veel anders.'

Bordje

Een 'uitdaging' dus. Dat vindt ook Jos Buijs, directeur van Revalidatiecentrum Amsterdam. Als bestuurslid van Revalidatie Nederland heeft hij marktwerking in portefeuille. 'De sector kan zich veel sterker profileren.

We hebben een mooi product en dat mogen we best meer laten zien. Dat profileren moet vooral binnen de keten gebeuren. Ik ben er niet van overtuigd dat overal wordt gezien hoe noodzakelijk dat is. Dit onderzoek toont ook aan dat het in sommige regio's beter gaat dan in andere.' Buijs wijst erop dat revalidatie geen beschermde titel is. 'Iedereen kan een bordje met "revalidatiezorg" op de voordeur timmeren. Vooral verpleeghuizen doen dat steeds vaker. Wij moeten dus onze plaats in de keten opeisen.' De sector heeft veel te bieden, stelt Buijs. Bijvoorbeeld multidisciplinaire behandelteams die worden geleid door een revalidatiearts. En bewezen effectieve behandelingen die mensen weer optimaal laten functioneren. 'Daarmee helpen we ze terug naar de maatschappij.'

Witte vlekken

Een van de mensen die meewerkten aan het marktonderzoek is Mariëlle Rompa, directeur van Actiz, de koepelorganisatie van onder meer verpleeghuizen. Ook zij heeft een positief beeld van de revalidatie. Maar, zo vraagt ze zich retorisch af: 'Kennen we elkaar wel goed genoeg? Komen we voldoende bij elkaar over de vloer?' Ze steekt daarbij de hand ook in eigen boezem. 'Als brancheorganisaties gaan we uitermate vriendschappelijk met elkaar om, maar er is geen sprake van regulier overleg. Als wij dat als koepels al niet doen, kunnen we het dan van de mensen in de instellingen verwachten?' Toch is dat nu juist wat er moet gebeuren voor goede ketenzorg. 'Samen moeten we de witte vlekken in de ketens invullen en overlap eruit halen.' Volgens Rompa begint dat heel simpel: 'Ga bij elkaar op bezoek, om elkaar te leren kennen en te ontdekken wat de ander doet.' Juist op dat punt heeft >

Wat is nou die 'keten', waar het steeds over gaat? Mensen die revalidatie nodig hebben, hebben ook te maken met andere instellingen, zoals het ziekenhuis, een verpleeghuis, de thuiszorg, de huisarts of fysiotherapeut. In 'ketenzorg' worden al hun activiteiten in onderlinge samenhang georganiseerd. De verschillende zorgverleners vormen de schakels van een keten.

‘De revalidatie blijft nog te veel in de bossen zitten’

> ze nog wel een oproep aan haar revalidatiecollega's. 'We hebben niet alleen te maken met marktwerking, maar ook met vermaatschappelijking, waarbij de zorg de cliënt opzoekt in plaats van andersom. Beide ontwikkelingen vragen van zorgverleners dat ze meer naar buiten gaan. De revalidatie blijft nog te veel in de bossen zitten.' Rompa sluit aan bij Jos Buijs. Laat zien wat je in huis hebt en eis zo je plaats in de keten op, zo luidt ook haar boodschap. Daar doet ze wel meteen een waarschuwing bij: 'We moeten waken voor een domeinstrijd. Ik zou de revalidatie willen uitdagen de vermeende vijand op te zoeken, om zo te ontdekken dat het een vriend is.'

Allianties

Die oproep kan Jannie Riteco, directeur van Revalidatie Nederland, alleen maar bevestigen. Ook zij vindt een domeinstrijd niet zinvol. 'Mijn boodschap aan de revalidatie-instellingen is: laat zien wat je te bieden hebt en beweeg mee met de veranderingen in de markt. Leer je partners in de regio kennen. Wat heb je ze te bieden? Wat zijn hun wensen? En wat is voor de patiënt van belang? Als je product kwaliteit heeft, kun je vanuit een zelf-verzekerde houding je natuurlijke positie in de zorgketen innemen. Ga dus uit van je eigen kracht. Richt je daarbij ook op nieuw zorgaanbod en op de samenwerking met nieuwe spelers op de markt.' Riteco ziet dat veel instellingen al goed anticiperen op de marktontwikkelingen. 'Steeds vaker gaan ze strategische allianties met andere zorgaanbieders aan, om samen die

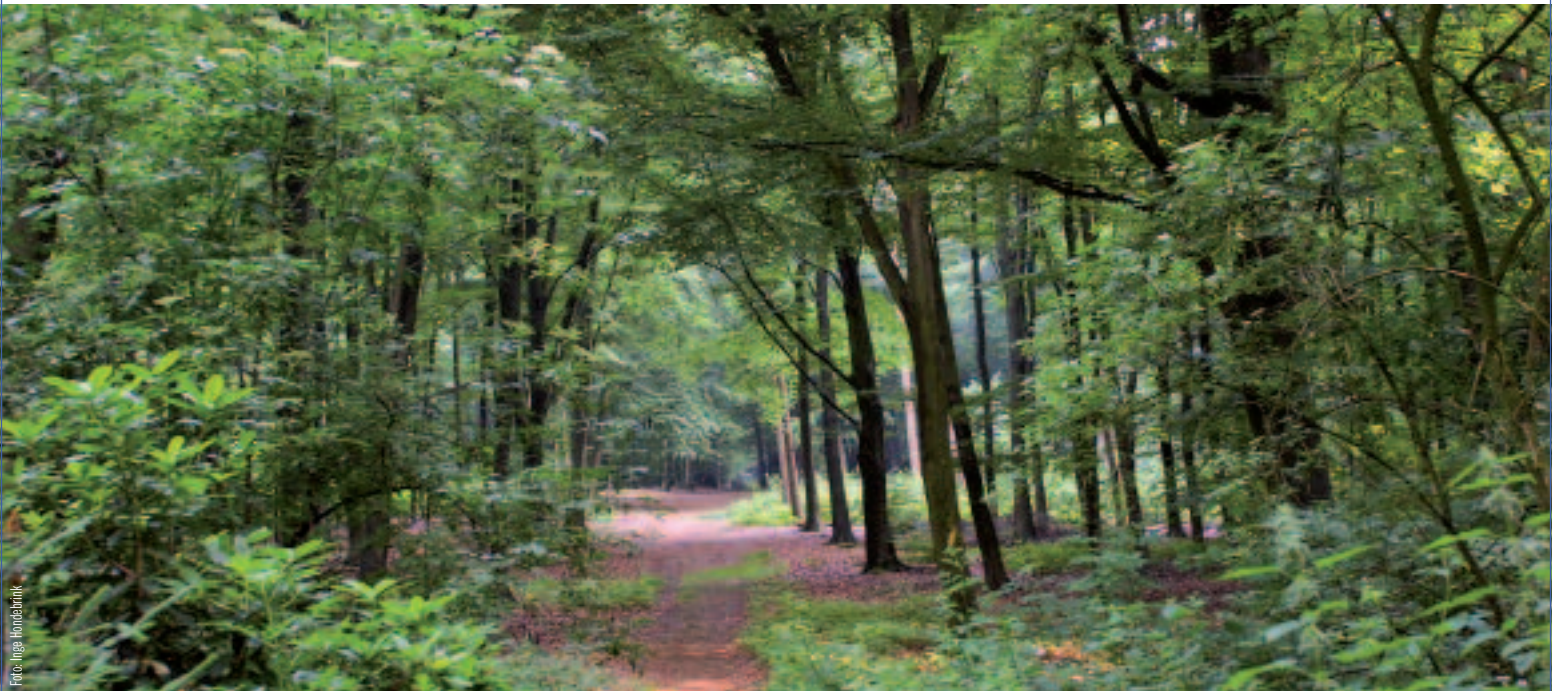
ketenzorg vorm te geven. Dan zie je bijvoorbeeld ook dat verpleeghuisartsen en revalidatieartsen binnen de keten in één team gaan samenwerken.'

Goede zorg

Als de zorg straks echte ketenzorg wordt, is er dan nog wel plaats voor een aparte revalidatiesector? Daar zijn alle geïnterviewden duidelijk over: ja, die plaats is er. Buijs: 'Binnen de keten is de sector niet weg te denken. Daar zit immers de specialistische deskundigheid, met goed omschreven behandelprogramma's én een schat aan ervaring met holistische zorg.' Riteco: 'Het gaat uiteindelijk niet om de instituties, maar om goede zorg. De grenzen tussen de zorginstellingen worden vloeibaarder, blijkt ook uit het onderzoek. Maar voor revalidatie blijft er altijd een belangrijke positie in de keten. Voor de specialistische revalidatie, die alleen in revalidatie-instellingen kan plaatsvinden, maar ook voor andere vormen van revalidatiezorg.'

Rompa ten slotte: 'We hameren er steeds op dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig moeten kunnen blijven. Juist voor dat doel blijft voor bepaalde groepen altijd specialistische revalidatiebehandeling nodig.'

Op 6 december 2007 organiseerde Revalidatie Nederland een conferentie met als thema 'Het onderscheidend vermogen van aanbieders in de zorg'. Daar is ook een publieksversie van het marktonderzoek gepresenteerd. Kijk op www.revalidatie.nl.



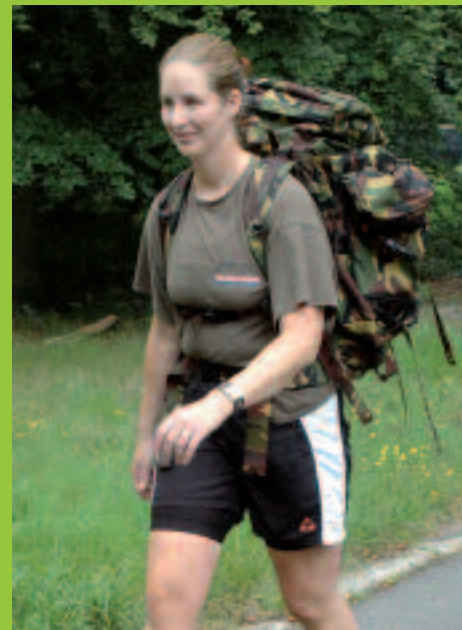
Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

De eerste van Nederland

Door John Ekkelboom



Revalidanten: 1000 per jaar
 Medewerkers: 165, van wie bijna 90% burgers
 Revalidatieartsen: 3
 Vrijwilligers: 20
 Bedden: 80, waarvan 35 in verpleegcentrum
 en overige in paviljoens
 Poliklinische Revalidatiebehandeluren
 (RBU's) per jaar: 16.000
 Klinische Revalidatiebehandeluren (RBU's)
 per jaar: 29.000



Foto's: John Ekkelboom

In 1946 besloot het ministerie van Oorlog om voor de gewonde militairen uit de Tweede Wereldoorlog een herstellings- en trainingsoord in Oisterwijk te vestigen. Daarmee was het eerste revalidatiecentrum van Nederland een feit. Na een kort verblijf in Brabant verhuisde dit **Militair Revalidatie Centrum** (MRC) naar Doorn, waar het neerstreek op het 32 hectare tellende landgoed Aardenburg. Dit eigendom van een rijke bankiersfamilie werd aanvankelijk gehuurd, maar jaren later kon defensie het kopen. Omdat het aantal gewonde militairen afnam, en daarmee het aantal revalidanten, werd in 1954 besloten om ook burgers op Aardenburg te revalideren. 'Dit was mede noodzakelijk om de deskundigheid van revalidatieartsen en therapeuten te waarborgen', vertelt MRC-commandant Jos van 't Root. 'We hebben nu nog steeds 60% militairen en 40% burgers, die we alle vormen van revalidatie kunnen bieden.'

Revalideren van militairen gaat volgens Van 't Root verder dan het revalideren van burgers. Terwijl hij dat tijdens een wandeling op het landgoed vertelt, komt een vrouwelijke revalidant in flinke loopspas voorbij. Ze torst een zware rugzak met zich mee. De commandant – de legerterm voor de functie van directeur – licht toe dat die extra belasting noodzakelijk is om straks weer inzetbaar te zijn voor de normale taakuitvoering. 'Overigens moeten alle gewonde Nederlandse militairen hier revalideren, ongeacht de plaats of tijd van gewond raken. Nu hebben we bijvoorbeeld enkele slachtoffers van aan-

slagen in **Afghanistan**. Wij proberen ze weer geschikt te maken voor hun operationele taak, ook omdat ze graag in dienst willen blijven.'

De militairen die poliklinisch revalideren bij MRC Aardenburg, verblijven in kleine paviljoens op het landgoed. Mochten er calamiteiten zijn, dan kan het ministerie van defensie het MRC verplichten de huidige beddenscapaciteit van 80 'op te blazen' naar 120. Voor militairen geldt in principe geen wachtlijst. Zij hebben recht op prompte zorg, zo is de opdracht van het ministerie. Van 't Root wil de paviljoens vervangen. 'Die zijn niet meer van deze tijd. De militairen hebben daar onvoldoende privacy. We streven daarom naar een soort hotel in de toekomst. Ook het nieuwe verpleegcentrum, dat vorige maand is opgeleverd, heeft om die reden alleen eenpersoonskamers.'

Evenals de andere revalidatiecentra maakt ook het MRC afspraken met zorgverzekeraars over revalidatiebehandeluren en verpleegdagen. In 1995 werd, na een jarenlange discussie over het voortbestaan van het centrum, besloten dat het MRC defensie nagenoeg niets mag kosten. Alleen de zogenaamde **militaire meerkosten** komen nog voor rekening van dit ministerie. Dit zijn extra kosten die voortvloeien uit het feit dat het centrum deel uitmaakt van de militaire organisatie. Van 't Root: 'Gelukkig is destijds die discussie positief voor ons uitgevallen. Het is gebleken dat het MRC meerwaarde heeft voor de militairen en een positieve uitstraling heeft naar de burgers.'



Foto: Inge Hondebrink

Met andere kinderen naar de sportclub

Sporten is gezond voor alle kinderen. Maar kinderen met een handicap sporten minder vaak dan hun niet-gehandicapte leeftijdgenoten. Mytylscholen en revalidatiecentra doen wel van alles aan sport en beweging, maar de stap naar een sportclub wordt maar zelden gezet. Revalidatiecentrum Breda besloot kinderen volgens een vaste structuur sportadvies te geven en dat werkt: veel kinderen raken aan het sporten.

Sporten is goed voor hart en bloedvaten en het voorkomt overgewicht. Kinderen worden sterker en beweeglijker door sport. Sport is ook mentaal gezond: het geeft ontspanning en gezelligheid, en kinderen krijgen er meer zelfvertrouwen door. Door een handicap hebben kinderen lichamelijk en mentaal een net wat minder sterke uitgangspositie. Sport kan dus voor hen juist extra bijdragen aan hun ontwikkeling. Om deze reden wilden we als revalidatiecentrum graag meer kinderen aan het sporten krijgen. Uit eigen onderzoek wisten we dat veel kinderen wel graag wilden sporten, maar dat zij en hun ouders de mogelijkheden niet goed kenden. Besloten werd om aan kinderen van zeven tot achttien jaar die geïnteresseerd waren een sportadvies te geven, en om dat advies tot vast onderdeel van de revalidatie te maken. In het verleden gaven we ook wel sportadviezen, maar dat gebeurde – zoals in de meeste revalidatiecentra – niet gestructureerd.

Sportadvies

Alle kinderen krijgen tijdens hun eerste consult bij de revalidatiearts de vraag of ze misschien interesse hebben om te gaan sporten. Als dat zo is, volgt een intake door de bewegingsagoog en fysiotherapeut en vervolgens een motorische observatie door de fysiotherapeut. Na deze bijeenkomsten is er een goed beeld van wat een kind zou kunnen en willen en welke obstakels overwonnen moeten worden. Daarna volgen maximaal zes bijeenkomsten van een half uur bij de bewegingsagoog. Tijdens deze bijeenkomsten maakt het kind kennis met de sporten die hem of haar leuk lijken. Bij de laatste bijeenkomst krijgen ouders en kind een sportadvies op papier mee. Hierin worden onder andere drie sportverenigingen genoemd waar het kind terecht kan, inclusief contactpersoon. Na drie maanden is er een telefonische follow-up, om na te gaan hoe het gaat met het sporten en of nog ondersteuning nodig is.

Kikki (13 jaar) kan door spastische diplegie haar benen niet goed gebruiken. Ze heeft een handbike gekregen als sportvoorziening en heeft zich aangesloten bij een handbikevereniging: 'Ik vind het heel leuk, want dan zie ik op zaterdag mijn vriendinnen. Verder wordt mijn conditie er beter van en kan ik met mijn moeder mee als ze gaat fietsen.'

Fleur van 11 jaar speelt, ondanks haar reuma, weer hockey bij een reguliere vereniging: 'Ik moest het hockeyen langzaam opbouwen; daar werd ik ongeduldig van. Maar die langzame opbouw heeft wel geholpen, want nu hockey ik weer hele wedstrijden zonder klachten.'

Elmay (15 jaar) heeft door cerebrale parese moeite met bewegen. Zij is lid geworden van een dansvereniging: 'Ik doe aan stijldansen, country en vrij dansen. Het is een fijne hobby en ik vind het leuk om samen met anderen iets te doen. Het is leuk te merken dat anderen ook wat met mij willen doen.'

Netwerk

Een sportadvies heeft natuurlijk alleen zin als een kind ook bij een club terecht kan. Er zijn maar weinig mogelijkheden voor aangepast sporten en de gewone sportverenigingen durven het vaak niet aan om een gehandicapt kind op te nemen. Informatie kan hen over de drempel helpen. We wilden een netwerk tot stand brengen met minimaal tien sportverenigingen waar we kinderen naar kunnen verwijzen. Het netwerk werd veel groter: inmiddels werken we samen met 46 verenigingen die heel diverse sporten aanbieden, van voetbal tot roeien en van paardrijden tot onderwaterhockey. Als een kind een sport wil gaan doen die niet in ons netwerk zit, leggen we contact met een sportvereniging die deze sport aanbiedt. Op die manier proberen we het netwerk nog verder uit te breiden.

Een leven lang

In het eerste jaar kregen 45 kinderen een sportadvies; bij 37 kinderen was in die periode de follow-up na drie maanden gedaan. Van deze 37 kinderen waren er 21 aan het sporten, wat gelijkstaat aan 57%. Verschillende kinderen hadden zich – om allerlei redenen – nog niet aangemeld bij een vereniging, maar waren dat zeker van plan. Wij zijn zeer tevreden over dit resultaat en we zijn overtuigd van het nut van een structureel sportadvies. Met zo'n advies bereik je doelen die in de revalidatie centraal staan: het vergroten van de zelfstandigheid en van de deelname aan het maatschappelijke leven. Als kinderen de drempel naar de sportvereniging over worden geholpen, kunnen ze daar een leven lang plezier van hebben.

*Frans van der Brugge,
fysiotherapeut Revalidatiecentrum Breda*

Meer informatie vindt u op www.rcbreda.nl.



Tot leven komen

'Vraag je niet af wat het leven nodig heeft, maar wat jij nodig hebt om tot leven te komen.' Deze uitspraak las ik laatst, en ik dacht aan de jarenlange interne revalidatieperiode in mijn jeugd. In verband met een partiële dwarslaesie revalideerde ik van mijn elfde tot en met mijn zestiende. Alles was erop gericht mij weer 'geschikt' te maken voor het leven. De focus lag op het uiterlijke gereedschap, het mechaniekje weer aan de praat krijgen. Achteraf kan ik zeggen dat – onbewust en onbedoeld – de belangrijkste voorwaarde om weer geschikt te worden voor het leven vergeten werd. Namelijk, mijn nieuwe realiteit en nieuwe lichaam te leren accepteren en omarmen. Om van daaruit het lichaam aan te moedigen tot vooruitgang. Vanuit verzoening en niet vanuit afwijzing, teleurstelling en gevecht. Om tot leven te komen had ik niet mijn oude lichaam nodig. Ik had behoefte aan handreikingen om contact te maken met mijn innerlijke kracht, om te geloven in mijzelf, mijn eigen waarde en mogelijkheden. Vooral had ik behoefte aan de bevestiging dat ik – ook mét deze handicap – goed was.

Ik weet dat er in de loop der jaren veel is veranderd in de revalidatie. Toch blijft een grote valkuil dat behandelaars onbewust willen zorgen dat mensen weer in de wereld passen. Niet zelden ingegeven door projectie van de eigen kijk op het leven en angst voor de grilligheid van het bestaan. Eigenlijk zijn er twee vragen die je jezelf als behandelaar zou moeten stellen. De eerste vraag is: in hoeverre is mijn blik op de revalidant werkelijk vrij van conditioneringen en angst voor ziekte en imperfectie? Want vanuit je eigen houding treed je de ander tegemoet. De tweede vraag is: wat heeft iemand nodig om tot leven te komen? Zo ontstaat een ontdekkingsstocht naar het werkelijke potentieel van een revalidant. Niet vanuit 'is-ziek-moet-beter', maar vanuit respect voor iemands unieke weg. Een weg vol kansen om het leven in diepere dimensies te leren ervaren. Niet ondanks, misschien wel dankzij de beperkingen.

Annemarie Postma

Vakmanschap verandert

Van generalist naar specialist

Vroeger hadden revalidatiecentra vakafdelingen, waarin vakgenoten – zoals fysiotherapeuten of verpleegkundigen – samenwerkten en beleid maakten. Tegenwoordig zijn de multidisciplinaire behandelteams leidend; een revolutionaire omslag van aanbod- naar vraaggericht werken. Want de revalidant profiteert van de nauwe afstemming tussen de verschillende behandel disciplines. Een mooi resultaat, maar waar blijft het vakmanschap in dit verhaal? Een behandelaar en een manager aan het woord. • Door Inez Pelgröm

De omschakeling naar een teamstructuur betekende voor de behandelaars dat ze een richting moesten kiezen. **Bernadette Wassink**, psycholoog in een pijn team en daarnaast vakcoördinator binnen Het Roessingh, vond dat lastig. 'Aan de ene kant zorgde het dat ik nu werk met een patiëntengroep waar ik affiniteit mee heb.' Anderzijds betekende de keuze voor pijn dat ze de neuropsychologie los moest laten. 'Het maakt ons beslist minder flexibel,' stelt ze. 'Je bent gewoon niet meer up-to-date op andere werkgebieden en daardoor ben je moeilijker inzetbaar. Dat is vanuit de organisatie gezien niet handig.'

'Voor een eenling is het moeilijk om voor zijn vakbelang op te komen'

Van alles een beetje

Het multidisciplinaire team leidt tot ontwikkeling van specialismen. Wassink: 'Dat gaat ten koste van de generalist, die komt in een revalidatiecentrum niet ver meer.' Van alles een beetje weten is niet meer voldoende. Het gebeurt nu al dat mensen doorgestuurd worden naar een centrum met meer expertise. Deze specialisatie houdt wel in dat centra hoogwaardige zorg bieden. Tenminste, nuanceert ze, als het management geld vrijmaakt voor innovatie. 'De kanteling moet hand in hand gaan met kwaliteitsverbetering. Anders mis je de boot en gaat de patiënt naar een ander.' Maar wanneer revalidatiecentra moeilijker hun begroting rond krijgen, verdwijnt kwaliteit gemakkelijk naar de achtergrond. Productie draaien is dan belangrijker; voor de vakspecialist een gruwel. 'Dat is een keuze die speelt en waar je zeker twijfels bij kunt hebben.'

Blinde vlekken

Als het gaat om bijvoorbeeld het verdelen van budget, het invullen van scholing of het meedraaien in projecten ligt de beslissing tegenwoordig bij het behandelteam: dat bepaalt wie wát gaat doen. Natuurlijk vindt daarover discussie plaats, laat Wassink weten. Soms moet de vakspecialist zich schikken naar de keuzes van het team. 'Voor een eenling in een team is het dan moeilijk om voor zijn vakbelang op te komen.' De psycholoog ziet daarom zeker bestaansrecht voor vakgroepen, waarin vakgenoten elkaar geregeld treffen. 'Het geeft de mogelijkheid informatie uit te wisselen en een gezamenlijk standpunt uit te dragen.' In het team is daar nauwelijks ruimte voor. Ze constateert bovendien dat er gevaar is voor het ontstaan van blinde vlekken. De wil is er wel om als vakgenoten samen dingen op te pakken, maar tijd en geld staan altijd onder druk.

Terugveren

Op dit moment vindt Wassink dat het team nog te veel aan het woord is. Ieder teamlid denkt nu iets over het vakgebied van de ander te kunnen zeggen. 'We moeten als vakgroepen ruimte krijgen ons te ontwikkelen, zodat we beter gebruik kunnen maken van elkaars expertise.' Een duidelijke positionering is noodzakelijk. Management en vakgroepen botsen daarbij soms. Ze moeten elkaar weten te vinden in de afstemming tussen de koers van de organisatie en de behoefte van de vakgroep. Uiteindelijk komt dat wel goed, denkt ze, want bij reorganisatieprocessen is het vaak zo dat eerst wordt doorgesloten om daarna weer wat terug te veren. De vakgroep is belangrijk voor het op peil houden van vakmanschap. 'Daarvan kan het team alleen maar profiteren.'



In 2005 maakte het Rijnlands Revalidatiecentrum de overgang van vakafdelingen naar multidisciplinaire teams. **Frank Boogmans**, sectormanager in het RRC: ‘Het grote voordeel van de teamstructuur is de ontwikkeling van specialismen.’ De medewerkers krijgen niet meer met een veelheid aan diagnoses te maken, waardoor expertisegebieden ontstaan. Het centrum creëert daarmee een meerwaarde ten opzichte van andere aanbieders. Dat is nodig, meent hij, want steeds meer soorten organisaties gaan revalidatiezorg bieden. ‘Door de bundeling van professionals in gespecialiseerde teams geef je de patiënt een reden waarom hij bij jou moet zijn.’

Voelspriet

Het teambelang staat nu centraal, vakgenoten zijn minder belangrijk geworden. Een goede ontwikkeling, meent Boogmans, want het team bepaalt de kwaliteit. ‘Met elkaar staat het team voor een bepaalde standaard. Daar maak je samen afspraken over.’ Hij erkent wel dat het soms te lang duurt voordat vakgenoten de kans krijgen elkaar te spreken. ‘Niet alles kan, dan is het kwestie van beslissen wat je het belangrijkste vindt.’ Het teambelang blijft dan voorop staan. Toch ziet hij zeker een rol weggelegd voor de vakgroep; het is de voelspriet naar buiten toe. ‘De vakspecialisten halen externe ontwikkelingen op hun vakgebied in huis. Daarover moeten ze gezamenlijk een standpunt in kunnen nemen.’ Met deze rol voor de vakgroep hoeft de kwaliteit van het vak volgens hem niet onder de teamstructuur te lijden.

Spanningsveld

Een garantie voor het behoud van vakmanschap is het vaste budget voor scholing. ‘Door de teamstructuur is scholing gemakkelijker in te vullen’, geeft Boogmans aan. ‘We kunnen veel gerichtere keuzes maken.’ Vakgroepen

geven daarbij hun wensen aan; de revalidatiearts en de sectormanager beslissen. Als bepaalde patiëntengroepen flink groeien, houden ze daar rekening mee. Zodoende houdt het centrum verbinding met de markt. Ook telt noodzaak zwaar mee. Elke medewerker dient regelmatig geschoold te worden. Op deze manier creëert het RRC dus enerzijds verdere specialistische ontwikkeling, anderzijds behoud van een basiskwaliteit. Dat laatste is zeker belangrijk, benadrukt hij, want er is een spanningsveld tussen de kwaliteit van zorg en het bedrijfsbelang. Specialisatie werkt starheid van het organisatorisch proces in de hand; een uitgevallen behandelaar vervangen, is dan moeilijk. ‘Bij ons moet daarom iedereen inzetbaar zijn op andere gebieden.’

‘Op het gebied van specialistische zorg zijn we al heel ver’

Eén behandelaar

De revalidant profiteert van de teamgerichte werkwijze, bijvoorbeeld doordat hij nu één behandelaar heeft, zowel in de klinische als de poliklinische fase. In de toekomst zal de specialisatie alleen maar toenemen. ‘Op het gebied van specialistische zorg zijn we al heel ver’, zegt Boogmans daarover. ‘Mensen weten waarvoor ze bij ons terecht kunnen en ze weten dat we up-to-date zijn.’ Maar de ontwikkelingen in de vakgebieden gaan enorm snel: ‘Vakmanschap blijft een continu ontwikkelingsproces.’

Meer aandacht nodig voor ándere waarnemingsstoornissen

In juni 2007 verscheen in RM een artikel over waarnemingsproblemen na niet-aangeboren hersenletsel. In het artikel werd meer aandacht gevraagd voor beperkingen in het zien.

In het proces van waarneming wordt betekenis toegekend aan signalen die via één van onze zintuigen de hersenen bereiken. Het herkennen van iemands voetstappen, een stuk muziek of de geur van een gerecht zijn voorbeelden hiervan. Per zintuig vindt dit proces in vaste gebieden van de hersenen plaats. Als zo'n gebied beschadigd raakt, wordt de verwerking van het signaal verstoord. Een waarnemingsstoornis dus, terwijl het zintuig intact is. Er kunnen waarnemingsstoornissen optreden bij alle zintuigen: horen, zien, voelen, ruiken en proeven. Het artikel in *RM* vroeg meer aandacht voor visuele waarnemingsproblemen, en terecht. Toch krijgen deze waarnemingsproblemen in de praktijk al aandacht. Zo hebben verschillende revalidatiecentra werkafspraken met organisaties die gespecialiseerd zijn in visuele problemen, zoals Sensis en Visio. Ook voor stoornissen van het gevoel, de sensibiliteit, is al veel aandacht. Deze stoornissen worden meestal goed herkend en er wordt veel gedaan om de problemen die eruit voortkomen – bijvoorbeeld moeite hebben om te bewegen in de ruimte of de houding te bepalen – te verminderen.

Voor stoornissen in het zien en voelen is er dus al behoorlijk wat aandacht. Anders ligt dat voor reuk en smaak. Beide zijn van belang bij het eten. Met een verminderde reuk smaakt het eten vaak anders of wordt de eetlust niet opgewekt. Het wordt moeilijk om bedorven voedsel te herkennen. Een brandlucht tijdens het koken wordt

niet op tijd opgemerkt. Alleen uitval van de smaak kan ook flinke gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven. 'Lekker eten' is er niet meer bij. De eetlust kan flink afnemen, waardoor vermagering dreigt. Reuk- en smaakproblemen worden in de revalidatie nauwelijks onderkend.

Ook de verwerking van geluidssignalen kan problemen geven. Iemand heeft dan een 'centraal auditieve verwerkingsstoornis'. Bij zo'n stoornis kan de patiënt allerlei problemen hebben, zoals het horen van soms bizarre geluiden in het hoofd, denk aan glasgerinkel of pieptonen, geluid aan een bepaalde kant van het lichaam niet waarnemen (auditief neglect), overgevoelig zijn voor geluid, geluid vervormd waarnemen, niet meer herkennen van dagelijkse geluiden of een verstoorde muziekervaring. Deze verwer-

smaak. Een aanpak als bij andere cognitieve stoornissen lijkt het beste: goede diagnostiek, voorlichting aan patiënt en naasten, strategie-training. Voor de auditieve stoornissen moet de revalidatiesector mijns inziens – analoog aan de situatie met visuele verwerkingsproblemen – gaan samenwerken met audiologische centra. Want die zijn gespecialiseerd in gehoorstoornissen en hebben meer diagnostische mogelijkheden. Ideaal is het als deze diagnostiek kan plaatsvinden tijdens de revalidatiebehandeling, zodat de behandeling hierop aangepast kan worden.

Maar om goede diagnostiek en behandeling in gang te kunnen zetten, moet een stoornis eerst worden opgemerkt. Hoewel waarnemingsstoornissen na hersenletsel veel voorkomen, worden ze in de revalidatie nog slecht onderkend.

'De revalidatiesector zou moeten samenwerken met audiologische centra'

kingsproblemen kunnen zeer belastend zijn en ook zeer beperkend voor de communicatie. De grens met afasie is soms vaag, waarbij afasie en een centraal auditieve verwerkingsstoornis ook nog vaak samen voorkomen. Lichte vormen van verwerkingsproblemen komen volgens de literatuur waarschijnlijk veel vaker voor dan nu wordt aangenomen.

Er is nog weinig kennis over auditieve verwerkingsstoornissen en over de behandeling daarvan. Datzelfde geldt voor stoornissen in reuk en

Bovendien komen veel mensen met dit soort subtielere stoornissen na hersenletsel niet eens in de revalidatie terecht. Om deze stoornissen op te sporen, heeft het oude heelmeestersadagium 'ogen en oren open' – ondanks alle technische ontwikkelingen – niet aan kracht ingeboet. De patiënt vertelt zelf nog steeds meestal de diagnose. Alleen als er voldoende aandacht is, kunnen we die horen.

*Kees Hein Woldendorp,
revalidatiearts Revalidatie Friesland*

Ed Noolens

Door Kitty Rotteveel

WERK > MEDISCH MAATSCHAPPELIJK WERKER BIJ REVALIDATIECENTRUM DE TRAPPENBERG **LEEFTIJD** > 57 JAAR **PRIVÉ** > GETROUWD, VIER KINDEREN **GROOTSTE HOBBY** > ACRYL SCHILDEREN EN MUZIEK MAKEN; SPEELT IN EEN COVER- EN EEN JAZZBANDJE **HEKEL AAN** > TE VOLLE WERKDAGEN EN IN DE FILE STAAN



Foto: De Trappenberg

Wat doet een medisch maatschappelijk werker?

'Ik werk met kinderen tot zeven jaar, die naar de therapeutische peutergroep of de mytylschool gaan. Het gaat dus om jonge kinderen met een handicap, die aan het begin van hun revalidatie staan. Mijn werk bestaat uit het informeren van de ouders en het behandelteam, en daarnaast uit het begeleiden van ouders bij het revalidatieproces van hun kinderen. Ik werk bijna niet met de kinderen zelf, daar zijn anderen voor, het gaat mij om de ouders of voogd. Ik wil samen met hen in beeld brengen op welke problemen dit gezin stuit en welke oplossingen daarvoor bestaan.'

Hoe gaat dat praktisch in zijn werk?

'Ik heb zo'n 200 kinderen onder mijn hoede.

Soms heb ik een periode intensief contact met een gezin en als alles goed op de rit staat houdt dat contact op – tot ik weer nodig ben. Bij De Trappenberg hebben we meeloopdagen; dan komt het erop aan dat ik de juiste vragen stel en problemen signaleer. Ik voel me soms net een ecooloog, die de samenhang der dingen bestudeert. Revalidatie is een intensief proces, de thuisomstandigheden moeten goed zijn om dat proces aan te gaan. Het scheppen van de voorwaarden, daar ben ik voor. Er speelt van alles voor de ouders: hoe moet het financieel, accepteren broertjes en zusjes de situatie, kan de relatie van de ouders de druk aan, kunnen ze alle afspraken voor hun kind wel combineren met hun werk? Er wordt nogal wat gevraagd van ze en de situatie

van het kind verandert natuurlijk ook door de jaren heen. Het is voor mij een uitdaging om mensen hierbij te ondersteunen.'

Wanneer voel je je machteloos?

'Wanneer het binnen het gezin fout gaat met een kindje en er een vertrouwensarts of zelfs een ondertoezichtstelling aan te pas moet komen. Dat zijn schrijnende gevallen. En verder kan de bureaucratie me ook machteloos maken, er moet zoveel papierwerk worden gedaan.'

Je doet dit werk al heel lang, blijft het leuk?

'Iedere dag is heel verschillend en altijd is het interessant. Ik ben nieuwsgierig naar wat mensen bezielt, daar haal ik al 34 jaar energie uit. Mensen helpen, daar gaat het mij om. Stel: er is een schijnbaar onoplosbare situatie binnen een gezin en door mijn interventies pakken mensen hun leven weer op. Dat geeft een kick! Zo was er een alleenstaande moeder met drie kinderen. Alle drie waren ze in revalidatie en moeder moest een zware operatie ondergaan. Thuis was het heel moeilijk, er waren veel problemen die het revalidatieproces van de kinderen bemoeilijkten. Ik heb de problemen samen met de moeder in kaart gebracht en hulp ingeschakeld. Dat gezin draait goed nu: een duidelijk en prachtig resultaat. Wat zeker meehelpt om het werk leuk te houden, is het samenwerken in multidisciplinair teamverband. Ik heb eerder in ziekenhuizen gewerkt en daar was het vaak knokken voor de samenwerking. Het was een verademing toen ik bij De Trappenberg kwam, maatschappelijk werk wordt er echt gewaardeerd. We respecteren elkaar en hebben lol samen, ook belangrijk. Ik ga heel graag naar mijn werk!'