

R M

REVALIDATIE MAGAZINE
jaargang 13 nummer 3 september 2007

Hersenletsel: waar is hulp?

- > Doek valt voor behandelmethode NDT
- > Meer aandacht voor kinderen van ouders met hersenletsel
- > Ziekenhuisrevalidatie verwerft eigen plek
- > Revalidatie voor allochtonen: anders of hetzelfde?

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

6> Berichten

7> Een keurig rapport

Voor het eerst is de tevredenheid van revalidanten landelijk onderzocht.

10> Kenniscentrum vergroot de kennis in het centrum

Sommige revalidatiecentra nemen initiatieven om kennis beter te verspreiden. Zo ook De Hoogstraat.

11> 'Ik ben altijd aan het zorgen'

Marian Molenaar, partner van oud-revalidant Cees Molenaar.

15> Het centrum

Hoensbroeck Revalidatiecentrum.

16> Anders of hetzelfde?

Moet de behandeling wel of niet worden aangepast voor allochtone revalidanten?

17> Column

Beeldvorming.

18> Meer aandacht voor de kinderen

Er werd een protocol ontwikkeld voor de begeleiding van thuiswonende kinderen van ouders die een beroerte kregen.

19> 'Kookboek' voor cognitieve revalidatie

Voor het eerst werd een bundeling gemaakt van trainingsmodules voor cognitieve revalidatie.

20> Het standpunt

Marktwerking en revalidatie gaan niet samen.

21> Het werk

Marc Toebak, revalidatietechnisch adviseur.



4>

Samenwerking in plaats van animositeit

Revalidatieartsen werken in revalidatiecentra én in ziekenhuizen. Maar tot voor kort kreeg de ziekenhuisrevalidatie nauwelijks aandacht. De Commissie Ziekenhuisrevalidatie moest daarin verandering brengen.

• Johan van Leipsig

Doek valt voor NDT

Deze maand start de nieuwe cursus neuromotorische revalidatie CVA. Deze vervangt de aloude cursus neurodevelopmental treatment (NDT), waarvan de inhoud inmiddels is achterhaald.

• John Ekelboom



<8



12>

Onzichtbare beperkingen in beeld

Er zijn zeer veel mensen met niet-aangeboren hersenletsel en de zorgsector beseft dat. Allerlei soorten organisaties richten zich op deze diffuse doelgroep. En degene met het hersenletsel? Die mag hopen dat hij de goede zorg vindt.

• Inez Pelgröm

Revalidatieartsen werken in revalidatiecentra én in ziekenhuizen. Desondanks kreeg de ziekenhuisrevalidatie tot voor kort nauwelijks aandacht van de brancheorganisatie Revalidatie Nederland. De Commissie Ziekenhuisrevalidatie zou daarin verandering moeten brengen. De eerste positieve effecten zijn er inmiddels. • Door Johan van Leipsig

Aandacht voor ziekenhuisrevalidatie

Samenwerking in plaats van animositeit

De vraag hoe de ziekenhuisrevalidatie het beste op de kaart gezet kan worden, speelt al langer. 'Revalidatie wordt via revalidatiecentra aangeboden, maar ook via revalidatieafdelingen van algemene en academische ziekenhuizen,' zegt Michael Bergen, lid van de raad van bestuur van Rijndam Revalidatiecentrum en voorzitter van de Commissie Ziekenhuisrevalidatie. 'De centra zijn allemaal lid van Revalidatie Nederland, maar de ziekenhuisafdelingen zijn dat niet. Hoewel Revalidatie Nederland door de buitenwereld wordt gezien als dé vertegenwoordiger van de hele branche, was er dus geen directe vertegenwoordiging van ziekenhuisafdelingen. Met alle gevolgen van dien: langs elkaar heen werken, misverstanden en een communicatiestroom die niet iedereen bereikt. Zo kon het bijvoorbeeld gebeuren dat ziekenhuisafdelingen niet op de hoogte waren van ontwikkelingen binnen de branche, die in de centra al lang punt van aandacht waren.'

Belangrijker

Actie was dus noodzakelijk, vandaar dat Revalidatie Nederland vorig jaar de Commissie Ziekenhuisrevalidatie oprichtte. 'Dat komt mede doordat de ziekenhuisrevalidatie steeds belangrijker wordt,' zegt Peter Janssens, revalidatiearts in Medisch Centrum Rijnmond-Zuid en beoogd vice-voorzitter van de commissie. 'Zowel in intensiteit als volume groeit de ziekenhuisrevalidatie. Enkele jaren geleden waren er nog ziekenhuizen te vinden zonder revalidatiearts, dat is tegenwoordig ondenkbaar. We zijn een grotere rol gaan spelen in de revalidatiesector. Het aantal mensen dat revalideert groeit, juist in de ziekenhuizen, en daarom wordt een goede belangenbehartiging nog belangrijker.'

Anders

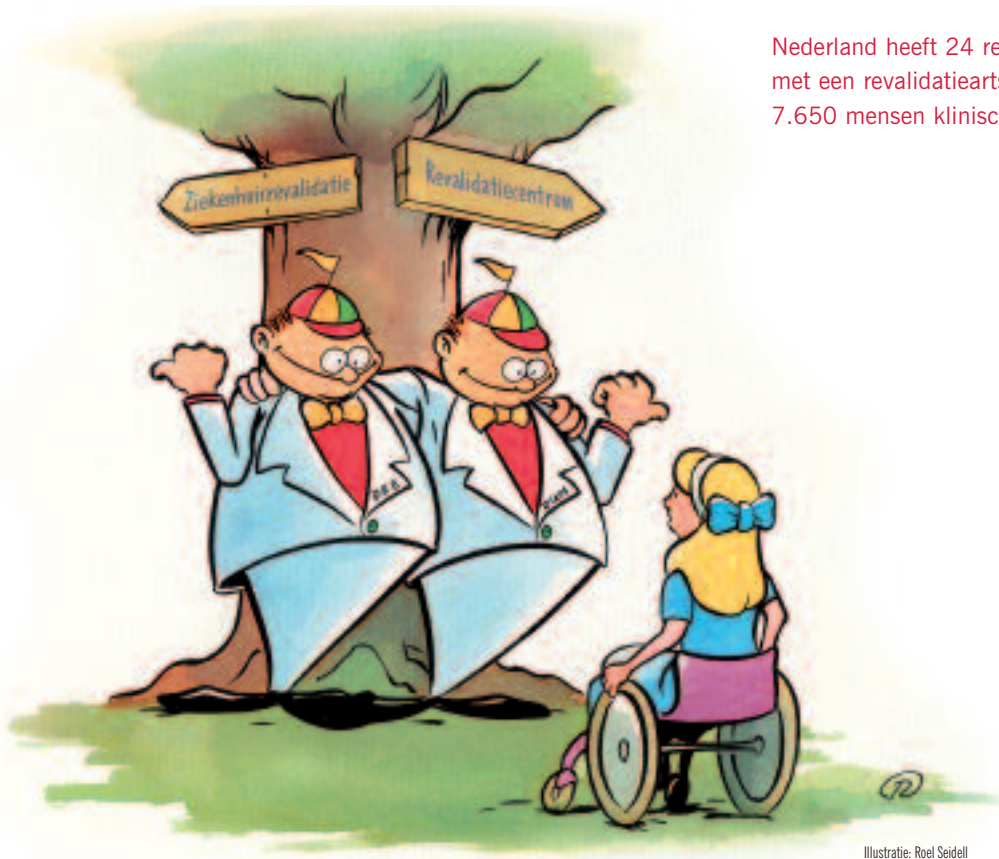
Ziekenhuisrevalidatie is in verschillende opzichten anders dan revalidatie in

een centrum. 'De ziekenhuisrevalidatie gaat veelal vooraf aan de revalidatie in het centrum. Zo moet bijvoorbeeld iemand die met een herseninfarct is opgenomen in het ziekenhuis vaak zo snel mogelijk door een revalidatiearts worden gezien, zodat de revalidatie zo snel mogelijk kan worden gestart. De revalidatiearts speelt ook een belangrijke rol bij de triage: waar moet de patiënt heen om te revalideren? Dat wordt in het ziekenhuis bepaald.' Een ander verschil is het ontbreken van klinische revalidatie in het ziekenhuis. Ook worden in de ziekenhuizen nogal eens andere patiëntengroepen gezien. 'Vaak hebben revalidatiecentra meer specialistische kennis in huis, maar een ziekenhuis kan ook heel specialistische revalidatie bieden. Wij hebben dat bijvoorbeeld op het gebied van brandwonden. Revalidatiecentrum Rijndam verwijst brandwondenpatiënten naar ons door. Het uitgangspunt moet zijn dat een patiënt de beste kwaliteit van behandeling krijgt. En als er geen noemenswaardig verschil is in kwaliteit, dan moet de behandeling zo dicht mogelijk bij huis geboden worden, in ziekenhuis of centrum.'

Afstemming

De commissie wil zorgen voor meer afstemming als het gaat om zaken die spelen in de revalidatiesector als geheel. Denk daarbij aan het elektronisch patiëntendossier (EPD) of de DBC's (diagnose-behandelcombinaties). 'Of denk aan de productie die ziekenhuisafdelingen draaien,' zegt Marjet Veenstra, secretaris van de Commissie Ziekenhuisrevalidatie. 'Het is belangrijk om die in kaart te brengen, om in de toekomst capaciteitsproblemen te voorkomen. Het gaat er daarnaast om de randvoorwaarden voor de kwaliteit van zorg te uniformeren.' De revalidatiegeneeskunde verschilt wezenlijk van andere medische specialismen in een ziekenhuis, geeft Janssens aan. 'Doordat we sterk multidisciplinair werken, bijvoorbeeld, en eerder patiëntgericht

Nederland heeft 24 revalidatiecentra en ongeveer 110 ziekenhuizen met een revalidatiearts of revalidatieafdeling. Daar werden in 2006 7.650 mensen klinisch behandeld en 51.500 mensen poliklinisch.



Illustratie: Roel Seidell

dan orgaangericht zijn. Daarom is het belangrijk dat onze werkwijze niet alleen aansluiting vindt bij die van de ziekenhuizen, maar ook bij die van de revalidatiecentra. Zo komt het EPD dat nu voor de revalidatiesector wordt ontwikkeld er heel anders uit te zien dan het EPD voor ziekenhuizen. In het ziekenhuis zijn we maar een klein deel van de organisatie, maar wel een onderdeel met zeer specifieke werkwijzen en behoeften. We zijn te klein om zelf op maat zo'n EPD te ontwikkelen.'

Inbreng

Eén van de middelen om tot meer afstemming te komen, is informatievoorziening. De commissie heeft ervoor gezorgd dat de ziekenhuizen dezelfde informatie krijgen als de revalidatiecentra. 'Zo gaat de digitale nieuwsbrief van Revalidatie Nederland naar alle ziekenhuizen. Het kost de afdelingen dus veel minder moeite om op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen rond bijvoorbeeld het EPD of de DBC's. Dat zie ik als een enorm pluspunt', zegt Veenstra. Bergen vult aan: 'We verwijzen revalidatieafdelingen dus niet meer door naar de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, die formeel hun belangen vertegenwoordigt. Ziekenhuisafdelingen kunnen via de nieuwsbrief volgen wat er gebeurt in de revalidatiesector en daarop reageren. Ze kunnen het laten weten als ze denken dat bij een bepaald onderwerp te weinig rekening is gehouden met de belangen van de ziekenhuisrevalidatie. Zo hebben ze veel meer inbreng in de discussie. Bovendien komen ze er zo achter dat wellicht een bepaald probleem niet alleen bij hen speelt, maar in meer ziekenhuizen. Samen kunnen ze dan een vuist maken.'

Samenwerking

Revalidatie Nederland behartigt via de Commissie Ziekenhuisrevalidatie de

belangen van de ziekenhuisrevalidatie. Maar de brancheorganisatie behartigt ook de belangen van de revalidatiecentra. Hoe verhouden die belangen zich tot elkaar? 'Tussen ziekenhuisafdelingen en de centra bestond jarenlang animositeit, omdat het gemeenschappelijk belang niet goed beschreven was', legt Janssens uit. 'Het slag dokters in ziekenhuizen is anders dan dat in centra. In ziekenhuizen hebben ze meer hun eigen toko dan in centra, waar artsen door de directie worden vertegenwoordigd. Ziekenhuisartsen kwamen noodgedwongen veel meer voor hun eigen belangen op, wat wel eens tot irritaties leidde. Gelukkig is dat inmiddels uitgesproken, de onderlinge relatie wordt steeds beter.' Bergen geeft aan dat de nadruk gelegd moet worden op zaken die beide soorten revalidatie-instellingen binden. Het belang van de patiënt staat daarbij voorop. 'In de regio waar ik werk, Rotterdam, zijn heldere afspraken gemaakt over wie welk aandachtsgebied in de revalidatie heeft. We verwijzen gerust naar elkaar door. De onderlinge verschillen moet je waar zinvol koesteren, want juist door die verschillen kan de patiënt het beste kiezen. En daar gaat het om.'

Linksaf of rechtsaf

Volgens Janssens juichen zowel de revalidatiecentra als de revalidatieafdelingen de komst van de Commissie Ziekenhuisrevalidatie toe. 'Hoe beter de ziekenhuisrevalidatie vertegenwoordigd is, hoe beter dat voor de onderlinge samenwerking en voor het vak in het geheel is. Een beetje concurrentie houdt je natuurlijk altijd: een patiënt gaat linksaf of rechtsaf. Hoe dan ook, het doel van de revalidatie is hetzelfde, dus het is van belang dat alles daaromheen goed geregeld is.' Bergen beaamt dat strijdige belangen er altijd zullen blijven. 'Het belangrijkste is dat die zichtbaar worden gemaakt en dat erover gepraat wordt. Dan kun je er ook iets aan doen.'

Vrijwel geen doorligwonden

Decubitus of doorliggen ontstaat als te lang druk wordt uitgeoefend op één stukje huid. Dit gebeurt vooral makkelijk bij mensen die bedlegerig of verlamd zijn. Decubitus geneest heel moeilijk en kan levensbedreigend zijn als het niet goed wordt behandeld. Daarom besteden de revalidatiecentra veel aandacht aan het voorkomen van decubitus, bijvoorbeeld door een regelmatige inspectie van de huid en door het beschermen van de huid tegen vocht.

Het decubitusbeleid van de centra lijkt succesvol. Onlangs is voor het eerst onderzocht hoe vaak decubitus voorkomt in de Nederlandse revalidatiecentra. Dat blijkt zelden het geval te zijn. Van de 1300 onderzochte klinische revalidanten liepen er zestien – dat is 1,2% – decubitus op tijdens hun langdurige verblijf in het revalidatiecentrum. Ter vergelijking: in ziekenhuizen heeft circa 5% van de patiënten decubitus, terwijl mensen daar gemiddeld veel korter verblijven.

Revalidatie gaat in vastgoedmanagement

De revalidatiesector moet aan vastgoedmanagement gaan doen. Vanaf 2008 zijn ziekenhuizen en revalidatiecentra zelf verantwoordelijk voor hun vastgoedbeleid, zo besloot minister Klink van VWS. Het huidige bouwregime wordt afgeschaft. De bouwbudgetten verdwijnen en revalidatie-instellingen moeten de kosten van hun gebouwen terugverdienen door de verkoop van revalidatiezorg.

Revalidatie Nederland organiseert op vrijdagochtend 5 oktober 2007 in Utrecht het Revalidatie Symposium Vastgoedbeleid, waarin wordt ingegaan op de gevolgen van het nieuwe beleid voor revalidatie-instellingen. Het symposium is bedoeld voor raden van bestuur, hoofden van economisch-administratieve diensten, facilitair managers en anderen die zijn betrokken bij bouw en verbouw. Meer informatie op www.revalidatienederland.nl, aanmelden bij j.bakker@revalidatienederland.nl.

Jaarbeeld en brancherapport

In twee documenten geeft Revalidatie Nederland een beeld van de Nederlandse revalidatiesector in 2006. Het *Jaarbeeld 2006* gaat in op de belangrijkste ontwikkelingen in de revalidatiesector. Denk daarbij onder andere aan de start van het



Revalidatie Actieprogramma Marktwerking en het opzetten van het Landelijk Servicepunt Kinderrevalidatie. Het *Revalidatie Brancherapport 2006* geeft cijfers, onder meer over de geleverde zorg en personele inzet. U kunt beide documenten downloaden op www.revalidatienederland.nl.

VWS koerst op kwaliteit

Het ministerie van VWS heeft de prioriteiten voor de komende vier jaar vastgelegd in de zogenoemde kwaliteitsagenda. De belangrijkste punten uit deze agenda zijn: het meetbaar maken van de kwaliteit van zorg door prestatie-indicatoren en onderzoek onder patiënten; het vergroten van de invloed van patiënten, onder andere door het bieden van toegankelijke informatie; het veiliger maken van de zorg. Het kabinet wil ook meer ruimte geven aan innovatie en het verminderen van administratieve procedures. Meer informatie op www.minvws.nl, zoekterm 'kwaliteitsagenda'.

Functioneel ontwerp gepresenteerd

De revalidatiesector werkt hard aan de ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier of EPD. Op 28 juni waren circa 200 deelnemers uit 22 revalidatie-instellingen aanwezig bij een conferentie over het Revalidatie EPD. Namens de drie pilot-instellingen presenteerden Menno Pont, revalidatiearts bij het Revalidatiecentrum Amsterdam, en Monique van Kerkwijk, ergotherapeut bij Heliomare, het functioneel ontwerp. In het functioneel ontwerp staat beschreven wat de inhoud wordt van het Revalidatie EPD. Zo krijgt het EPD straks dossiers per discipline. Het EPD kan worden aangepast aan de situatie in een instelling en er wordt veel aandacht besteed aan de gebruiksvriendelijkheid. De reacties uit de zaal waren zeer enthousiast.

Na de lunch spraken de deelnemers verder over het functioneel ontwerp. Ze konden vragen stellen en er werd gediscussieerd aan de hand van thema's. De besproken punten worden meegenomen bij de uitwerking van het ontwerp. Met de



conferentie is fase 2 van het project volgens planning afgerond. Tijdens fase 3 zal de Stuurgroep Revalidatie EPD het functioneel ontwerp definitief vaststellen, waarna met de bouw van het EPD kan worden begonnen. Voor meer informatie: www.revalidatie-epd.nl.

Revalidatie EPD
Elektronisch Patiëntendossier



Foto: Inge Huisman

Landelijke revalidantenraadpleging

Een keurig rapport

Voor het eerst is de tevredenheid van revalidanten landelijk onderzocht. Zij geven de dienstverlening gemiddeld een 7,7.

In 2003 begonnen Revalidatie Nederland en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen met het ontwikkelen van prestatie-indicatoren, om de kwaliteit van revalidatie te kunnen meten. Eén van de onderdelen die gemeten wordt, is de tevredenheid van revalidanten. In het verleden gebruikten revalidatiecentra verschillende vragenlijsten om de tevredenheid te onderzoeken. Hierdoor was het niet mogelijk om de resultaten te vergelijken. Patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars vinden het erg belangrijk om wél te kunnen vergelijken. Onlangs hebben deze partijen daarom het Centrum Klantervaring Zorg opgericht. Met behulp van een gestandaardiseerde methodiek, de CQ-index, zal de beleving van patiënten in alle zorgsectoren op uniforme wijze gemeten worden. Omdat het nog wel even gaat duren voordat de revalidatiesector een CQ-index heeft, besloot Revalidatie Nederland een tijdelijke landelijke revalidantenraadpleging op te zetten. Het onderzoek werd beperkt tot de revalidatiecentra; revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen zijn nog buiten beschouwing gebleven.

10.000 mensen

Voor volwassen revalidanten is een vragenlijst ontwikkeld, voor ouders van kinderen in de revalidatie wordt gebruikgemaakt van een bestaande vragenlijst, de Measure of Processes of Care (MPOC). In totaal kregen ruim 21.000 revalidanten en ouders het verzoek een vragenlijst in te vullen; bijna 10.000 mensen gaven op deze manier hun mening. De uitkomsten zijn bemoedigend. Bij klinische revalidanten, poliklinische revalidanten én ouders van revaliderende kinderen lag het gemiddelde cijfer dat ze gaven voor de dienstverlening rond de 7,7. Revalidanten zijn het minst tevreden

over de manier waarop ze worden begeleid bij de overgang van het revalidatiecentrum naar huis. Ze worden niet goed genoeg voorbereid, vinden ze. Opvallend tevreden zijn mensen over de deskundigheid van het behandelteam en over de mate waarin ze met respect worden behandeld. Klinische en poliklinische revalidanten geven ongeveer dezelfde cijfers; alleen als het gaat om privacy en hygiëne zijn klinische revalidanten duidelijk ontevredener. Ouders hebben vooral veel waardering voor de goede afstemming van de zorg voor hun kind en voor de mate van ondersteuning die ze krijgen. Over de algemene informatie die ze krijgen, bijvoorbeeld over hulpmiddelen en regelingen, zijn ze minder tevreden.

Kleine verschillen

Opvallend is dat de verschillen tussen de revalidatiecentra zeer klein zijn. Het rapportcijfer per centrum varieerde tussen 7,52 en 7,99. Op een schaal van 1 tot 5 varieerde de score voor een respectvolle behandeling van 4,34 tot 4,69. Mogelijk zijn de verschillen zo klein doordat de revalidatiecentra nauw samenwerken als het gaat om kwaliteit. Zo hebben ze gezamenlijk een kwaliteitstoetsing ontwikkeld. De verschillen zijn het grootst als het gaat om de privacy en hygiëne van klinische revalidanten. Deze verschillen zijn echter direct te verklaren uit de staat van het revalidatiecentrum: oudere gebouwen scoren slechter dan nieuwe. Individuele revalidatiecentra en de revalidatiesector als geheel kunnen de gegevens uit de raadpleging gebruiken om daar waar nodig de dienstverlening te verbeteren. En als het goed is zijn dan bij de volgende revalidantenraadpleging de rapportcijfers weer wat hoger.

*Eveline Idema, beleidsmedewerker onderzoek, innovatie en kwaliteit
Revalidatie Nederland*

*Een samenvatting van de uitkomsten van de revalidantenraadpleging staat op
www.kiesbeter.nl.*

Deze maand start de nieuwe cursus neuromotorische revalidatie CVA. Deze vervangt de aloude cursus neurodevelopmental treatment (NDT), waarvan de inhoud inmiddels is achterhaald. Hoewel de ommezwaai met emoties gepaard gaat, staan de neuzen nu dezelfde kant uit. • Door John Ekkelboom

Start cursus neuromotorische revalidatie CVA

Doek valt voor NDT

NDT werd in de jaren vijftig van de vorige eeuw in Engeland ontwikkeld door het echtpaar Berta en Karl Bobath. Zij was fysiotherapeut en hij neuroloog. Hun behandelmethode was gericht op mensen die ten gevolge van een hersenbeschadiging halfzijdig verlamd zijn. Het echtpaar ging uit van de hypothese dat na zo'n beschadiging het brein zich weer kan herstellen op de wijze zoals dat bij de ontwikkeling van een kind naar volwassenheid gebeurt. Alles moet opnieuw in stapjes worden aangeleerd, zodat herstel van normale symmetrische motoriek weer mogelijk wordt gemaakt

Onderbouwd

Hoewel deze Bobath-methode vooral in Europa als de meest geëigende behandeling gold voor patiënten met een halfzijdige verlamming ten gevolge van een beroerte, is deze sinds de jaren tachtig omstreden. Professor Sander Geurts, hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan het UMC St Radboud in Nijmegen, legt uit waarom. 'Dat benadrukken van normaal symmetrisch bewegen, waarbij bijvoorbeeld ook spasmen worden geremd, blijkt een gering rendement op te leveren. Het effect ervan is ook nooit wetenschappelijk aangetoond. Bovendien zijn ondertussen veel van de theoretische veronderstellingen waarop het concept is gebaseerd, achterhaald. Patiënten worden bijvoorbeeld gedwongen om beide lichaamshelften evenveel te gebruiken, dus ook de aangedane kant, terwijl dat vreselijk moeilijk is voor sommigen van hen. Het werd tijd om met deze methode te breken en naar een meer onderbouwd alternatief te zoeken.'

Fysiotherapie

Een mooie aanleiding daartoe was het Stimuleringsprogramma Revalidatieonderzoek van ZonMw, waaraan Geurts vanaf 1998 tot 2005 meedeed. Zijn opdracht was de allerlaatste inzichten in kaart te brengen op het gebied van herstel van lopen na een CVA. Na het afronden van deze studie vroeg ZonMw hem deze kennis via een onderwijsproject naar de praktijk te brengen. Hij kreeg daar twee jaar de tijd voor. 'Ik heb toen gekozen voor post-hbo-onderwijs en heb vervolgens contact gezocht met de NDT-docentenvereniging. De leden daarvan hebben immers een schat aan klinische ervaring. Met een projectgroep van vooraanstaande fysiotherapeuten zijn we de nieuwe cursus gaan ontwikkelen. We hebben ons hierbij niet beperkt tot het lopen, maar onze aandacht uitgebreid naar de hele motorische revalidatie na een CVA. Wel ligt het accent op de fysiotherapie. Je kunt niet alles tegelijk. In de toekomst kunnen we de cursus nog uitbreiden naar ergotherapie en verpleging en ook naar andere patiëntgroepen, zoals mensen met de ziekte van Parkinson, MS of andere neurologische aandoeningen.'

Probleemoplossend leren

Kenmerkend voor de nieuwe cursus neuromotorische revalidatie is dat de inhoud gebaseerd is op *evidence-based practice*. Behandelingen moeten voortaan zoveel mogelijk wetenschappelijk zijn onderbouwd. Zo zullen patiënten volgens de moderne inzichten 'taakspecifieke' oefeningen krijgen. Als lopen gestimuleerd moet worden, betekent dit dat zij moeten gaan lopen en liefst zo intensief mogelijk. Verder zal het trainen van compensatiestrategieën, die NDT probeert tegen te gaan, een duidelijke plaats krijgen, afhankelijk van de prognose van de patiënt. Als iemand bijvoorbeeld iets met zijn rechterhand niet meer opnieuw kan leren maar wel met zijn linkerhand, dan dient dat laatste gestimuleerd te worden. Dit sluit aan op de moderne theorieën over leren en herstel. Ook zullen medisch-technologische behandelingen een plek krijgen binnen de cursus. Als voorbeelden noemt Geurts het operatief corrigeren van verkorte spieren, elektrostimulatie, robottraining, botoxinjecties en loopbandtraining. Geurts: 'Heel belangrijk is dat de cursisten worden getraind om hun kennis actief en zelfstandig te onderhouden. Het probleemoplossend leren dat wij voorstaan, is immers een dynamisch proces.'

Geen IBITA-stempel

Begonnen wordt met twee parallelcursussen in Utrecht en Hoensbroek en voor alle cursisten zijn er vijf centrale theoriédagen in Papendal. Het NPI, het Nederlands Paramedisch Instituut, organiseert alle bijeenkomsten. Dat NDT-docenten toch wel moeite hebben om na zoveel jaar de Bobath-methode voorgoed vaarwel te zeggen, vindt de Nijmeegse hoogleraar niet vreemd. Maar de wens van sommigen om IBITA, de internationale organisatie voor NDT-docenten, als belangenbehartiger aan te houden – met het argument dat deze organisatie mee-evolveert met de nieuwe inzichten op het gebied van neurorevalidatie – wijst hij van de hand. 'Er zijn nog mensen die graag het IBITA-stempel op het certificaat van de nieuwe cursus willen hebben. Als projectgroep hebben we uiteindelijk met de NDT-docentenvereniging en het NPI besloten zo'n stempel niet te verlenen, omdat we een onafhankelijk product willen leveren.'

Oppakken

Met het opzetten van een geheel vernieuwde scholing in de motorische revalidatie van CVA-patiënten, is de klus nog niet geklaard, benadrukt Geurts. De volgende uitdaging is te zorgen dat zoveel mogelijk CVA-fysiotherapeuten de nieuwe cursus gaan volgen als primaire scholing of als nascholing. Ook moeten er nog aanvullende modules worden ontwikkeld voor andere beroepsgroepen. Geurts: 'Daarom zal het nog enkele jaren duren voordat behandelaars vol-



Foto: Inge Handbrink

doende "om" zijn en de nieuwe inzichten daadwerkelijk gaan inzetten in hun dagelijkse praktijk. En dat zal zeker voor de ervaren behandelaars, net als voor sommige NDT-docenten, niet zonder emoties gaan. We rekenen echter op het hart dat mensen hebben voor hun vak en voor hun revalidanten: die willen zij immers de best mogelijke behandeling bieden.'

Olievlek

Eind dit jaar loopt het implementatieproject officieel af. Vanaf dat moment zal de projectgroep overgaan in de Dutch Society of Neurological Rehabilitation. Deze landelijke onderafdeling van de World Federation of Neurological Rehabilitation gaat de cursus ondersteunen. Fysiotherapeut, bewegingswetenschapper en senior-onderzoeker dr. Gert Kwakkel wordt voorzitter van de nieuwe Nederlandse organisatie. Hij is als *associate editor* betrokken bij het

WFNR-tijdschrift *NeuroRehabilitation and Neural Repair*, waarin wetenschappelijk onderzoek op het gebied van neuromotorische revalidatie wordt gepubliceerd. Kwakkel is erg verheugd over het feit dat in Nederland de Bobath-benadering nu wordt losgelaten ten gunste van een conceptvrije benadering van de CVA-patiënt. In dit kader zijn met subsidie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie behandelrichtlijnen ontwikkeld voor fysiotherapeuten, waarin wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen worden gegeven voor de praktijk. 'In vergelijking met het buitenland lopen we in Nederland op dit gebied voorop. De behandelrichtlijnen voor fysiotherapeuten zijn uniek binnen Europa. De Engelse vertaling van deze richtlijnen is bijna klaar en er is veel belangstelling voor. Geleidelijk zal de neuromotorische revalidatie zich als een olievlek internationaal verspreiden.'

Kennis is de basis van goede revalidatie: je moet weten hoe te behandelen. Nu is er veel kennis beschikbaar en er komt ook steeds meer kennis bij. Maar het blijkt lastig om die kennis effectief te verspreiden en toe te passen. Sommige revalidatiecentra nemen initiatieven om hierin verandering te brengen. Zo heeft De Hoogstraat in Utrecht een kenniscentrum, waarin alle activiteiten op het gebied van kennis zijn samengebracht.

Kenniscentrum vergroot de kennis in het centrum

Mathieu Weggeman geeft in het boek *Kennismanagement* de volgende definitie: 'Kennis is een persoonlijk vermogen dat iemand in staat stelt een bepaalde taak uit te (gaan) voeren en dat gezien moet worden als het product van de informatie, de ervaring, de vaardigheid en de attitude waarover iemand op een bepaald moment beschikt.' De kennis volgens Weggeman huist dus in de behandelaars. Zij moeten over de juiste informatie, ervaring, vaardigheden en attitude beschikken om de gewenste resultaten te kunnen boeken. Sinds 2003 heeft De Hoogstraat een kenniscentrum, dat helpt bij de kennisontwikkeling van behandelaars.

Herkennen en interpreteren

Bij het kenniscentrum werken mensen die dicht bij nieuwe informatie staan dan de gemiddelde behandelaar. Soms wordt nieuwe informatie door henzelf verzameld, door middel van onderzoek. Vaak wordt nieuwe informatie gehaald uit onderzoek van anderen. Contact met onderzoekers, ook internationaal, speelt daarom een grote rol. Medewerkers van het kenniscentrum herkennen informatie en interpreteren die; ze geven er betekenis aan die van belang is voor de praktijk. Daarvoor is contact met behandelaars nodig: wat zijn hun vragen en ideeën? Veel medewerkers van het kenniscentrum staan daarom met één been in het onderzoek en met één been in de zorg.

Invloed

Het kenniscentrum probeert het handelen in de revalidatiewereld te beïnvloeden door nieuwe informatie te publiceren en te presenteren op diverse podia. Bij voorkeur wordt informatie verwerkt in richtlijnen en wordt samengewerkt met andere revalidatie-instellingen om die richtlijnen ingevoerd te krijgen in de praktijk. In De Hoogstraat zelf zijn de mogelijkheden uitgebreider. Hier duwt het kenniscentrum de nieuw beschikbare informatie de organisatie in. Door de interne adviesfunctie kan ook invloed worden uitgeoefend op het ontwerp en de evaluatie van werkprocessen.

Voortrekkers

Doordat medewerkers van het kenniscentrum dicht op de praktijk zitten, herkennen ze ook de mensen die kunnen helpen. Iedere organisatie heeft vernieuwers, voortrekkers. Bij De Hoogstraat worden ze uitgenodigd mee te doen in projecten van het kenniscentrum. Om gebruik te maken van hun talenten en ideeën, maar ook om ze vertrouwd te maken met nieuwe opvat-



Foto: Inge Hondelink

tingen en nieuwe instrumenten. Als behandelaar worden ze daarna een vooruitgeschoven post die meehelpt om vernieuwingen door te voeren.

Resultaten

Dat klinkt natuurlijk mooi allemaal, maar werkt het ook? Jazeker, het levert concrete resultaten op, zoals de cursus 'eigen regie bij dwarslaesie'. Aanleiding was een discussie tussen onderzoekers en teamleden waarin werd geconstateerd dat meer zelfsturing van revalidanten mogelijk moet zijn. Onderzoek onder ex-revalidanten bevestigde het vermoeden dat revalidatie daarin nu tekort schiet. Er werd een cursus ontwikkeld die inmiddels met veel succes wordt uitgevoerd. Een ander voorbeeld: het meetinstrument USER. De roep om prestatie-indicatoren noodzaakt revalidatie-instellingen om te gaan meten wat het effect is van revalidatie op de activiteiten van mensen. Het kenniscentrum ging op zoek naar het meest geschikte instrument. Omdat aan bestaande instrumenten nadelen kleven is de eigen USER ontwikkeld én succesvol getest. Deze wordt na de zomer in de kliniek ingevoerd. Zo is op veel manieren zichtbaar dat samenwerking tussen een kenniscentrum en de organisatie een krachtige manier is om verbeteringen te realiseren.

*Steven Berdenis van Berlekom, manager Kenniscentrum
Revalidatiegeneeskunde Utrecht, De Hoogstraat
Mia Willems, hoofd kwaliteit en voorlichting De Hoogstraat*



‘Ik ben altijd aan het zorgen’

Vijfenvijf jaar geleden kreeg Marian Molenaar (55) tijdens haar werk in een verfwinkel het telefoontje dat haar man Cees niet goed was geworden. Hij bleek een hersenbloeding te hebben gehad, waarbij hij volledig linkszijdig verlamd raakte. • Door Inez Pelgröm

‘Er was meteen grote paniek natuurlijk. Mijn dochter kwam me ophalen en samen zijn we als een speer naar het ziekenhuis gereden. Cees was net door de scan geweest toen we daar aankwamen. Hij was goed bij zijn positieven en begreep dat hij links verlamd was. Die eerste momenten hoop je nog op verbetering. Je weet niet wat je overkomt en je denkt al helemaal niet aan wat je nog te wachten staat.

Op een gegeven moment opperde de verpleging dat Cees naar een verzorgingstehuis zou gaan. Maar hij was pas 54. Dan hoor je daar nog niet thuis, vond ik. Na vijf weken kwam er een plek vrij in het revalidatiecentrum. Daar werden we heel vriendelijk ontvangen. Er hing helemaal geen ziekenhuissfeer. Hij had het ook getroffen met zijn kamergenoten, samen hebben ze veel schik gehad. Ik kwam het half jaar dat hij intern zat elke avond langs, maar ik ben nooit met tegenzin naar hem toe gegaan.

De eerste tijd zag je de vooruitgang. Zijn plas ophouden, leren zitten, staan en lopen: elke stap vooruit was een feest. Na drie maanden werd duidelijk dat hij niet verder vooruit zou gaan. Dat was een domper, maar daar stapte ik toch wel gemakkelijk overheen. Cees was er nog en dat was het belangrijkste. Daarnaast is hij geen mopperkont, dan ben je dat zelf ook niet. Door de meeloopdagen op elke maandag bleef ik goed betrokken bij de revalidatie. Er waren ook partnerdagen voor de partners van revalidanten. Die bijeenkomsten vond ik erg prettig, je kon dan echt je verhaal kwijt. Het was een moment waarop je je even niet groot hoeft te houden. Iedereen zat immers in hetzelfde schuitje.

Het was voor mij vanzelfsprekend dat Cees na de revalidatie terug naar huis zou gaan. Dat was heerlijk, toen het zo ver was. Hij werd weer meer mens in plaats van patiënt. Ons leven veranderde wel ontzettend. We moesten de auto verkopen, omdat ik geen rijbewijs heb en Cees niet meer kon rijden. Dat was slikken, want hierdoor zijn we behoorlijk in vrijheid beperkt. Onze kring met sociale contacten is bovendien kleiner geworden, maar dat accepteer je. Ik wil niet dat mensen zich verplicht voelen om langs te komen.

Voorheen werkten we allebei, maar nu zorg ik fulltime voor hem. In het begin liet ik Cees wel aanmodderen met bijvoorbeeld het aankleden, maar dan duurde het vreselijk lang en het frustrerde hem ook heel erg. Daarom help ik hem met alles, eigenlijk heb ik er weer een kind bij. Ik ben altijd aan het zorgen. Hij kan best twee uurtjes alleen zijn, maar dan zit je toch op de tijd te letten. Enkel als hij naar het activiteitencentrum gaat, heb ik tijd voor mezelf. De toekomst zal hetzelfde zijn als nu. Soms denk ik wel eens: “blijft het zo tot aan mijn tachtigste”, maar daar zet ik me snel weer overheen. Het is nu eenmaal zo.’

Marian Molenaar komt ook aan het woord in ‘Het sinaasappelstadium voorbij’. In dit boekje vertellen familieleden van CVA-getroffenen en behandelaars over de problemen die mantelzorgers tegenkomen en over mogelijke oplossingen. U kunt het boekje bestellen door € 6,00 over te maken op bankrekening 38 28 39 749, ten name van CVA-vereniging te Bilthoven, onder vermelding van de titel en uw adresgegevens.

A portrait of Edwin Horstman, a young man with curly brown hair and a light beard, wearing a white button-down shirt and a dark leather jacket. He is looking slightly to the right of the camera with a neutral expression. The background is a soft-focus outdoor setting with greenery.

Edwin Horstman (32) doorliep begin 2007 het programma voor intensieve neurorevalidatie (INR) in het Revalidatiecentrum Amsterdam. Dit programma is bedoeld voor mensen met een onzichtbare vorm van niet-aangeboren hersenletsel. In twee series van zeven weken kreeg hij intensieve therapie, met onder meer cognitieve training en groepsgesprekken.

'In februari 2005 kreeg ik een motorongeluk. Daar liep ik een gebroken nek en schouder bij op. De breuken herstelden, maar ongemerkt kreeg ik rare klachten. Ik was heel bot en geïrriteerd. Ik kon ontzettend uit mijn slof schieten, terwijl dat niet in mijn aard lag. Daar had ik totaal geen controle over. Ook had ik problemen met mijn concentratie en vergat ik alles wat ik niet opschreef. Eerst dacht ik nog dat het kwam door het halovest*, maar toen dat er na vier maanden af mocht bleven de problemen. Bij de neuroloog hoefde ik daarna niet meer terug te komen. De scan zag er goed uit en dat was dat. Ondertussen ging het steeds slechter met me. Ik had om de haverklap ruzie: in het verkeer, op het werk en altijd zat de ander fout. Vooral mijn omgeving zag deze verandering. Toch kreeg ik op een gegeven moment zelf ook door dat er iets niet goed zat.

Mijn geluk was dat de revalidatiearts in het ziekenhuis het INR-programma kende. Zodoende kwam ik nog relatief snel in het revalidatiecentrum terecht. Er zat ook iemand in mijn groep die al tien jaar met klachten rondliep. Vooraf had ik totaal geen verwachtingen van het programma. Maar na drie dagen ging het lampje branden; het klopte wat ik had, ik stelde me niet aan. Anderen hadden soortgelijke problemen. Juist daarom was het groepsverband heel goed. We hadden echt wat aan elkaar.

De therapie was voornamelijk gericht op gedragsverandering. Je gedrag werd voortdurend gefilmd en dan werd je aangeraden om de dvd van jezelf thuis te bekijken. Dat was confronterend, maar het gaf me wel iets concreets om mee aan de slag te gaan. Ik heb technieken geleerd om situaties de baas te kunnen blijven.

Eind april liep de behandeling af. Toen was het ook klaar voor mij. Natuurlijk was het wel even moeilijk om het helemaal zelf te doen, maar het lukt. Bovendien zijn er terugkomdagen en kan ik altijd terugvallen op het centrum. Dat is een heel prettig idee. Inmiddels ben ik weer voor zeventig procent aan het werk en dat gaat goed. Ik kan nu mijn leven weer gaan inrichten en dat was zonder het programma absoluut niet gelukt.'

* Een halovest wordt gebruikt bij beschadigde of gebroken nekwervels. Het hoofd en de nek worden dan in een bepaalde stand vastgezet. Het vest bestaat uit een ring die met pennen aan het hoofd is bevestigd, een kunststof vest en daar omheen vier stangen die aan de ring gekoppeld zijn.

Onzichtbare beperkingen in beeld

De belangstelling voor de hersenen groeit. Naar schatting zijn er in Nederland 500.000 mensen met een vorm van niet-aangeboren hersenletsel en dagelijks komen er meer bij. De zorgsector beseft dat. Ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verstandelijk gehandicapten richten zich met behandelprogramma's op deze diffuse doelgroep. En degene met niet-aangeboren hersenletsel? Die mag hopen dat hij de goede zorg vindt. • Door Inez Pelgröm

Directeur Peter Schoof van de Hersenstichting Nederland ziet in de hersenen 'het orgaan van de toekomst'. Daarbij gaat de speciale aandacht van de stichting de komende jaren uit naar traumatisch niet-aangeboren hersenletsel. Jaarlijks worden ongeveer 100.000 mensen in ziekenhuizen opgenomen met niet-aangeboren hersenletsel als gevolg van onder meer een ongeval, tumor of herseninfarct. Slechts een klein deel daarvan – tien procent, zo blijkt uit onderzoek van Prismant – wordt direct vanuit het ziekenhuis doorverwezen naar vervolgzorg. 'Deze problematiek is urgent', meent Schoof. 'Het komt op ons af, maar het bewustzijn ervan is er niet.'

Specialist B

Bij zorgaanbieders ziet Schoof nu nog een aanbodgerichte werkwijze, uitgaand van het eigen specialisme. 'De holistische benadering van de zorg als een geheel is niet aan de orde', merkt hij op. 'Als specialist A het niet weet, moet de patiënt zelf op zoek naar specialist B die het wellicht wel weet.' De Hersenstichting is juist voorstander van een integrale aanpak. Daar zijn al modellen voor, zoals de *stroke service* voor CVA-patiënten. Hierbij is het uitgangspunt dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt. Hij doorloopt een route – ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleeghuis, thuiszorg – waarbij de verschillende zorgaanbieders samenwerken. 'Ook bij andere vormen van niet-aangeboren hersenletsel zouden we daar meer systematiek in willen hebben', aldus Schoof.

Eigen belangen

Samenwerking heeft volgens Schoof absoluut de toekomst. 'Iedereen kijkt vanuit zijn eigen invalshoek, maar je hebt ook veel gemeenschappelijk.' Gezondheidsfondsen, zoals de Hersenstichting, geven het goede voorbeeld. Zo is de Hersenstichting onlangs een samenwerking aangegaan met het Nederlands Centrum Hersenletsel. Ook patiëntenorganisaties zijn tegenwoordig verenigd in het Landelijk Platform Hersenletsel. Nu is het de beurt aan de zorgaanbieders om hun krachten te bundelen. Hij beseft dat er met de huidige marktwerking sprake is van concurrentie. Maar het moet mogelijk zijn om verder te denken dan de eigen belangen. Schoof: 'Je zou wensen dat het belang van de patiënt voorop staat.'

Bezorgdheid

Met de huidige financiering van de zorg zal concurrentie blijven bestaan. Mensen met niet-aangeboren hersenletsel zijn een grote groep waar geld aan te verdienen is. Nu al richten veel verschillende organisaties zich op deze doelgroep. Voor de patiënt is het vaak niet duidelijk waar hij voor welke zorg moet zijn, want het overzicht ontbreekt. Het Landelijk Platform Hersenletsel is bezorgd. Het brein is complex en de problemen van mensen met niet-aangeboren hersenletsel vragen specifieke deskundigheid. Die expertise is beslist niet bij al die zorgaanbieders aanwezig. Bovendien verschilt het sterk van plaats tot plaats welke zorg aanwezig is. Een gespecialiseerd revalidatieprogramma voor mensen met niet-lichamelijke gevolgen van hersenletsel is bijvoorbeeld lang niet overal aanwezig. >

‘Met de huidige financiering van de zorg zal concurrentie blijven bestaan’

> Juiste plek

Zorgaanbieders hebben de afgelopen jaren wel degelijk stappen vooruit gezet. Op regionaal niveau is de samenwerking aanzienlijk verbeterd. Intersectoraal weten instellingen elkaar in toenemende mate te vinden en begint men steeds meer open te staan voor elkaars expertise. In Leiden werken het Rijnlands Revalidatiecentrum (RRC) en GGZ-instelling De Rivierduinen al enige jaren samen. Met een nieuw te bouwen GGZ-kliniek in de buurt van het RRC is er de intentie om de samenwerking te intensiveren. ‘Wij richten ons op gedragsmatige problemen’, legt Rosemarie Goddijn, teammanager niet-aangeboren hersenletsel van GGZ/Haagstreek, uit. ‘We hebben een behandelaanbod dat het revalidatiecentrum niet heeft en andersom zijn wij weer niet gespecialiseerd in revalidatie.’ Beide partijen vullen elkaar in dat opzicht aan en ondersteunen elkaar. ‘Dat werkt heel prettig, want daardoor is veel sneller in beeld wat op een bepaald moment de juiste zorg voor de patiënt is en op welke plek die het beste gegeven kan worden.’

Erkenning

Ook al werken zorgaanbieders beter samen, daarmee zijn de problemen niet opgelost. Nog steeds vallen veel patiënten tussen wal en schip. ‘De moeilijkheid is dat artsen zich moeten gaan realiseren dat problemen die niet direct zichtbaar zijn, wél een gevolg van hersenletsel zijn’, zegt Peter Koppe, medisch directeur van Revalidatiecentrum Amsterdam. Nu verdwijnen patiënten uit beeld als er in het ziekenhuis geen lichamelijke klachten zijn. Maar in de prak-

tijk blijkt dat het velen van hen niet lukt hun leven op de rit te krijgen. Het wordt dus tijd dat problemen met cognitie, emotie en gedrag, zoals prikkelbaarheid, concentratieverlies en vermoeidheid, worden erkend als gevolgen van het hersenletsel. Daarover zijn alle partijen het eens.

Voorkomen

Ketenzorg die begint in het ziekenhuis is het ideaal. Koppe hoopt dat dit bewaarheid wordt. Hij pleit daarom voor het contact houden met de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis, zodat deze weet waar hij terecht kan. Dit gebeurt al op kleine schaal; het Hersenletselteam Flevoland heeft een dergelijk cliëntvolgsysteem opgezet. Mensen uit deze regio die zonder vervolgzorg het ziekenhuis verlaten, worden twee jaar gevolgd. In die tijd vindt vier à vijf keer een huisbezoek plaats. Is er hulp nodig, dan kan dat tijdig worden gesignaleerd. Koppe zou dit soort initiatieven op lokaal niveau willen aanmoedigen. ‘Vroege erkenning van problemen is de eerste stap naar het voorkomen van veel grotere problemen op de lange termijn.’

In het vorig jaar verschenen rapport ‘Hersenletsel, hoe nu verder?’ van Stichting Hersenletsel Organisaties Nederland is een model beschreven voor het organiseren van de zorg voor mensen die kampen met de onzichtbare gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel. Het rapport kan worden gedownload via www.hersenletselorganisaties.nl, via de knop ‘Projecten’.



Foto: Inge Hondelink

Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

Kennis nationaal en internationaal delen

Door John Ekkelboom



Wim Pécasse (links) met mededirecteur Roel Kramer

Revalidanten per jaar:	3800
Medewerkers:	220
Revalidatieartsen:	12
Vrijwilligers:	28
Bedden:	106
Poliklinische Revalidatie-behandelingen (RBU's) per jaar:	71.000
Klinische Revalidatie-behandelingen (RBU's) per jaar:	64.000
Verpleegdagen:	33.500

Tijdens een korte wandeling door het uitgestrekte heuvelachtige park, waarin de Stichting Revalidatie Limburg (SRL) in Hoensbroek is gevestigd, stopt Wim Pécasse even. Hij wijst naar drie pijlen op de grond die allemaal een andere kleur hebben. 'Deze geven drie routes aan die patiënten kunnen volgen om te oefenen. Ze zijn verschillend in zwaarte. We gebruiken de heuvels voor looptraining.' Pécasse vormt samen met Roel Kramer de directie van **Hoensbroeck Revalidatiecentrum**, dat een onderdeel is van SRL. Naast het revalidatiecentrum bestaat deze organisatie uit Hoensbroeck Audiologisch Centrum, Hoensbroeck Centrum voor Arbeidsperspectief en Franciscusoord in Valkenburg (kinderrevalidatie, mytyschool en woontrainingscentrum). Het revalidatiecentrum is een voortvloeisel van een kliniek die de Staatsmijnen in 1966 liet bouwen voor zieke mijnwerkers. In 1971 kreeg die kliniek de status van revalidatiecentrum, en toen achttien jaar later een fusie volgde met kinderrevalidatiecentrum Franciscusoord en de mytyschool, was SRL een feit.

Het Limburgse revalidatiecentrum biedt revalidatie voor volwassenen op het gebied van dwarslaesie, cardiologie, trauma, neurologie en pijnklachten. Een van de belangrijkste ontwikkelingen van de laatste jaren is volgens Pécasse de doorontwikkeling van het **expertisecentrum**. 'We kruipen steeds meer tegen de academische wereld aan. We bouwen onze kennis op samen met het Academisch Ziekenhuis Maastricht, waar we dit jaar ook een hoogleraar aanstellen. Zo kregen we in 2004 een erkenning als ontwikkelcentrum voor pijnrevalidatie. Alle kennis delen we vervolgens met de ziekenhuizen in deze regio. We maken protocollen samen met de specialisten, waarbij ketenafspraken een centrale plaats innemen. Dankzij deze ontwikkeling krijgen patiënten nu in die ziekenhuizen, onder supervisie van onze artsen, dezelfde zorg

waarvoor ze vroeger naar ons centrum moesten toekomen. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om hen de juiste zorg op de juiste plaats te bieden.'

Het delen van kennis beschouwt Pécasse als een interessante ontwikkeling, die overigens vanwege de huidige marktwerking ook noodzakelijk is. De extra ondersteuning van bijvoorbeeld ziekenhuizen door het revalidatiecentrum komt de patiëntenzorg ten goede en daar wil de directeur graag aan meewerken. Daarbij heeft het revalidatiecentrum een belangrijke rol toebedeeld gekregen in de regionale **traumarevalidatie**. Sinds oktober 2006 gaan traumapatiënten uit de regio die stabiel zijn, direct vanuit het ziekenhuis naar Hoensbroek voor revalidatie. Op dit moment wordt onderzocht of zo'n versnelde start van de revalidatie tot een beter en duurzamer herstel leidt.

Pécasse en zijn collega Kramer willen niet alleen hun vleugels uitslaan binnen de regio, maar ook daarbuiten. De ligging van het revalidatiecentrum vlakbij de Duitse en Belgische grens biedt daar alle mogelijkheden toe. Graag willen zij samenwerken met ziekenhuizen, andere zorgverleners en zorgverzekeraars in die **buurlanden**. Buitenlandse patiënten zouden bijvoorbeeld naar Hoensbroek kunnen komen of artsen vanuit Hoensbroek naar die buitenlandse klinieken. Pécasse: 'We zijn niet van plan SRL te dupliceren in het buitenland, maar we kunnen wel onze kennis overdragen. Verder is het mogelijk dat we bijvoorbeeld een aantal kamers in een buitenlands ziekenhuis huren, waar onze mensen gaan werken. Met dat ziekenhuis maken we dan productieafspraken, zodat de behandelingen buiten ons landelijk productieplafond vallen. Dat is pas echt ondernemen.'

Allochtone revalidanten: revalidatie-instellingen weten vaak niet goed wat ze er precies mee aan moeten. Er zijn enkele initiatieven om speciaal voor hen de behandeling aan te passen, maar meestal gaan ze mee in de gewone behandeling. Wat is wijsheid?

- Door Annelies van Lonkhuyzen

Allochtonen in de revalidatie

Anders of hetzelfde?

Hebben allochtone revalidanten nou wel of niet andere revalidatiebehoeften dan autochtone revalidanten? Naar die vraag deed het iRv onderzoek. Het antwoord verraste vorig jaar velen: iedere revalidant – allochtoon én autochtoon – heeft in de eerste plaats behoefte aan een individuele benadering. Marcel Post was projectleider van het onderzoek: ‘Mensen die werken in de revalidatie denken vaak dat allochtone revalidanten anders zijn, dat ze bijvoorbeeld meer moeite hebben met het accepteren van hun prognose en zich afhankelijk opstellen. Die beelden kloppen meestal niet. Het blijkt dat de individuele verschillen groter zijn dan de groepsverschillen. Dus binnen de groep van Turkse, Marokkaanse of Nederlandse revalidanten zijn de verschillen groter dan tussen deze groepen onderling.’

Cultuurtolk

Toch zijn er natuurlijk wel verschillen. Zo hebben mensen die nog niet zo lang in Nederland zijn soms andere verwachtingen van de gezondheidszorg. Sophia Revalidatie in Den Haag heeft als eerste Nederlandse revalidatiecentrum een voorlichter eigen taal en cultuur in dienst genomen, Nadia Khouakhi. Zij noemt zichzelf een cultuurtolk: ‘De meeste allochtone patiënten komen naar het revalidatiecentrum met het idee “geef mij maar een pilletje, dan gaat het wel over”. Doordat ik meer weet over hun achtergrond, nemen ze van mij beter aan waarom dat zo niet werkt. Een allochtone patiënt is waarschijnlijk ook opener tegenover een medeallochtoon. Ik kan helpen door de wederzijdse verwachtingen – aan vraag- én aanbodkant – duidelijk te maken. Hierdoor voelen mensen zich serieus genomen.’ Medewerkers kunnen vragen stellen aan Khouakhi, of haar erbij roepen als een behandelkeuze moet worden gemaakt of als iets niet goed loopt in de behandeling – een revalidant doet bijvoorbeeld belangrijke oefeningen niet.



Gedragsverandering

Een ander soort oplossing is bedacht in het Revalidatiecentrum Amsterdam. Daar werd een speciaal behandelprogramma ingevoerd voor de hartrevalidatie van allochtonen. Maatschappelijk werker Coosje van Zwol vertelt waarom: ‘Mensen met hartproblemen die te slecht Nederlands spreken, krijgen in de ziekenhuizen geen revalidatie aangeboden. Die komen dus bij ons terecht. Maar we merkten dat ons bestaande programma niet aansloeg bij deze mensen, velen haakten af. In de cardiorevalidatie draait het grotendeels om gedragsverandering en dat kregen we niet voor elkaar. Daarom hebben we gekeken wat we anders moesten doen om het programma beter te laten aansluiten.’

Geen flauw idee

De aanpassingen aan het cardioprogramma hebben te maken met informatie en communicatie: ‘We hebben gemerkt dat er een groot gebrek is aan basis-kennis over het lichaam. Dan durft iemand bijvoorbeeld niet meer te bidden omdat hij bang is dat zijn hart eruit rolt. Vaak denken mensen ook dat iemand die ziek is rust moet krijgen. We zijn dus anatomische les gaan geven, met zo’n pop en een plaatjesboek. Want als je niet snapt hoe het lichaam werkt, snap je ook niet waarom je bijvoorbeeld het advies krijgt om meer te bewegen.’ Als iemand het Nederlands niet goed beheerst, is bij alle behandelgesprekken een tolk aanwezig: ‘Het is onverstandig om ervan uit te gaan dat familieleden die de taal beter spreken wel zullen tolken. Mensen hebben vaak de behoefte om hun familielid te beschermen tegen vervelend nieuws, maar ook schaamte kan een rol spelen. Daarom kan het gebeuren dat iemand binnenkomt na een bypassoperatie en geen flauw idee heeft wat er aan de hand is.’



Foto: Inge Hondelink

Ingewikkeld

Coosje van Zwol vindt het belangrijk om extra tijd vrij te maken om een vertrouwensband op te bouwen en om zicht te krijgen op de situatie van mensen: wat weten ze wel en niet, hoe is hun sociale netwerk, wie moeten bij de revalidatie worden betrokken? 'Vaak leven allochtonen meer in een wij-cultuur. Het is dan belangrijk dat je weet hoe de verhoudingen binnen de familie liggen en dat je die verhoudingen ook respecteert. Als je dat doet voorkom je weerstand en misverstanden, en het wordt enorm geapprecieerd.' Het cardioprogramma voldoet volledig aan de verwachtingen: met allochtone revalidanten worden nu dezelfde resultaten bereikt als met autochtone revalidanten. 'In andere vormen van revalidatie zou het ook helpen als meer wordt stilgestaan bij de individuele situatie van revalidanten. We moeten niet bang zijn om vragen te stellen en zo nodig meer uitleg geven. Dat geldt voor alle revalidanten, allochtoon of niet.' Dit idee sluit aan bij de uitkomsten van het iRv-onderzoek. Behandelaars moeten nog meer in gesprek gaan met hun revalidanten, om de verwachtingen af te stemmen. Van Zwol: 'En we moeten vooral af van het idee dat het ingewikkeld is om met allochtonen te werken. Het is juist hartstikke leuk, vanwege de diversiteit. Mensen zijn vaak ook ontzettend blij met hun behandeling en laten dat duidelijk merken. Dat geeft veel voldoening.'

Het iRv bracht naar aanleiding van het allochtonenonderzoek de brochure 'Beter omgaan met verschillende perspectieven op revalidatie' uit. De brochure kan worden gedownload van www.irv.nl, via de knoppen 'Het iRv' en 'Publicaties'.



Beeldvorming

Het beeld in de samenleving van chronisch zieken en gehandicapten is veel minder negatief dan chronisch zieken en gehandicapten zelf denken. Dit is de conclusie uit een recent onderzoekje van TNS NIPO.

Nou, eh... hoera? Ik weet nooit zo goed wat ik met dit soort onderzoekjes moet. Want, als er niets mis zou zijn met de beeldvorming, waarom zijn campagnes van belangenorganisaties daar dan toch steeds weer op gericht? Waarom hebben we dan een mis(s)verkiezing nodig? Kennelijk allemaal verspilde energie. Onderzoek wijst immers uit dat negatieve beeldvorming toch vooral iets is wat gehandicapten zichzelf inbeelden.

Zou het? Ik zal de laatste zijn om te ontkennen dat een positievere beeldvorming begint bij het ontwikkelen van een positiever zelfbeeld, en dat er in dat opzicht voor veel mensen met een handicap nog een hoop te winnen valt. Begrip vanuit de buitenwereld begint bij begrip voor onszelf, acceptatie bij zelfacceptatie en respect bij zelfrespect. Hoe kan een ander ons op waarde schatten als we geen gezond gevoel van eigenwaarde hebben?

Maar om nu te zeggen dat 'onderzoek heeft uitgewezen dat er weinig mis is met de beeldvorming ten aanzien van gehandicapten' lijkt me ééndimensionaal. Wat baat ons die geweldige beeldvorming dan? Leidt die tot een betere toegang tot de arbeidsmarkt, minder eenzaamheid, meer zichtbaarheid in de media, makkelijker reizen met het openbaar vervoer, naar het toilet kunnen in het vliegtuig, tot gelijkwaardige kansen en mogelijkheden?

Nee, voorlopig niet. Mijn conclusie is dat beeldvorming niet te meten is door het publiek politiek correcte uitspraken te ontlokken. Natúúrlijk antwoorden mensen dat ze geen moeite hebben met gehandicapten. Waarom ook niet? Hebben ze last van deze groep dan? Hoeveel mensen hebben zelf te maken met iemand met een handicap? Gehandicapten zijn nog steeds nauwelijks zichtbaar in de dynamische hoek van het leven. Nee hoor, ze blijven netjes in hun hok, schoppen zelden de verhoudingen door de war. Als ze dat nu eens wel zouden doen, zoals andere minderheidsgroeperingen soms doen? Zou het beeld dan nog zo positief zijn?

Annemarie Postma

Meer aandacht voor de kinderen

Stel: een kind woont nog thuis en zijn vader of moeder krijgt een beroerte. Dat heeft ook voor het kind grote gevolgen. De meeste kinderen hebben het zwaar en regelmatig ontstaan daardoor ontwikkelings- en opvoedingsproblemen. Omdat goede begeleiding helpt deze problemen te voorkomen, werd een protocol ontwikkeld. Het protocol is ook bruikbaar voor kinderen van mensen die om een andere reden moeten revalideren.

Thuiswonende kinderen van mensen met chronische ziekten of handicaps – naar schatting 10% van alle kinderen – hebben hun eigen behoeften. Uit onderzoek is bekend dat ze informatie willen over de ziekte of handicap en alles wat daarbij komt kijken, en dat ze betrokken willen worden bij de zorg. Maar bovenal willen ze een luisterend oor en erkenning van wat ze meemaken. Het protocol *Aandacht en steun voor jonge kinderen van CVA-patiënten in het revalidatiecentrum* is gemaakt om kinderen én hun ouders te ondersteunen bij het leren leven met de beperkingen door ziekte of handicap, op een manier die bij hen past.

Alle gezinsleden

Het protocol richt zich niet alleen op het kind, maar ook op de ouders. Door de situatie – druk met van alles, veel zorgen – zijn zij vaak minder gericht op hun kinderen. Ook weten ze veelal niet hoe ze hun kinderen tot steun kunnen zijn. Eenderde tot de helft van de ouders wordt depressief. De ouder die een beroerte kreeg, kan meestal zijn of haar rol als ouder niet meer vervullen zoals voorheen. Door dit alles krijgen de kinderen weinig steun, aandacht en stimulans. De structuur in het dagelijks leven wordt vaak ook minder. De veranderingen kunnen leiden tot stemmings- en gedragsproblemen bij kinderen. Het protocol geeft revalidatieteams een instrument in handen om problemen te voorkomen of op te lossen. Gewerkt wordt aan een open communicatie tussen de gezinsleden. Als zij gezamenlijk zoeken naar oplossingen, zullen ze de opgaven waar ze voor staan beter aankunnen.

Contactmomenten

In het protocol wordt uitgegaan van de gebruikelijke contactmomenten tussen de gezinsleden en het revalidatieteam, zoals een opnamegesprek of evaluatiegesprek. Tijdens deze contactmomenten wordt standaard besproken hoe het gaat met de gezinsleden en hebben ze gelegenheid om vragen te stellen en emoties te uiten. Ook krijgen ze mondelinge en schriftelijke informatie en advies. Voor de kinderen wordt gezocht naar een gelegenheid om mee te lopen in het revalidatiecentrum, zodat ze kunnen zien wat hun ouder daar meemaakt. Nu krijgen nog lang niet alle kinderen die kans, en als ze kunnen meelopen is het vaak in een schoolvakantie – niet op een moment dat het kind het wil. Het protocol vraagt ook aandacht voor lotgenotencontact. Dit kan bijvoorbeeld vorm krijgen door een kind te wijzen op gezins- of kinderdagen van een patiëntenvereniging of op gespecialiseerde chatsites.

Andere diagnoses

Het protocol *Aandacht en steun voor jonge kinderen van CVA-patiënten in het revalidatiecentrum* was klaar in maart 2007. Vijf revalidatiecentra hebben het getest en ingevoerd in de werkpraktijk. Het is nog niet bekend wat precies de opbrengst is voor de kinderen van revalidanten, maar duidelijk is wel dat zij er veel aan hebben. Het feit dat er structureel aandacht voor ze is en dat openlijk wordt gesproken over hun situatie, is heel belangrijk voor ze. Dat geldt natuurlijk niet alleen voor kinderen van mensen die een beroerte hebben gehad, maar ook voor kinderen van bijvoorbeeld mensen met MS, een dwarslaesie of amputatie. Het protocol kan eenvoudig worden aangepast voor andere diagnoses. Het is ook goed aan te passen voor andere instellingen, zoals het ziekenhuis.

Tips voor het maken en invoeren van een protocol

- Bepaal wat de vaste contactmomenten zijn tussen de leden van het behandelteam en de ouders en haak hierbij aan met acties en activiteiten. Gebruik het protocol voor kinderen van CVA-patiënten daarbij als inspiratiebron.
- Maak goede schriftelijke afspraken over de taakverdeling in het team: wie doet wat, wanneer en hoe?
- Ga na wat nodig is om het protocol in te voeren. Zorg bijvoorbeeld voor voorlichtingsmateriaal voor ouders en kinderen.
- Van belang is dat de teamleden voldoende weten over de problemen van kinderen van ouders met ernstige en langdurige beperkingen. Ze moeten ook de vaardigheden hebben om met kinderen en ouders in gesprek te gaan. Een bijscholing op dit punt is gewenst.
- Zet het protocol met regelmaat op de agenda van het teamoverleg en stel het zo nodig bij. Ga dan na of inderdaad alle teamleden als vanzelfsprekend de zorg voor de kinderen meenemen in het contact met ouders en kinderen. Vraag ook eens aan ouders en kinderen hoe ze de aandacht en steun ervaren.

Lucia Tielen, adviseur/ontwikkelaar Ginkgo Zorgprojecten

Anne Visser-Meily, revalidatiearts/onderzoeker De Hoogstraat

Katrien Luijck, onderzoeker IVA

Het protocol 'Aandacht en steun voor jonge kinderen van CVA-patiënten in het revalidatiecentrum' werd ontwikkeld door IVA (onderzoeksinstituut van de Universiteit van Tilburg), revalidatiecentrum De Hoogstraat en Ginkgo Zorgprojecten. U kunt het rapport over de ontwikkeling van het protocol en het protocol zelf downloaden via www.ginkgozorgprojecten.nl.



‘Kookboek’ voor cognitieve revalidatie

Mensen met een beroerte of andere vorm van verworven hersenletsel hebben vaak cognitieve stoornissen. Een groep onderzoekers, verenigd in het Consortium Cognitieve Revalidatie, heeft met subsidie van ZonMw trainingsmodules ontwikkeld voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. De modules zijn gericht op het leren omgaan met de beperkingen die ontstaan door cognitieve stoornissen en het vergroten van de zelfstandigheid. Er zijn trainingsmodules voor neglect (het niet waarnemen van een deel van de omgeving), apraxie (moeite met het uitvoeren van doelgerichte bewegingen), mentale traagheid (vertraagd denken) en uitvoerende problemen (moeite met planning en organisatie van dagelijkse activiteiten). Daarnaast is er een trainingsmodule voor bewegingsstoornissen bij de ziekte van Parkinson. Ook is er een trainingsmodule voor geheugenstoornissen, die al eerder ontwikkeld en geëvalueerd was.

De modules zijn uitgewerkt in wetenschappelijk onderbouwde behandelrichtlijnen en -protocollen. Zo is er een protocol om mensen met mentale traagheid te leren omgaan met de tijdsdruk die er vaak is in het dagelijks leven, bijvoorbeeld bij het koken en in het verkeer. De richtlijnen en protocollen zijn gebundeld onder de titel *Richtlijnen Cognitieve Revalidatie*. De bundeling is opgezet als een soort kookboek, dat praktische aanwijzingen geeft. De richtlijnen en protocollen zijn vooral gemaakt voor psychologen; het protocol over patiënten met de ziekte van Parkinson voor fysiotherapeuten.

Het is de eerste keer dat in Nederland protocollen voor revalidatiebehandeling op grote schaal beschikbaar worden gesteld. Bovendien zijn de protocollen niet – zoals gebruikelijk – alleen bruikbaar in revalidatiecentra, maar kunnen ze ook worden gebruikt op revalidatieafdelingen van ziekenhuizen en verpleeghuizen. Belangrijk is daarbij dat in de regio afspraken worden gemaakt over het behandelaanbod: wie doet wat?

*Caroline van Heugten,
neuropsycholoog/onderzoeker Universiteit Maastricht/
De Hoogstraat*

Op 6 december worden de richtlijnen gepresenteerd tijdens het symposium ‘Richtlijnen cognitieve revalidatie: een brug tussen wetenschap en praktijk’. Inschrijven voor het symposium kan via www-np.unimaas.nl/symposia. Meer informatie over de richtlijnen is te vinden op www.revalidatie.nl.

De Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder, de Afasie Vereniging Nederland en Cerebraal organiseren van 12 tot en met 14 oktober een weekend voor kinderen van ouders met een CVA.

Het weekend is bedoeld voor jongeren van 12 tot 22 jaar.

Meer informatie op www.cva-samenverder.nl.

Marktwerving en revalidatie gaan niet samen

De overheid heeft al veel geprobeerd om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Deze maatregelen hebben nauwelijks effect gehad, de kosten bleven stijgen. Nu moet marktwerving de kosten beperken. De revalidant moet 'klant' worden en de behandeling 'product'.

Marktwerving is aantrekkelijk voor zorginstellingen, want wanneer zij de markt goed bespelen groeien ze ten koste van de concurrent. Ook zorgverleners met een commerciële inslag kunnen er wat mee. De opkomst van privé-klinieken toont dat aan. Zorgverzekeraars kunnen de goedkoopste zorg inkopen en hun verzekerden verplichten van die goedkope zorg gebruik te maken. Als zij met een duurdere instelling geen contract sluiten, hoeven zij de verzekerde ook niet uit te betalen als deze toch naar zo'n instelling gaat. Deze 'spelers in het veld' bepalen de marktwerving. Maar één partij, de patiënt en in de revalidatie de revalidant, is dan nog niet genoemd. Die is de zwakste partij!

De revalidant is helaas veel afhankelijker van de zorgverlener dan de klant van een supermarkt.

- Als de kwaliteit van een product in de supermarkt niet bevalt, brengt de klant het terug en gaat naar een ander. In de revalidatie kan dat niet. Als een revalidant niet optimaal wordt behandeld, kan hij niets terugbrengen.
- Wanneer een klant in de supermarkt niet vriendelijk wordt behandeld, gaat hij weg. Een revalidant kan minder snel weglopen. Hij is verwezen door een behandelend specialist en denkt dat het nodig is dat hij

blijft in het revalidatiecentrum.

- De klant in de supermarkt kent de prijzen van de artikelen en als het ergens anders goedkoper is, gaat hij daarheen. De doorsnee revalidant heeft geen idee hoeveel zijn behandeling kost.
- De klant kan kiezen uit heel veel winkels; de revalidant heeft maar een heel beperkte keuze. De meeste regio's hebben maar één revalidatiecentrum.
- De supermarkt kent geen verwijspatronen, de gezondheidszorg wel. Huisartsen en andere professionals sturen bij voorkeur hun patiënten naar specialisten en instellingen die zij kennen. Die verwijspatronen liggen vast en de doorsnee patiënt laat zich verwijzen. De afhankelijkheid van de revalidant ten opzichte van de zorgverlener wordt onderschat.

bedden. Voor de revalidant betekent het uiteindelijk minder zorg en goedkopere hulpmiddelen. Kijk naar de situatie in de thuiszorg, waar de markt al langer zijn werk mag doen en de persoonlijke zorg alleen maar slechter wordt. Helaas hebben revalidanten en cliëntenraden weinig mogelijkheden zich te verzetten tegen de marktwerving. Het is te hopen dat krachtige patiëntenorganisaties de ontwikkelingen nauwlettend volgen en waar nodig hun stem verheffen.

Het is een troost te bedenken dat ook deze poging om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen gedoemd is om te mislukken. Misschien zal de overheid zich eens gaan realiseren dat de kosten voor de gezondheidszorg

'Een revalidant – kwetsbaar en afhankelijk – wordt nooit een gewone klant'

Beleidsmakers denken dat revalidanten bewuste keuzen maken, maar dat is vaak niet het geval. Door ziekte of handicap aangeslagen en bang voor de toekomst laten zij keuzen over aan hun hulpverleners. Een revalidant – kwetsbaar en afhankelijk – wordt nooit een gewone klant in een marktgerichte zorg.

Wanneer geld en concurrentie de revalidatiezorg gaan bepalen, komt goede en menslievende hulp op de tweede plaats. Een nieuwe laag van managers die 'de zaak' runnen, haalt geld weg bij de

blijven stijgen door ontwikkelingen in de zorg en veranderingen in de bevolkingsopbouw. Marktwerving zal deze stijging niet kunnen tegenhouden en de revalidant zit niet op marktwerving te wachten.

Han de Koning

Dr. Han de Koning is kinderarts en oud-senior inspecteur voor de gezondheidszorg. Hij heeft gerevalideerd in het Rijnlands Revalidatiecentrum en is lid van de cliëntenraad van dit centrum.

Marc Toebak

Door Kitty Rotteveel

WERK > REVALIDATIETECHNISCH ADVISEUR BIJ REVALIDATIECENTRUM BREDA; WERKT MET KINDEREN MET NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN, WAARONDER SPIERZIEKTEN **LEEFTIJD** > 36 JAAR **PRIVÉ** > GETROUWD, EEN DOCHTERTJE **HOBBY** > SPEELT BAS IN EEN BAND **HEKEL AAN** > HUFTERIG GEDRAG, ZOALS ZONDER ONTHEFFING PARKEREN OP EEN INVALIDENPARKEERPLAATS



Foto: Inge Houtstraal

Hoe ziet je werkdag eruit?

‘Voor het grootste deel ben ik bezig met advisering: over een rolstoel die aangepast moet worden, een woningaanpassing, een spalk of hulpmiddel. Ik bedenk oplossingen, die door de technisch medewerker worden uitgevoerd. Het kan gaan om kleine, alledaagse dingen, die voor de kinderen zelf toch heel belangrijk zijn. Een jongen kon bijvoorbeeld de gamecontroller van zijn Playstation niet goed bedienen. Daar hebben we een nieuw handvat voor gemaakt en hij kon weer spelen. Ik werk nauw samen met onder andere de ergotherapeut, de orthopedisch instrumentmaker of de firma die de rolstoelen fabriceert.’

Wat is voor jou de grootste uitdaging?

‘Het is een uitdaging om samen met het team een product af te leveren dat past binnen de

gestelde behandeldoelen en dat past bij dit kind. Ik kan erg genieten als ik zie dat ons werk zijn vruchten afwerpt. Als bijvoorbeeld een zitorthese, vaak een op maat gemaakte kuip op een rolstoel, ervoor zorgt dat een kind fatsoenlijk zit, en het kind daarmee zelfstandiger kan functioneren: dat vind ik geweldig.’

Wat vind je moeilijke kanten van je werk?

‘Accepteren dat een kind achteruit gaat. Dan heb je het gevoel achter de feiten aan te lopen. En ik vind het natuurlijk erg moeilijk als een kind overlijdt. Vaak bouw je met kind en ouders een stevige band op, en de machteloosheid is in zo’n geval groot. In het dagelijkse werk vind ik het lastig dat de werkdruk soms hoog is. Ik heb te maken met de ouders van een kind, de school, de begeleiders en natuurlijk het kind zelf. Allemaal

willen ze hun zegje doen, en veelal is de situatie voor de ouders begrijpelijkerwijs erg gevoelig.’

Wat maakt het werken met kinderen bijzonder?

‘Vaak zijn ouders terughoudend als het om hulpmiddelen gaat: acceptatie speelt daarbij een rol. De kinderen daarentegen zijn meestal onbekommerd enthousiast. Zij merken dat een voorziening hen verder helpt, en ze reageren vaak zo blij. Van de week bespraken we de keuze tussen een buggy en een rolstoel met de moeder van een tweejarig jongetje. We zetten hem in de rolstoel, hij zette zijn handjes op de hoepels van de wielen en reed er apetrots mee weg. Hij ontdekte meteen dat hij zich op deze manier zelfstandig kon voortbewegen, prachtig! Hij moest brullend uit de rolstoel worden gehaald.’

Andere manier van werken dus, met kinderen?

‘Absoluut! Het is een groep die zich meer ontwikkelt dan volwassenen. Ik heb bewondering voor het onbevangene van kinderen. Zij zitten nog niet vast in gewoonten. Daardoor leer je zelf ook weer heel open te zijn. Ik maakte een spalk voor een jongen die me de oren van de kop vroeg; ik word me door zoiets bewust van waar ik nou eigenlijk mee bezig ben. En kinderen geven zichzelf met veel vertrouwen in jouw handen, ook fysiek, als ik een kind bijvoorbeeld van de ene stoel in de andere til. Dat is ontroerend, en ik zal dat vertrouwen ook nooit beschamen. Je krijgt daarvoor zoveel terug: dat maakt dit werk zo mooi. Ik kan uit volle overtuiging zeggen dat mijn roeping bij de kinderen ligt.’