



eRevalidatie: wordt het al wat?

- > Bij afasie is maatwerk nodig
- > Nieuwe partijen op de revalidatiemarkt
- > Verwijzen moet beter
- > Lesprogramma voor kinderen met handicap
- > C-Mill ingezet in looptraining
- > Trainingsprogramma leidinggevenden



FokUS

Zelf de regie!

Vrijheid en gewoon wonen met een lichamelijke handicap. Fokus maakt het mogelijk!

We verlenen assistentie bij de cliënt thuis: 24 uur per dag; 7 dagen per week. De cliënt roept de assistentie op wanneer hij of zij deze nodig hebt. En geeft zelf aan hoe hij of zij de assistentie wilt hebben. Op afroep en aanwijzing: dat maakt Fokus zo uniek!

We hebben ruim 90 projecten in meer dan 60 plaatsen in Nederland. Zo is er dus altijd een Fokusproject in de buurt. Geïnteresseerd? Kijk op onze website www.fokuswonen.nl voor de per direct beschikbare woningen.

Kijk voor meer informatie over Fokus op www.fokuswonen.nl
Of neem contact op via (050) 521 72 72 of info@fokuswonen.nl

Zelf de regie

De cliënt van Fokus heeft zelf de regie over zijn of haar eigen leven. De assistentie verlenen wij op afroep en aanwijzing. En dat 24 uur per dag en 7 dagen per week. De cliënt is dus niet gebonden aan afspraken op vaste tijden. Bij ons bepaalt de cliënt zelf wat hij of zij doet en wanneer. Gewoon wonen dus.

www.fokuswonen.nl

inhoud

RM⁴⁻¹¹

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

- 4 > **'Maatwerk moet bij afasie'**
Mensen die door afasie moeite hebben met communiceren, verdienen de best mogelijke hulp. Op dat punt valt er nog het een en ander te verbeteren.
- 6 > **Berichten**
- 7 > **C-Mill: van innovatie naar revalidatie**
De C-Mill, een innovatieve loopband, wordt steeds vaker ingezet in de revalidatiepraktijk.
- 10 > **Leren leidinggeven**
Vijf revalidatiecentra organiseren gezamenlijk een trainingsprogramma voor beginnende leidinggevenden.
- 11 > **'Ik leef weer in plaats van dat ik overleef'**
Roger Daal.
- 15 > **Het centrum**
Capri Hartrevalidatie.
- 16 > **Les in acceptatie**
Reade en de Mytyschool Amsterdam ontwikkelden een uniek lesprogramma voor kinderen met een lichamelijke handicap: de Leerlijn Handicapbeleving.
- 18 > **Column**
ESBL.
- 20 > **Het standpunt**
Wmo: maak een einde aan het bewegen door stroop.
- 21 > **Het werk**
Maartje Vrijhof, bewegingsagoog.



Implementatie eHealth komt op gang

Ook de revalidatiesector experimenteert met eHealth, maar van echte inbedding in de revalidatie is nauwelijks sprake. Grootste bottleneck is de onzekerheid over financiële vergoedingen voor eHealth. Aan dat probleem wordt nu gewerkt.

- John Ekkelboom



Nieuwkomers in de revalidatie

Met het invoeren van marktwerking vervagen de grenzen en komen er nieuwe spelers op het speelveld van de medisch-specialistische revalidatie.

- Door Adri Bolt



Meer en beter verwijzen

Revalidatie kan veel betekenen voor mensen met een functionele beperking. Maar dan moeten zij wél worden verwezen, en dat blijkt nog lang niet altijd te gebeuren. Daarom wordt nu gewerkt aan het verbeteren van de verwijspijp.

- Anita Drost

COLOFON *Revalidatie Magazine* is een uitgave van Revalidatie Nederland. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar. **Uitgever** Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media, Karin Linden (www.bsl.nl)
Redactie Steven Berdenis van Berlekom MBA (hoofdredacteur, directeur Zorg en Innovatie revalidatiecentrum De Hoogstraat) • John Ekkelboom (journalistiek adviseur) • Drs. Annelies van Lonkhuyzen (eindredacteur) • Jan Verbaal MHA (hoofdredacteur, algemeen directeur revalidatiecentrum Tolbrug) **Redactieraad** Dr. Renata Klop (programmaördinator ZonMw) • Drs. Judith Boot (kwaliteitsfunctionaris Sophia Revalidatie) • Drs. Karin van Londen (senior communicatieadviseur Revalidatie Nederland) • Drs. Hans Sloopman (revalidatiearts Stichting Heliomare) • Drs. Ria Zondervan (kwaliteits- en communicatieadviseur Reade) **Redactieadres** Bohn Stafleu van Loghum • Odette Winter • Postbus 246, 3990 GA Houten • Telefoon (030) 638 37 66 • Fax (030) 638 39 91 • rm@bsl.nl **Vormgeving** AC+M, Maarsse **Foto omslag** Inge Hondebrink **Foto's** worden bij de artikelen gekozen, maar worden niet altijd op de betreffende locatie gemaakt. **Abonnementen** Bohn Stafleu van Loghum, Afdeling Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, (030) 638 37 36, e-mail via www.bsl.nl/service **Abonnementsprijs** Jaarabonnement particulieren € 36,95, studenten € 18,48, instellingen € 72,95 • Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag • Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd • Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 17 juni 2010. De voorwaarden staan op www.bsl.nl of worden op verzoek toegezonden. **Adreswijzigingen** Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de Afdeling Klantenservice (adres zie Abonnementen). **Advertenties** Bureau Van Vliet • Postbus 20 • 2040 AA Zandvoort • Telefoon (023) 571 47 45 • Fax (023) 571 76 80 • zandvoort@bureauvanvliet.com • Het overnemen en verspreiden van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en na schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de standaard publicatievoorwaarden van Springer Media, gedeponeerd ter griffie van de rechtbank te Utrecht onder nummer 281/2003 van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De standaard publicatievoorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl/auteurs of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd. • ISSN 1382-6174

Uitgeversverbond
Groep uitgevers voor vak en wetenschap

Mensen die door afasie moeite hebben met communiceren, verdienen de best mogelijke hulp. Op dat punt valt er nog het een en ander te verbeteren. • Door Alice Broeksma

Maatwerk moet bij afasie

Afasie is een taalstoornis die ontstaat door hersenbeschadiging als gevolg van een CVA, trauma of tumor. De ernst hangt onder meer af van de grootte van de getroffen plaats in de hersenen. 'Daarom zijn geen twee gevallen van afasie gelijk', zegt Talina Brouwer, beleidsmedewerker bij de Afasie Vereniging Nederland (AVN). 'Sommige mensen met afasie kunnen taal goed begrijpen, maar hebben moeite met het vinden van de juiste woorden of met het maken van zinnen. Anderen spreken misschien veel, maar wat zij zeggen is niet te volgen. Daarom is maatwerk zo belangrijk.' Brouwer vertelt dat de aandoening is te vergelijken met een verblijf in het buitenland. 'Bij een lichte afasie ben je in Duitsland, waar je alles nog wel zo'n beetje kunt volgen. Bij een zware afasie zit je in China. Iemand met afasie beschikt over het algemeen wél over zijn volledige intellectuele capaciteiten, en dat maakt het juist zo moeilijk. Je wilt communiceren op je oude niveau, maar dat lukt niet. Vaak zijn er ook nevenstoornissen, zoals problemen met organiseren of het verwerken van informatie. Dat is een flinke handicap in een tijd waarin alles op topsnelheid gaat.'

Naar schatting hebben in ons land dertig- tot vijftigduizend mensen afasie. Daar komen er jaarlijks drieduizend bij. Zelden of nooit is taalherstel volledig, maar met veel oefenen is meestal verbetering te zien en daarnaast leren mensen handigheidjes om ondanks hun handicap beter te functioneren. Maar het blijft zwaar: driekwart van de mensen met afasie is arbeidsongeschikt en veel afasiepatiënten voelen dat de omgeving door de communicatieproblemen contact mijdt. 'Afasie én hoe daarmee om te gaan is nog te weinig bekend', zegt Brouwer.

Taalanalyse

Als de afasie ernstig is, gaan patiënten meestal eerst naar het revalidatiecentrum. Zij krijgen daar veel logopedie, maar dat vindt de AVN nogal rigide omdat patiënten uiteenlopende behoeften hebben. 'Voor een gunstig resultaat is minimaal twee uur logopedie per week noodzakelijk, staat in de richtlijnen. Het tijdstip waarop intensiever taaltherapie ingezet zou moeten worden, is verschillend. Soms heeft iemand bijvoorbeeld eerst meer aan de steun van een psycholoog. Vooralsnog is er ook geen hard bewijs dat het vroeg inzetten van intensieve logopedie bij afasie meer oplevert. Momenteel doet het Erasmus MC hier onderzoek naar, dus over enige tijd weten we meer hierover.'

Het revalidatiecentrum heeft in het beste geval een interdisciplinair afasieteam,

dat bestaat uit een revalidatiearts, neuropsycholoog en logopedist. Ook een linguïst, die een taalanalyse kan maken waardoor meer uit een behandeling wordt gehaald. Brouwer: 'Minder dan de helft van de revalidatiecentra heeft zo'n team; er zijn er tien. En niet alle revalidatiecentra met een afasieteam hebben dezelfde faciliteiten en werkwijze.' Zo verschilt het per revalidatiecentrum hoeveel uren een linguïst of muziektherapeut beschikbaar is.

Hulpmiddelen

Klinisch linguïst en onderzoeker Mieke van de Sandt, verbonden aan Rijndam revalidatiecentrum, beaamt dat de behandeling altijd hoort te beginnen met een zorgvuldige diagnose. Haar centrum ontwikkelde de Scenario Test om betrouwbaar te meten hoe de verbale en nonverbale communicatie verloopt. De uitkomst wordt gebruikt bij het opzetten en evalueren van een therapieplan. 'Soms blijkt bijvoorbeeld dat de focus te veel ligt op het weer spreken', zegt Van de Sandt. 'Een patiënt kan daarmee grote moeite hebben, en wijst misschien veel makkelijker plaatjes aan.' Er zijn hulpmiddelen ter ondersteuning van de communicatie, zoals een 'gespreksboek' met woorden en afbeeldingen, of high tech oplossingen. Van de Sandt onderzocht onder meer de effectiviteit van TouchSpeak, een computerhulpmiddel. 'De conclusie is dat mensen veel aan technische hulpmiddelen kunnen hebben. De laatste technische snufjes, zoals tablets, bieden daarbij laagdrempelige mogelijkheden. Bijvoorbeeld om motorische en cognitieve vaardigheden te oefenen en om te communiceren.' Maar niet alle hulpmiddelen zijn geschikt voor iedereen. Een afasiepatiënt moet voor het gebruik ervan bijvoorbeeld wel een bepaald taalniveau hebben. Het grootste probleem is dat de begeleiding echt op maat moet. Van de Sandt: 'Deze expertise zou moeten worden uitgebouwd, liefst door de revalidatiecentra met een afasieteam en in samenwerking met een afasiecentrum.'

Partner

Mieke van de Sandt benadrukt het grote belang van het betrekken van de eventuele partner van een afasiepatiënt. 'Meestal zitten patiënt en partner beiden met vragen en frustraties. Ook in lichte vorm kan afasie een zware belasting betekenen voor beide partijen.' Met financiële steun van ZonMw werd een training voor partners ontwikkeld; nu is het de bedoeling om die training breed in te voeren in



Foto: Inge Hondebrink

de Nederlandse afasierevalidatie. Een financieringsaanvraag daarvoor is gehonoreerd, vertelt de onderzoekster, en dat is maar goed ook: 'Als de partner meedoet en communicatietechnieken leert, is er veel meer uit een patiënt te halen.'

Afasiecentra

De trend is dat mensen met afasie zo snel mogelijk naar huis gaan. Daar moeten ze leren leven met hun chronische aandoening, vaak eerst nog ondersteund door poliklinische revalidatie. Maar op een zeker moment houdt ook die op. Dan kunnen mensen aankloppen bij een van de twintig afasiecentra in ons land. Die staan los van de revalidatiecentra, hoewel er soms wel enige verbinding is door detachering van een afasietherapeut. Afasiecentra bieden zorg, therapie en lotgenotencontact, en zijn een steunpunt voor mantelzorgers en zorgverleners. Talina Brouwer: 'Meer samenwerking in de keten, zoals met revalidatiecentra, verpleeghuizen en gespecialiseerde logopediepraktijken, zou zinvol zijn. En de financiering – het geld komt vanuit de AWBZ – zou beter geregeld moeten worden. Ook door veranderingen in de wetgeving is de toekomst van de afasiecentra onduidelijk, terwijl er veel behoefte is aan zorg in de chronische fase.' Mieke van de Sandt: 'De revalidatiesector speelt een belangrijke, maar zeker niet de enige rol in de afasierevalidatie. We moeten ons realiseren dat we onderdeel zijn van een keten en dat de samenwerking met de ketenpartners beter kan en moet. Alleen dan kunnen we patiënten maatwerk bieden. Voor gespecialiseerde behandelingen en complexe diagnostiek moeten de afasieteams als spin in het regionale web fungeren. Het is belangrijk dat de revalidatiecentra de teams daarvoor meer ruimte bieden dan nu het geval is.'

De Afasie Vereniging Nederland gaat samen met de afasieteams kwaliteitscriteria ontwikkelen voor de teams. Bij de afasiecentra doet de vereniging op dit moment audits. Zie www.afasie.nl.

'De weg van afasiemensen is lang'

Theatermaker Martin Mens heeft sinds vier jaar afasie door een herseninfarct. Zijn theaterervaring zet hij nu in tijdens kindervoorstellingen waarin het gesproken woord een ondergeschikte rol speelt en tijdens theaterworkshops voor lotgenoten: 'Ik werk met communicatiespelen. Ik probeer te begrijpen de pedagogiek van afasiemensen.' Over de behandeling van afasie in ons land zegt Mens: 'Ik mis communicatietrainers, dramadocenten, pedagogen. Ik mis ook psychiaters die iets van afasie weten, en van behandeling van trauma en verwerking. De behandeling van afasie is kort en de weg van afasiemensen lang.'

Op zijn website www.afasietheater.nl heeft Mens verhalen geplaatst over zijn ervaringen met afasie. Zo beschrijft hij hoe hij zich voelde tijdens een bezoek aan een arts: 'Zijn naam weet ik niet meer en ook niet wat hij zei. Ik heb hem niet één keer in zijn ogen kunnen zien. Hij zoekt mij, in zijn papieren, terwijl ik voor zijn neus zit. Zijn klanken komen niet in mijn hersens binnen als woorden. Zijn woorden hoor ik niet. Zijn lichaamstaal snap ik wel. Tegen deze arts wilde ik graag kunnen zeggen: "U weet van hersenen, maar u weet niet veel van mensen."'

Parel voor oefenboek CVA Gepast gebruik van zorg

Een project uit het Innovatieprogramma Revalidatie heeft een Parel gewonnen. Honderden projecten ontvangen jaarlijks subsidie van ZonMw; de Parel is een prijs die wordt uitgereikt aan de beste projecten. Het UMC Utrecht en revalidatiecentrum De Hoogstraat ontwikkelden in het project Snel in Beweging de gids *Zelf oefenen na een beroerte (CVA)*. Voor een optimaal herstel is het van belang dat mensen na een CVA snel en intensief gaan oefenen. De gids is daarbij een goed hulpmiddel, constateert de jury. Uit het juryrapport: 'De gids blijkt in korte tijd te implementeren. De implementatieresultaten laten zien dat het op deze manier mogelijk is om revalidatie te intensiveren zonder noodzaak om extra personeel in te zetten.' De oefengids is in het voorjaar uitgebracht en is zeer goed ontvangen. De Parel werd op 11 november jl. uitgereikt tijdens het symposium *Vorderingen in de CVA-zorg*, georganiseerd door het Kennisnetwerk CVA NL.

Database patiëntveiligheid

ZonMw heeft meer dan 130 projecten op het gebied van patiëntveiligheid samengebracht op www.veiligheidsdatabase.nl. In de afgelopen jaren zijn er veel projecten gedaan rond patiëntveiligheid. De database brengt informatie over projecten uit alle zorgsectoren bijeen. Onderwerpen zijn bijvoorbeeld medicatieveiligheid, systemen voor het melden van incidenten, valpreventie en vrijheidsbeperking.

Innovatie looptraining

Revalidatiecentrum Het Roessingh in Enschede heeft een primeur voor revalidanten die niet zonder ondersteuning kunnen lopen en looptraining krijgen. Zij kunnen als eersten in Nederland gebruikmaken van de trainingsrobot Lopes. De Universiteit Twente ontwikkelde het apparaat, dat de mate van ondersteuning aanpast aan de behoeften van de revalidant op een bepaald moment. De Lopes wordt momenteel ingezet in de behandeling van mensen met een incomplete dwarslaesie. Samen met de bedrijven MOOG en Demcon wordt gewerkt aan een nieuwe versie van de Lopes, die in 2012 zal worden geïnstalleerd bij Het Roessingh en de Sint Maartenskliniek.



Acht grote organisaties in de zorg – waaronder de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, de KNMG en het College voor zorgverzekeringen – hebben het *Convenant gepast gebruik van zorg* afgesloten. De deelnemende organisaties willen met een gemeenschappelijke aanpak de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg verbeteren. Dit willen ze bereiken door acties op het gebied van verzekering, financiering, toezicht, richtlijnen, onderzoek en informatievoorziening.

Publicatie arbeidsgerelateerde revalidatie

Revalidatiecentrum Helimare ontwikkelde met verschillende partners de arbeidsgerelateerde revalidatie (AGR): een methode om al vroeg in de revalidatie van mensen met niet-aangeboren hersenletsel aandacht te besteden aan de terugkeer naar werk. Terugkeer levert vaak problemen op, bijvoorbeeld doordat collega's, werkgevers en bedrijfsartsen de gevolgen van het hersenletsel moeilijk kunnen inschatten. De methode wordt bij Helimare inmiddels standaard ingezet in de behandeling van mensen met hersenletsel. Onderzocht zal worden met welke aanpassingen AGR ook toepasbaar kan worden gemaakt voor andere revalidantengroepen. Een uitgebreide publicatie over AGR is te downloaden van www.helimare.nl/AGR; daar staat ook een voorlichtingsfilm over AGR.

ORGANISATIE EN WETENSCHAP

- > Revant, revalidatie-instelling in West-Brabant en Zeeland, heeft in juni 2011 het HKZ-certificaat behaald. Inmiddels hebben zeven revalidatiecentra een certificaat.
- > Geleen/Hoensbroek. Op 8 september 2011 werd Adelante audiologie & communicatie geopend in Geleen. Op 13 oktober 2011 opende het Adelante kenniscentrum in Hoensbroek.
- > Universiteit van Amsterdam. Op 22 september 2011 promoveerde neuroloog Barbara Kuijper op het proefschrift *Cervical Radiculopathy - Diagnostic aspects and non-surgical treatment*.
- > Erasmus Universiteit Rotterdam. Op 19 oktober 2011 promoveerde revalidatiearts Marc Wichers op het proefschrift *Epidemiology of Cerebral Palsy in the Netherlands*.
- > Rijksuniversiteit Groningen. Per 1 november 2011 is Michiel Reneman benoemd tot hoogleraar Revalidatiegeneeskunde, met als leeropdracht pijnrevalidatie en arbeidsparticipatie.
- > Erasmus Universiteit Rotterdam. Op 16 november 2011 promoveerde arts-onderzoeker Jan-Wiebe Korstanje op het proefschrift *Sound findings on hand dynamics. Validation and application of ultrasound speckle tracking of tendon and nerve dynamic*.
- > Universiteit Groningen. Op 16 november 2011 promoveerde revalidatiearts Rita Schiphorst Preuper op het proefschrift *Determinants of disability and functional capacity in patients with chronic low back pain*.
- > Universiteit Maastricht. Op 17 november 2011 promoveerde Ivan Huijnen (fysiotherapeut en bewegingswetenschapper) op het proefschrift *Physical functioning in low back pain. Exploring different activity-related behavioural styles*.
- > Erasmus Universiteit Rotterdam. Op 30 november 2011 promoveerde bewegingswetenschapper Channah Nieuwenhuijsen op het proefschrift *Adults with Cerebral Palsy. Studies on physical activity, fitness and experienced problems*.
- > Universiteit Utrecht. Op 6 december 2011 promoveert revalidatiearts Patricia Passier op het proefschrift *Quality of life after aneurysmal subarachnoid haemorrhage*.
- > Universiteit Utrecht. Op 13 december 2011 promoveert psycholoog Christel van Leeuwen op het proefschrift *Quality of life in the first years after spinal cord injury*. Belangstellenden kunnen het proefschrift aanvragen via c.v.leeuwen@dehoogstraat.nl.

C-mill: van innovatie naar revalidatie



Foto: Inge Hondebrink

Het vernieuwende aan de C-Mill is dat middels een beamer obstakels op het loopvlak geprojecteerd kunnen worden, zoals een plasje water dat ontweken moet worden. Zo'n obstakel kan precies worden geprojecteerd op de plek waar de revalidant zijn voet enkele passen verder zou neerzetten. Er is dus een stap-aanpassing vereist om het plasje water te ontwijken, en juist die stapaanpassing verloopt niet goed bij veel revalidanten. Dit vergroot de kans en angst om te vallen. Met de C-Mill kunnen mensen het aanpassingsvermogen systematisch trainen. Doordat de projectie op de persoon kan worden afgestemd, wordt het trainen een stuk functioneler: er wordt therapie aangeboden op de grenzen van iemands mogelijkheden. Bovendien is die therapie veel uitdagender dan gewone loopbandtraining, die snel saai wordt. Dat is een belangrijke meerwaarde van de C-Mill, want hoe leuker het trainen wordt, hoe gemotiveerder iemand is om het vol te houden. De loopband brengt bovendien elke stap van de revalidant automatisch in kaart. De therapeut kan zo eenvoudig en objectief bijhouden hoe iemand vordert. Dit verbetert de transparantie in de looprevalidatie.

Versnellen en vertragen

Hoewel de C-Mill veelbelovend is, ontbrak het aan praktisch toepasbare protocollen voor duidelijk afgebakende doelgroepen. Het project Cimple (C-Mill-implementatie) had tot doel om de eerste protocollen te realiseren. Binnen Cimple werd bij de revalidatiecentra Reade en Helimare de toepasbaarheid van C-Mill-therapie bestudeerd bij amputatie- en CVA-patiënten. Cimple resulteerde in concrete aanbevelingen voor het gebruik van de C-Mill als onderdeel van de dagelijkse behandelpraktijk. Dankzij Cimple kon de C-Mill bovendien worden doorontwikkeld tot een commercieel verkrijgbaar product, dat voldoet aan de eisen die de praktijk daaraan stelt. Zo zijn nieuwe vormen van looptraining toegevoegd, zoals oefeningen voor het versnellen en vertragen.

In juni 2009 berichtten we in RM over de ontwikkeling van de C-Mill, een innovatieve loopband. Inmiddels wordt de C-Mill steeds vaker ingezet in de revalidatiepraktijk, met goede resultaten.

Effectiviteit

Na de succesvolle eerste implementatie werd het tijd om de effectiviteit van de C-Mill in kaart te brengen. Eind 2010 is daartoe een promotieonderzoek gestart. In het eerste studieonderdeel, met de roepnaam Step by Step, werd bij CVA-patiënten in de chronische fase het effect onderzocht van C-Mill-therapie. Revalidanten van het UMC St Radboud en Reade kregen in een periode van vijf weken tien uur C-Mill-therapie aangeboden. Na die periode gaven revalidanten aan met meer vertrouwen de straat op te gaan. Op verschillende klinische looptesten scoorden mensen beter en ook hun stapaanpassing ging aantoonbaar vooruit. In de komende drie jaar wordt de toepassing van C-Mill-therapie in de praktijk verder verankerd, onder meer door onderzoek naar het effect van deze therapievorm op valangst en valrisico bij ouderen die herstellen na een heupfractuur. Zo zal de C-Mill stap voor stap zijn plaats gaan innemen in de revalidatiepraktijk.

Dr. Melvyn Roerdink en MSc. Mariëlle van Ooijen-Kerste, onderzoekers Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam

Voor het eerdere artikel in RM: www.revalidatienederland.nl/publicaties/rm. Voor contact met de auteurs: m.roerdink@vu.nl en m.w.kerste@vu.nl. Cimple is gefinancierd door het Innovatieprogramma Revalidatie, op initiatief van ZonMw en Revalidatie Nederland. Step by Step is gesubsidieerd door de Hersenstichting. Melvyn Roerdink heeft daarnaast een Veni-subsidie van NWO. De C-Mill is beschermd met een internationaal octrooi en wordt door het bedrijf ForceLink op de markt gebracht: www.forcelink.nl.

Nieuwkomers in de revalidatie

De term revalidatie wordt van oudsher door veel zorgaanbieders gebruikt. De verschillende vormen van revalidatie - van het centrum voor medisch-specialistische revalidatie tot de fysiotherapiepraktijk om de hoek - hebben altijd goed naast elkaar kunnen bestaan. Met het invoeren van marktwerking vervagen de grenzen en komen er nieuwe spelers op het speelveld van de medisch-specialistische revalidatie. • Door Adri Bolt

Op dit moment zijn 22 revalidatiecentra en zeven ziekenhuizen lid van brancheorganisatie Revalidatie Nederland. Om lid te worden moet een organisatie voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen en, naast andere disciplines, revalidatieartsen in dienst hebben. Voor het eerst is er nu sprake van nieuwe organisaties die dit medisch specialisme in huis hebben. Bijvoorbeeld Winnock en Ciran, die zich richten op arbeidsgerelateerde revalidatie. Een tot nu toe niet revalidatiegeneeskundige variant is de geriatrische revalidatie, die doorgaans wordt geboden door verpleeghuizen, met de specialist ouderengeneeskunde als medisch verantwoordelijke. In 2013 gaat de geriatrische revalidatie over van de AWBZ naar de zorgverzekering. Omdat revalidatiecentra en verpleeghuizen dan worden betaald uit één geldstroom, wordt het eenvoudiger voor verpleeghuizen om zich ook op de specialisatie revalidatie te richten en revalidatie-DBC's te declareren. Zij kunnen daarmee een concurrent worden van de medisch-specialistische revalidatiecentra. Enkele verpleeghuizen treffen hiervoor al voorbereidingen. Om tot een goede afstemming te komen, ontstaan momenteel allerlei samenwerkingsverbanden tussen revalidatie-instellingen en verpleeghuizen.

Behalve revalidatieartsen kunnen ook andere medisch specialisten bepaalde revalidatiebehandelingen voorschrijven. In Rotterdam bestaat al sinds vijftien jaar het Spine & Joint Centre, dat in samenwerking met een in pijn gespecialiseerde anesthesioloog pijnrevalidatie aanbiedt. Deze zorg valt ook onder de medisch-specialistische revalidatiezorg. Het is te verwachten dat meer zorgaanbieders medisch specialisten, zoals cardiologen en longartsen, zullen inzetten om revalidatie-DBC's te declareren.

Van oudsher zijn er daarnaast aanbieders van revalidatie die niet medisch-specialistisch is. Meestal gaat het dan om poliklinische, niet-complexe revalidatiezorg. Aanbieders presenteren zich bijvoorbeeld als revalidatiehotel voor mensen die na een ziekenhuisopname nog niet naar huis kunnen, of revalidatiecentrum voor hoogwaardige fysiotherapie na bijvoorbeeld een sport- of handblessure. Vaak werken gespecialiseerde fysiotherapeuten hierbij samen met andere disciplines of met ziekenhuizen. Het zijn allemaal voorbeelden van revalidatie zonder medisch-specialistische regie, waarbij een goede afbakening – welke zorg is passend voor welke hulpvraag – van groot belang is.

De gevestigde

'Veel instellingen zijn de term "revalidatie" gaan gebruiken en gebruik gaan maken van de mogelijkheden om revalidatiezorg te declareren. En er zijn er in potentie nog veel meer', stelt Rob Beuse, bestuurslid van Revalidatie Nederland en directeur van revalidatiecentrum De Hoogstraat in Utrecht. Beuse noemt het 'een goede ontwikkeling voor de patiënt' dat het revalidatieaanbod gevarieerder wordt. 'Het is een goede zaak als we samen die zorg verder ontwikkelen. Je moet als revalidatie-instelling bij het samenwerken natuurlijk wel kwaliteitseisen stellen. Samenwerkingspartners moeten minimaal voldoen aan de richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen, geprotocolleerd werken en de resultaten meten. Maar de meeste nieuwkomers die ik ken, werken daar serieus aan.' Een aantal van die nieuwkomers wil overigens graag lid worden van Revalidatie Nederland. Beuse juicht dat toe. 'De brancheorganisatie kan dan kwaliteitseisen stellen, zoals HKZ, NIAZ of een vergelijkbaar kwaliteitssysteem.'

De directeur verwacht dat er zeker revalidatieaanbieders blijven bijkomen: 'Dankzij ICT kan veel zorg naar de thuissituatie verplaatst worden. Dat geeft ruimte voor innoverende nieuwkomers.' Daarbij ziet Beuse ook in de toekomst zeker nog een eigen plek voor de traditionele superspecialistische revalidatie-instellingen. 'Deze instellingen bieden veel complexe en ook klinische revalidatie aan, voor groepen als CVA- en dwarslaesiepatiënten. Daar zie ik zo snel geen concurrentie. En ik verwacht dat de meeste grote nieuwe revalidatieorganisaties in de toekomst lid zullen worden van Revalidatie Nederland. Al krijg je mogelijk ook een aantal free riders. Dat geeft niet, zolang het niet leidt tot een kwaliteitsverlaging. Revalidatie Nederland moet de nieuwkomers welkom heten en daarbij blijven waken voor de kwaliteit.'



Illustratie: Roel Seidell

De nieuwkomer

'De hele context van het bestaan is bepalend voor de ervaren beperkingen. Dus ook zingeving is belangrijk binnen de revalidatie van Ciran. Met onze grote aandacht daarvoor voegen we wat toe aan het aanbod.' Revalidatiearts Wim Wertheim, die eerder werkte bij het Militair Revalidatie Centrum Aardenburg in Doorn, werkt nu fulltime voor Ciran. Die nieuwkomer in de revalidatiewereld biedt poliklinische revalidatie op meerdere plekken in het land, en stelt dat het gaat om volwaardige, multidisciplinaire revalidatie. 'Denk dan bijvoorbeeld aan pijnrevalidatie, fibromyalgie of mensen met forse rugproblematiek.' De instelling onderscheidt zich volgens Wertheim, naast de focus op zingeving, ook van de reguliere revalidatie 'omdat hij sterk outcome-gestuurd is.' 'We meten heel veel. Bijvoorbeeld het welbevinden aan het begin en eind van de behandeling en de ervaren beperkingen. Meten is belangrijk voor de patiënt, voor jezelf als instelling en voor de verzekeraars.' Als derde onderscheidend punt noemt Wertheim 'de snelle toegang tot de zorg van Ciran.' 'De programma's duren bijna allemaal drieënhalve maand. Dat maakt de planning en logistiek overzichtelijk.' Over de kwaliteit van de zorg bij Ciran zegt Wertheim: 'Om de kwaliteit te kunnen vergelijken met die van reguliere instellingen, moet je dezelfde meetinstrumenten gebruiken. Die uitdaging zou ik graag aangaan.' Het is goed als nieuwkomers lid worden van Revalidatie Nederland, vindt de revalidatiearts. 'Ciran wil dat in elk geval graag. Misschien moet de brancheorganisatie volgens een ander model georganiseerd worden. Meer kijken naar de inhoud en minder naar de vorm. Zodat bijvoorbeeld ook verpleeghuizen lid kunnen worden als ze aantoonbaar goede revalidatiezorg bieden.'

De zorgverzekeraar

'We krijgen de afgelopen jaren van steeds meer instellingen aanvragen voor vergoeding van medisch-specialistische revalidatiezorg', vertelt Richard van Calcar. Als relatie manager bij de divisie Zorg en Gezondheid van Achmea onderhoudt hij contacten met zorgaanbieders en maakt hij budgetafspraken met revalidatie-instellingen. Daarbij noemt hij het 'vreselijk lastig' om revalidatie-instellingen te beoordelen op de kwaliteit van hun werk. 'Daar zijn nog geen heldere indicatoren voor. Die zouden we heel graag willen hebben. Het zou goed zijn als de vereniging van revalidatieartsen VRA zich daarover zou uitspreken. De ziekenhuiszorg bewijst dat je prima dergelijke indicatoren kunt opstellen. Overigens denken we als verzekeraars zelf ook na over indicatoren.' Maar voor dit moment kan Van Calcar nog niets zeggen over het kwaliteitsverschil tussen de zorg van de nieuwkomers en die van de gevestigde instellingen. 'In de praktijk kijken we vooral of instellingen de richtlijnen van de VRA volgen.' Ook van Revalidatie Nederland verwacht Van Calcar het een en ander. 'Het is belangrijk dat de aanbieders samen nadenken over een goede organisatie van de revalidatie en over een goede afbakening van het werkkterrein. Wat is wel en niet specialistische revalidatiezorg?' Met name binnen de arbeidsrevalidatie ziet hij in de toekomst mogelijk twee soorten instellingen ontstaan: instellingen die medisch geïndiceerde revalidatie verzorgen en instellingen die het accent leggen op toeleiding naar de arbeidsmarkt. 'De afbakening tussen die twee is erg lastig, maar hopelijk lukt dat in de toekomst beter.' Overigens zou hij graag zien dat 'alle soorten revalidatie-instellingen in één overkoepelende organisatie samenwerken en hun zorg daar op elkaar afstemmen.'

Leren leidinggeven

Vijf revalidatiecentra organiseren gezamenlijk een trainingsprogramma voor beginnende leidinggevendenden. Het blijkt een efficiënt en effectief middel om hen voor te bereiden op hun nieuwe taak.



Deelnemers aan de training van 2011, met rechtsvoor trainer Gerard Groenendijk, clustermanager bij Sophia Revalidatie.

Ieder revalidatiecentrum heet jaarlijks wel nieuwe leidinggevendenden welkom: behandelaars die doorgroeien naar een managementfunctie of mensen van buiten de revalidatiewereld. Allemaal met een andere achtergrond, maar allemaal bereid om zich volledig in te zetten voor hun nieuwe baan. Om mensen hierbij te faciliteren, hebben vijf revalidatiecentra - De Hoogstraat, Reade, Rijndam revalidatiecentrum, het Rijnlands Revalidatiecentrum en Sophia Revalidatie - het trainingsprogramma opgezet. In negen trainingdagen krijgen deelnemers gereedschappen in handen om een goede manager te worden.

Gezamenlijk

In 2003 begon Sophia Revalidatie met een eigen management-development-programma voor alle leidinggevendenden. Na verloop van tijd werd echter het verschil tussen startende en zittende managers te groot. Er was dus behoefte aan een apart programma voor de starters. Omdat de aanwas van nieuwe leidinggevendenden te klein was voor een eigen programma, werd samenwerking gezocht. De vijf revalidatiecentra besloten gezamenlijk een training aan te bieden, georganiseerd door de opleidingscoördinatoren van de centra. Rode draad in het trainingsprogramma is 'zelfreflectie', het kijken naar en nadenken over het eigen handelen. Want juist zelfreflectie helpt beginnende managers om te groeien in hun taak en goed om te gaan met lastige situaties. In de training wordt nadrukkelijk een verbinding gelegd tussen theorie en de eigen werkpraktijk, zodat deelnemers leren hun nieuw verworven kennis ook echt toe te passen. Het streven is om eenmaal per jaar een training te organiseren; in het najaar van 2012 start het trainingsprogramma voor de vierde keer.

Voordat de deelnemers starten, formuleren zij aan de hand van een vragenlijst persoonlijke leerdoelen. De training wordt begeleid door hoofddocenten Mieke Meulmeester en Arnold Jongenburger. Mieke verzorgt de trainingsonderdelen die gaan over communicatie, persoonlijke effectiviteit, tijdmanagement en het hantieren van stress. Arnold verzorgt de onderdelen die gaan over managementstijlen, organisatiestijlen en veranderingmanagement. Gastdocenten geven uitleg over organisatiekunde en financiën binnen de revalidatiesector. De opleidingscoördinatoren treden bij toerbeurt op als gastvrouw of co-trainer. Tijdens de training krijgen de deelnemers huiswerkopdrachten en een eindopdracht. Zo moesten ze in een eerdere training een actieplan maken voor hun eigen team, bijvoorbeeld voor het verbeteren van de planning of van de onderlinge samenwerking. Tijdens de laatste bijeenkomst presenteren de deelnemers hun eindopdracht en ontvangen ze een certificaat.

Uitwisseling

De deelnemende revalidatiecentra zijn enthousiast over de managementtraining. In de steeds complexere omgeving waarin de centra opereren, wordt goed management immers steeds belangrijker. Ook de deelnemers aan de training zijn enthousiast. Twee reacties:

- Mieke Rehbach van De Hoogstraat: 'Voor mij, als manager die niet uit de zorg komt, is de uitwisseling met soortgenoten heel plezierig. Ik verbaas me nog steeds af en toe over hoe de dingen gaan, en vind het dan prettig om te merken dat dit bij anderen ook zo is en te vragen hoe zij een en ander oplossen. Een feest der herkenning! Verder is het heel fijn om af en toe een dag voor bezinning te mogen nemen. De huiswerkopdrachten dwingen me daar ook toe: om even stil te staan bij een onderwerp en dat toe te passen op mijn team. Tot slot: leuk om andere centra te zien, ook heel leerzaam.'
- Michiel Speet-Driehuis, Rijnlands Revalidatiecentrum: 'De training biedt reflectie op de waan van de dag. Je leert over je eigen vakmanschap door middel van theorie en praktijk, van bekwame docenten uit het werkveld en van elkaar als collega's.'

Mascha de Haan,
opleidingscoördinator Sophia Revalidatie

Voor meer informatie: m.dehaan@sophiarevalidatie.nl.

1993

18-6-1973 > GEBOREN

AUGUSTUS 1993 TOT SEPTEMBER 1993 > ZIEKENHUIS

SEPTEMBER 1993 TOT APRIL 1994 > KLINISCHE REVALIDATIE

'Ik leef weer in plaats van dat ik overleef'

Roger Daal was twintig toen hij tijdens een vakantie op een zandbank dook. Ongeloof en daarna veel woede overheerste toen hij hoorde dat hij verder moest leven met een hoge dwarslaesie. Nu, achttien jaar later, zegt Roger, werkzaam als ervaringsdeskundige en coach: 'Zelfs de grootste tegenslag kun je in je voordeel gebruiken.' • Door Anne Merkies

'Met mijn moeder en broertje ben ik twee jaar na het ongeluk vanaf mijn geboorte-eiland Curaçao naar Nederland vertrokken. Ik kon mijn eenmans-bergingsbedrijfje niet meer voortzetten en wilde een opleiding doen. De werkelijke reden was dat ik wegvluchtte, omdat ik me schaamde en weinig zelfvertrouwen had. In het revalidatiecentrum op Curaçao, waar ik het eerste half jaar na het ongeluk verbleef, ging het nog wel goed. Ik was daar onder lotgenoten en we hadden zelfs lol, maar eenmaal thuis overheerste de woede. De grote leegloop ontstond na een tijdje, niemand blijft immers graag komen bij een mopperende, boze man. Ik wilde weg, van alles en iedereen. Vergelijk het met ruzie met je burens: je kunt verhuizen of proberen het op te lossen. Ik verhuisde.

In Nederland ging ik er tegenaan. Een opleiding, veel sporten, daarna een baan als werktuigbouwkundig tekenaar, een huis en af en toe een vriendin. Ik was zo bezig mezelf te bewijzen, want ik dacht: als ik maar niet afhankelijk ben, dan hoor ik erbij. En als je ergens bij hoort, word je geaccepteerd. Het gevoel geaccepteerd te zijn is voor iedereen belangrijk, maar voor mensen met een beperking nog veel meer. Wanneer jouw lijf je in de steek laat, moet je je zelfvertrouwen uit iets anders halen. Voor mij was dat een zoektocht. Twee jaar geleden besloot ik te stoppen met mijn baan en iets te gaan doen wat ik echt graag wilde: een opleiding tot mental coach. Tijdens de opleiding besefte ik dat ik op veel gebieden aan het overleven was. Wat voor anderen vanzelfsprekend is, was het voor mij niet.

Bijvoorbeeld als ik boodschappen moest doen, bedacht ik van te voren: wat als het druk is en ik mensen om hulp moet vragen? Voorafgaand aan een feestje zag ik er tegenop dat ik zou zitten terwijl de anderen zouden staan. Zo had ik altijd honderd redenen om iets niet te doen.

Door de opleiding kreeg ik zelfinzicht en leerde ik anders te denken. Daardoor ben ik veranderd. Ik leef weer in plaats van dat ik overleef, en zie mijn leven als een tweede kans. Het had namelijk net zo goed afgelopen kunnen zijn als een vriend me indertijd niet op tijd uit het water had gevist. Sinds twee jaar werk ik als ervaringsdeskundige met onder andere dwarslaesiepatiënten in een revalidatiecentrum. Het is mooi werk, mensen leren van mij en van elkaar, en ik leer van hen. Als revalidanten mij zien, denken ze: als hij het kan, kan ik het ook. Ik wou dat ik zelf in de begintijd van mijn dwarslaesie begeleiding van een ervaringsdeskundige had gehad. Waarschijnlijk had ik dan heel wat meer vertrouwen in mijn toekomst gehad. Naast het werk als ervaringsdeskundige heb ik samen met mijn opleidingsinstituut een training ontwikkeld voor revalidanten en heb ik een eigen coachingpraktijk. Het werk dat ik nu doe, past bij mij. In de bouw was mijn handicap een beperking, in dit werk is mijn handicap mijn belangrijkste instrument!

Informatie: roger.daal@rdcoaching.com.



Thuis revalideren met laptop

In 2009 kreeg Edwin Pons (43) uit Enschede ineens te maken met een forse verheviging van zijn astma. De longarts stuurde hem door naar Het Roessingh, dat net een onderzoek was gestart naar de meerwaarde van het CLEAR-longrevalidatieprogramma. Daarbij wordt de zorg deels op afstand geleverd. 'Aan die pilot deden zowel astma- als COPD-patiënten mee. Regelmatig moest ik naar Het Roessingh voor een uitgebreid oefenprogramma en voor geestelijke ondersteuning. Daarnaast kreeg ik een laptop mee om thuis te trainen. Via een internetverbinding kon ik de filmpjes ophalen die speciaal voor mij waren uitgezocht. Daarin werden allerlei oefeningen heel eenvoudig uitgelegd en in beeld gebracht, zodat ik ze makkelijk kon uitvoeren. De resultaten daarvan nam ik op met de webcam en stuurde ik door naar Het Roessingh. Ook had ik eenmaal per week een rechtstreekse verbinding met een therapeut met wie ik dan mijn vorderingen besprak. Zo nodig paste hij het oefenprogramma aan. Ik vond dit een erg prettige manier van revalideren. Het mooie is dat je minder vaak naar het centrum hoeft te reizen en toch persoonlijk contact onderhoudt. Deze aanpak stimuleerde mij om de oefeningen vaker te doen, wat uiteraard beter is voor het herstel. Het gaat nu een stuk beter met me, hoewel ik mijn werk als chefkok helaas niet meer kan uitoefenen.'

eHealth begint langzaam aan voet aan de grond te krijgen. Ook de revalidatiesector experimenteert met nieuwe mogelijkheden op dat gebied. Vaak blijft het nog wel bij gesubsidieerde projecten; van echte inbedding in de revalidatie is nauwelijks sprake. Grootste bottleneck is de onzekerheid over financiële vergoedingen voor eHealth. Aan dat probleem wordt nu gewerkt. • Door John Ekkelboom

Implementatie eHealth komt op gang

Pim Ketelaar, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor eHealth (NVEH) en eigenaar van het adviesbureau Telecom4Care, is ervan overtuigd dat de introductie van eHealth bittere noodzaak is om ook in de toekomst goede zorg te kunnen blijven leveren. De westerse wereld kampt namelijk met een dubbele vergrijzing: het aantal ouderen neemt fors toe en hun levensverwachting stijgt, vooral dankzij betere geneeskunde. Over zo'n vijftien jaar telt Nederland volgens het CBS 3,6 miljoen inwoners die ouder zijn dan 65 jaar. Omdat ouderen vaker een beroep doen op de zorg, zou tegen die tijd een op de vijf Nederlanders in de zorg moeten werken. Ketelaar: 'Dat is uiteraard onhaalbaar. Computertechnologie kan helpen om patiënten betrouwbare informatie te verschaffen en meer eigen regie te geven over hun ziekte en behandeling. Zo bespaar je op kosten en arbeid. eHealth is geen Haarlemmerolie, maar kan in dat proces wel veel soelaas bieden.'

Containerbegrip

eHealth is nogal een containerbegrip. Om verwarring te voorkomen, hanteert de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg de volgende definitie: 'eHealth is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren'. Ketelaar licht toe dat het vooral gaat om het virtueel samenwerken tussen professionals onderling en tussen professionals, patiënten en mantelzorgers. Hij noemt enkele voorbeelden die al met succes worden toegepast. Een daarvan is de teleconsultatie. Zo maakt de helft van de huisartsen al gebruik van teledermatologie, waarbij zij foto's van huidafwijkingen maken en die ter beoordeling doorsturen naar de dermatoloog. Dit bespaart onnodig doorverwijzen. Een ander voorbeeld zijn de zelfhulpprogramma's voor psychische aandoeningen en de online ggz-therapieën. Deze schieten als paddenstoelen uit de grond en vinden gretig aftrek. Ten slotte noemt de NVEH-voorzitter de digitale poli's, die al in verschillende ziekenhuizen operationeel zijn. Patiënten kunnen via internet onder meer afspraken maken en hun eigen dossier inzien.

TeleFysiek en games

De revalidatiesector ziet ook steeds meer het belang van eHealth in. Een snel groeiend aantal revalidatiecentra zet bijvoorbeeld Wii-games in als voordelig en effectief trainingsmiddel. Een ander voorbeeld van eHealth is TeleFysiek, een

vorm van teleconsultatie. Fysiotherapeuten uit de eerste lijn maken daarbij video-opnamen van een patiënt met houdings- of bewegingsproblemen en leggen deze beelden via internet voor aan een deskundige in een revalidatiecentrum. ViaReva in Apeldoorn startte onlangs een speciale site voor jeugdige revalidanten in de leeftijd van vier tot twaalf jaar. Op de site vinden ze niet alleen informatie over ViaReva en de behandelingen, maar ook filmpjes en games die ze thuis kunnen doen en die behandelaars kunnen inzetten bij de therapie. Nog een voorbeeld: Heliomare in Wijk aan Zee begint in januari een pilot voor een websprekuur voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel, zodat ze minder vaak voor controles naar de poli hoeven te reizen. Blijkt het project succesvol, dan wordt deze digitale service uitgebreid naar de overige diagnosegroepen.

Afasie en dysartrie

Twee revalidatiecentra die tot de eHealth-pioniers behoren zijn de St Maartenskliniek in Nijmegen en Het Roessingh in Enschede, dat ook TeleFysiek ontwikkelde. De St Maartenskliniek is gestart met een digiportal voor dwarslaesiepatiënten. Pétri Holtus, manager revalidatie, vertelt dat patiënten daar hun vragen kunnen voorleggen aan de dokter en via een link met Mijnzorgnet van het UMC St Radboud onderling ervaringen kunnen uitwisselen en kunnen chatten met behandelaars. 'Zo hopen we het polibezoek terug te dringen en efficiënter in te spelen op de behoefte van de patiënt.' Een andere groep chronische patiënten voor wie het Nijmeegse revalidatiecentrum eHealth-applicaties voor diagnostiek, training en consultatie wil inzetten, zijn mensen met taal- en spraakproblemen. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de afdeling revalidatie van het UMC St Radboud en de faculteit Letteren van de Radboud Universiteit in Nijmegen. Spraak- en taalpatholoog Lilian Beijer legt uit dat de doelgroep bestaat uit neurologische patiënten met afasie - een taalstoornis - of met dysartrie - een spraakstoornis.

Spraak- en taaltechnologie

Een ambitieus project dat in de steigers staat, en wordt gefinancierd door Revalidatie Nederland, is volgens Beijer ComPoli, een digipoli voor genoemde patiënten met communicatieve beperkingen. Verder hebben de Nijmeegse onderzoekers een centrale server ontwikkeld met geluidsbestanden van gezonde en neurologische spraak. Hiermee kan een therapeut spraaktherapie op maat samen-



‘De introductie van eHealth is bittere noodzaak om ook in de toekomst goede zorg te kunnen blijven leveren’

stellen. De patiënt kan inloggen en thuis de voorgeschreven bestanden beluisteren en daarna zelf inspreken. Deze spraak wordt opgenomen en doorgestuurd naar de server. Visuele feedback op het beeldscherm corrigeert de spreker en geeft aanwijzingen voor verbetering. Zo is het mogelijk onafhankelijk, op ieder moment en op elke gewenste locatie te oefenen, terwijl de therapeut wel de progressie kan volgen om het individuele oefenprogramma daarop aan te passen. Beijer onderzoekt de effecten van deze training-op-afstand bij CVA- en Parkinsonpatiënten met dysartrie. Daarop hoopt ze volgend jaar te promoveren. Daarnaast willen de onderzoekers van de St Maartenskliniek samen met de partners van het ziekenhuis en de universiteit de ingesproken teksten van de patiënten gebruiken voor de ontwikkeling van een spraakherkenningssysteem specifiek voor pathologische spraak.

Beijer: ‘Dat systeem zou je bijvoorbeeld kunnen gebruiken voor het aansturen van een rolstoel of kunnen integreren in domotica. Tevens zijn we van plan om de patiënten in virtuele omgevingen te laten trainen, waarbij ze bijvoorbeeld boodschappen moeten doen of een maaltijd in een restaurant moeten bestellen, waarop een virtuele winkelier of ober telkens reageert. Spraakherkenning is dan een must.’

CLEAR

Ook Het Roessingh probeert op verschillende manieren met behulp van eHealth revalidatie naar de patiënt toe te brengen. Revalidatiearts Daan Wever is trots op het programma CLEAR, waaraan naast Het Roessingh ook enkele andere centra in Europa meedoen. Met Europese subsidie ontwikkelen deze centra voor verschillende diagnosegroepen programma's voor revalidatie op afstand. Het centrum in Enschede richt zich daarbij op long-, rug- en whiplashrevalidatie. Er loopt nu een proef waarbij patiënten een laptop mee naar huis krijgen met een draadloze internetverbinding. In overleg met de therapeut kunnen ze online een trainingsprogramma volgen aan de hand van films die uitgebreid uitleg geven. Ook is er wekelijks een skype-sessie met de fysiotherapeut om de vorderingen te bespreken. De ziektekostenverzekering is betrokken bij het project. Wever, die het Roessingh-deel van CLEAR coördineert, hoopt dat deze telerevalidatie kwalitatief minstens even goed blijkt te zijn als de gangbare revalidatie en dat de kosten lager uitvallen. Volgend jaar weet hij hier meer over.

MyoTel

Een ander programma dat Het Roessingh heeft ontwikkeld is MyoTel. Dit is

gericht op patiënten met nek- en schouderklachten. ‘Je moet dan vooral denken aan mensen die uren achtereen achter de computer zitten. Zij ontspannen zich te weinig en krijgen daardoor die klachten,’ licht Wever toe. MyoTel bestaat uit een bandage met elektrodes die de spierspanning in nek en schouders meten. De meetgegevens gaan draadloos naar het laboratorium van Het Roessingh. Als blijkt dat de spieren oververmoeid zijn, krijgt de patiënt een piep te horen met als opdracht te ontspannen. Inmiddels gebeurt dit volledig automatisch. Wever: ‘Het werkt voortreffelijk. We hopen dat er internationaal meer belangstelling voor komt, zodat we dit systeem in de praktijk kunnen brengen. Zonder grotere afzetmarkt is het namelijk veel te duur.’

Mentaliteitsverandering

Geld is vrijwel altijd het grootste probleem bij de implementatie van eHealth. Er lopen overall projecten die met subsidies kunnen draaien, maar als die geldbronnen zijn opgedroogd beginnen de initiatieven te wankelen. Telefysiek is daar een goed voorbeeld van. De eerste lijn is nauwelijks bereid te investeren, waardoor het programma nog maar sporadisch wordt toegepast. Ook zijn zorgverzekeraars lang niet altijd bereid eHealth te vergoeden. Pétri Holtus van de St Maartenskliniek: ‘De overheid moet meer afdwingen. De regelgeving loopt erg achter. En natuurlijk moet er ook een mentaliteitsverandering komen bij zorgverleners en zorgnemers om met dit soort nieuwe ontwikkelingen te kunnen omgaan.’

Veldcoalitie

Pim Ketelaar is die mening eveneens toegedaan. Hij is optimistisch gestemd omdat minister Edith Schippers van VWS eHealth een warm hart toedraagt en dit onderwerp in het regeerakkoord heeft opgenomen. Ook Neelie Kroes, Europees Commissaris voor de Digitale Agenda, pleit voor een snellere introductie van eHealth. Ketelaar benadrukt dat eHealth alleen een kans van slagen heeft als er een structurele financiering voor komt, zodat toepassingen definitief geïmplementeerd kunnen worden. ‘De KNMG, de NPCF, eHealthNu, Zorgverzekeraars Nederland en de NVEH werken nu als één veldcoalitie aan een nationale implementatie van eHealth. Voor volgend jaar worden er tarieven vastgesteld voor eHealth-toepassingen bij diabetes en hartfalen. Daarna komen andere eHealth-toepassingen aan bod. eHealth wordt straks een vast en gewoon onderdeel van de gezondheidszorg.’

Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

Revalidatie uitsluitend voor hartpatiënten

Door John Ekkelboom



Foto's: John Ekkelboom

Poliklinische revalidanten (kinderen en volwassenen) per jaar: 1.521

Poliklinische behandeluren (RBU's): 22.810

Medewerkers: 47

Artsen (niet in loondienst):
6 medisch specialisten, van wie 1 revalidatiearts

Locaties: Rotterdam en Den Haag

Dit was het laatste verhaal in de serie Het Centrum.

Capri Hartrevalidatie zetelt in een herenhuis aan de Parklaan in Rotterdam. Het interieur is klassiek en smaakvol, er heerst een bijna huiselijke sfeer. ‘Dat is ook wat we nastreven’, zegt directeur Niek Baart. Hij legt uit dat hartrevalidatie geen klinische aangelegenheid moet zijn. ‘Onze filosofie is dat de mensen hier moeten loskomen van het ziekenhuis en van het patiëntgevoel. Wij proberen de zorg ook zo dicht mogelijk naar hen toe te brengen. Onze trainingen geven we in sportzalen op vijf verschillende locaties verspreid over Rotterdam. Dit doen we vooral in groepsverband vanwege het lotgenotencontact.’ Sinds augustus vorig jaar heeft Capri Hartrevalidatie haar vleugels uitgeslagen naar Den Haag, waar zij het regionale centrum voor hartrevalidatie van het Bronovo-ziekenhuis heeft overgenomen. Baart: ‘Ook in die stad gaan we vanaf drie locaties zorg aanbieden.’

In de jaren zeventig van de vorige eeuw stond de hartrevalidatie in ons land nog in de kinderschoenen. Psychiater Marten Kazemir reisde destijds af naar het Cardiac And Pulmonary Rehabilitation Institute (CAPRI) in het Amerikaanse Seattle, waar hartpatiënten niet alleen fysieke trainingen kregen maar ook **psychosociaal** werden begeleid. Zo leerden ze omgaan met angst en spanningen en werd er gewerkt aan hun zelfvertrouwen. Dit model introduceerde Kazemir binnen het Dijkzigt ziekenhuis, het huidige Erasmus MC, en daarmee was Capri Hartrevalidatie geboren. Twaalf jaar later ging de organisatie zelfstandig verder vanaf de Parklaan. Zes van de acht Rotterdamse ziekenhuizen, waaronder het Erasmus MC, hebben hun hartrevalidatie uitbesteed aan Capri. Volgens Baart heeft Capri Hartrevalidatie een pioniersrol vervuld in Nederland. De psychosociale benadering die deze organisatie in Nederland introduceerde, werd

in 1995 officieel opgenomen in de richtlijnen voor de hartrevalidatie. ‘Veel instituten zijn bij ons komen kijken en hebben delen van ons programma overgenomen. Het is belangrijk dat ook zij goede zorg bieden.’ De directeur benadrukt dat Capri Hartrevalidatie zich nog steeds onderscheidt door zich uitsluitend bezig te houden met hartrevalidatie. ‘Op ons gebied zijn we de **grootste in Nederland**. Ik geloof in specialisatie. Elders is er meer versnippering, maar dat is niet goed voor de patiënt. Bij ons is al het geld voor de hartrevalidatie, er is geen concurrentie om de schaarse middelen. Ook kunnen wij onze zorg optimaliseren, wat je eveneens ziet bij bijvoorbeeld gespecialiseerde centra voor oog- en heupoperaties. Je krijgt hoge kwaliteit tegen lagere kosten. Omdat wij uniek zijn, moeten we wel veel uitleggen en bevesten. En als kleine organisatie mis je de voordelen van de schaalgrootte.’

Is Capri Hartrevalidatie in ons land de grootste dienstverlener op het gebied van hartrevalidatie, tussen de Nederlandse revalidatiecentra is zij een kleine en vreemde eend in de bijt. Zij is het enige lid van Revalidatie Nederland dat zich heeft gespecialiseerd in één discipline. Baart weet dat buitenstaanders zich wel eens afvragen of de zorg van Capri Hartrevalidatie tot de revalidatiegeneeskunde gerekend mag worden. ‘Je kunt pas van medisch-specialistische revalidatie spreken als er een revalidatiearts bij is betrokken. En dat is bij ons ook het geval. Die is altijd aanwezig tijdens het **multidisciplinair overleg**, waaraan ook een maatschappelijk werker, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, een bewegingsagoog, diverse artsen, een psycholoog en een psychiater meedoen. De revalidatiearts kijkt naar patiënten die naast hartproblemen ook beperkingen hebben in het houdings- en bewegingsapparaat, bijvoorbeeld als gevolg van reuma of een eerder doorgemaakt CVA. Bij ons is de revalidatiearts echter niet de hoofdbehandelaar; die rol is toebedeeld aan de cardioloog.’



Foto: Martin van den Bogaert, VOS/ABB

Les in acceptatie

Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie, en de Mytyschool Amsterdam ontwikkelden een uniek lesprogramma voor kinderen met een lichamelijke handicap: de Leerlijn Handicapbeleving. Bedoeling is om de kinderen te helpen bij het leren accepteren van hun handicap. En dat lukt.

• Door Annelies van Lonkhuyzen

Zoals op veel plaatsen wordt op de Mytyschool Amsterdam de revalidatiebehandeling verzorgd door medewerkers van het revalidatiecentrum. Leo Bostelaar geeft als clusterhoofd Scholen bij Reade mede leiding aan het revalidatieteam. We stelden hem enkele vragen.

Waarom hebben jullie deze leerlijn ontwikkeld?

'Jonge kinderen hebben nog niet in de gaten dat ze een handicap hebben, ze nemen hun situatie zoals die is. Maar naarmate kinderen ouder worden, worden ze zich meer bewust van hun beperkingen. Ze merken dat ze anders zijn. Dan moet een proces van acceptatie plaatsvinden, waarbij een kind zichzelf gaat zien en waarderen als persoon met handicap. Dit proces hapert nogal

eens, en dan zie je dat kinderen een negatief zelfbeeld hebben. En wanneer je als mens jezelf niet tot veel in staat acht, kom je ook niet tot veel. Of soms overschat een kind de eigen mogelijkheden juist, door gebrek aan inzicht in de handicap. Als in het verleden een leerling een duidelijk probleem had met de acceptatie, konden we hem verwijzen naar een psycholoog uit het revalidatieteam. Maar dan ben je eigenlijk al te laat en daarmee bereik je ook niet alle kinderen. Daarom wilden we graag een gestructureerde methode om kinderen in hun acceptatieproces te ondersteunen en stimuleren.'

Wat houdt de leerlijn in?

'De leerlijn is opgebouwd rond drie thema's die centraal staan in het accepta-

'Als je jezelf niet tot veel in staat acht, kom je ook niet tot veel'

tieproces: kennis, besef en beleving. Een kind moet kennis hebben over het eigen lichaam: wat is ermee aan de hand en wat zijn de gevolgen? Een tweede element is het besef van eigenwaarde: we willen graag dat een kind trots is op zichzelf, met zijn eigen unieke eigenschappen, voorkeuren en mogelijkheden. Het derde element is de beleving: kinderen leren hun emoties herkennen en uiten, en hierover in gesprek te gaan. Het belangrijkste hulpmiddel in de leerlijn is het ik-boek. Ieder kind krijgt vanaf de middenbouw een boek met daarin vragen en opdrachten. Door te tekenen, foto's in te plakken en te schrijven wordt het boek een persoonlijk document, dat het ook makkelijk maakt om ervaringen uit te wisselen. Voor de leerkrachten is er een handboek met informatie over lessen die ze kunnen geven en materiaal dat ze kunnen gebruiken. De lessen kunnen deel uitmaken van het vaste wekelijkse programma, maar ze kunnen ook worden gebundeld in jaarlijks twee of drie lesblokken. Voor iedere bouw is er een eigen lesaanbod, aangepast aan de leeftijd en het ontwikkelingsniveau.'

Hoe werkt het in de praktijk, heeft de leerlijn het gewenste effect?

'Zeker, je ziet kinderen mentaal groeien. Ze gaan nadenken en praten over wat ze bezighoudt, en ze worden aangemoedigd om zelf met oplossingen te komen. Dat maakt ze sterker. Het ik-boek heeft twee belangrijke boodschappen: "je handicap hoort bij je" en "je bent méér dan je handicap". Deze boodschappen komen echt over bij de leerlingen. Ze stralen meer zelfvertrouwen uit en zijn zich bewuster van wat ze wél kunnen, in plaats van wat ze niet kunnen. Na de invoering van de leerlijn waren er ineens veel leerlingen die hun spreekbeurt over hun handicap hielden, en in de spreekbeurten legden ze een duidelijke nadruk op de oplossingen die ze hadden gevonden voor hun beperkingen. Voor de leerkrachten is dat mooi om te zien; het is voor hen fijn om kinderen gericht te kunnen ondersteunen bij het ontwikkelen van meer zelfbewustzijn.'

'De leerlingen zijn zich bewuster van wat ze wél kunnen'

Wat gaat er nu verder gebeuren?

'We blijven op de mytyschool met de leerlijn werken. Daarnaast onderzoeken we met de ambulante begeleidingsdienst hoe de leerlijn kan worden ingezet voor kinderen met een handicap in het Amsterdamse reguliere onderwijs. Naar aanleiding van vragen van ouders is verder een zorgvernieuwingsproject opgezet, met als doel het ontwikkelen van een cursus waarin ouders leren hoe zij hun kind kunnen ondersteunen in zijn of haar acceptatieproces. De kennis die we hebben opgedaan, stellen we graag ter beschikking aan andere scholen. Afgelopen mei hadden we een symposium over de leerlijn, waar veel interesse voor was. Inmiddels zijn verschillende mytyscholen zich aan het oriënteren op invoering van de leerlijn. Wij verzorgen voor hen desgewenst workshops op locatie. We doen dit omdat we ervan overtuigd zijn dat deze leerlijn kinderen echt kan helpen bij het leren accepteren van hun handicap, en dat hij daardoor bijdraagt aan een completer en gelukkiger leven.'

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Leo Bostelaar, clusterhoofd Scholen bij de Dienst Revalidatie Kinderen en Jongeren van Reade: l.bostelaar@reade.nl of (020) 398 7758.

Het is onrustig op de afdeling in het revalidatiecentrum. Er zijn ESBL-bacteriën gesignaleerd. ESBL is een stofje dat sommige bacteriën maken, waardoor ze ongevoelig worden voor een aantal antibiotica. Je leest in de krant steeds vaker over deze slimme bacteriën. Ze zitten in kippenvlees en kiemgroentes, en in Duitsland zaten ze ook in komkommers. Bij mensen zitten ze meestal in de darmen. ESBL-bacteriën komen ook voor in ziekenhuizen en revalidatiecentra; in ons centrum nu bij negen revalidanten. Als ze bij je ontdekt worden, krijg je als revalidant volgens protocol een speciale behandeling. Het personeel draagt schorten en handschoenen als ze je lichaam aanraken. Je mag niet in het zwembad en alle spullen - oefenapparaten, douche-toiletstoelen, handbikes, enzovoort - waar je tijdens de revalidatie gebruik van maakt, moeten daarna worden schoongemaakt met alcohol. Je wordt op een kamer apart gelegd en je krijgt een eigen wc en douche toegewezen. Daar is bij de bouw geen rekening mee gehouden, dus ontstaan er files voor de enige overgebleven 'gezonde' wc. De bacteriën houden de gemoederen bezig. Het vrijwilligersvervoer dat mensen in het weekend naar huis brengt vraagt of het wel mag, de autorijschool begint te sputteren en mederevalidanten komen met allerlei vragen. Mogen we wel samen schaken? Kan ik veilig de afstandsbediening gebruiken als iemand met ESBL die gebruikt heeft? Als iemand in de sporthal een bal gooit, hoe maak ik hem dan schoon voor ik hem vang? De medewerkers geven informatie en ondertussen helpen ze de besmette revalidanten zo snel mogelijk weer fit te worden, zodat de voor gezonde mensen ongevaarlijke bacteriën geen gevaar meer voor ze vormen. Vandaag liep ik met een Oosters recept langs de ESBL-afdelingen van de supermarkt. Ik had mijn mandje al vol met bakjes kipfilet, taugé en andere groente. Opeens had ik geen trek meer. Ik ben maar naar het café gegaan om de boel te ontsmetten met alcohol.

Hans Slootman



Hans Slootman is revalidatiearts bij Heliomare in Wijk aan Zee.

Revalidatie kan veel betekenen voor mensen met lichamelijk letsel of een functionele beperking. Maar dan moeten zij wél worden verwezen, en dat blijkt nog lang niet altijd te gebeuren. Daarom wordt nu gewerkt aan het verbeteren van de verwijfspraktijk. • Door Anita Drost

‘Vaak ligt de focus van de verwijfzer meer op de klacht dan op het functioneren’



Meer en beter verwijzen

In opdracht van haar leden heeft Revalidatie Nederland een onderzoek laten uitvoeren naar bewezen manieren om verwijfzers effectief te benaderen. Karin van Londen, senior communicatieadviseur bij de brancheorganisatie: ‘We willen in de revalidatiezorg mensen helpen om zo zelfstandig mogelijk te leven en zoveel mogelijk deel te nemen aan de maatschappij. Maar in de praktijk worden lang niet alle mensen voor wie een revalidatie-instelling de juiste plek is daar ook naartoe verwezen. Dat komt doordat artsen en patiënten niet altijd voldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden van medisch-specialistische revalidatie.’ Zo weten lang niet alle artsen dat revalidatie van betekenis kan zijn voor mensen met chronische vermoeidheid, artrose, een complexe beenbreuk of hersenletsel na een ongeluk. Omgekeerd komt het ook voor dat patiënten naar een revalidatie-instelling worden verwezen die beter op hun plek zijn in een verpleeghuis of bij een eerstelijns fysiotherapeut. Verwijfzers moeten het verschil goed kunnen inschatten, zegt Van Londen. ‘Revalidatie-instellingen zijn gebonden aan afspraken met de zorgverzekeraars over het maximum aantal behandelingen per jaar. Des te belangrijker is het dat zij de juiste patiënten verwezen krijgen.’

Gemiste en onjuiste verwijfzingen

Er zijn geen exacte cijfers bekend over aantallen gemiste en onjuiste verwijfzingen. Wel is uit marktonderzoek gebleken dat 80 procent van de revali-

danten afkomstig is van 20 procent van de verwijfzers. Van Londen: ‘Dat veel artsen niet verwijzen, betekent dat zij onvoldoende kennis hebben over de revalidatiezorg.’ Ook Peter Muijtens, medisch manager en revalidatiearts bij Adelante in Hoensbroek, heeft de indruk dat er onder verwijfzers veel onbekendheid is met de mogelijkheden van revalidatiezorg. Dit probleem ontstaat volgens hem al tijdens de studie geneeskunde. ‘Bij veel universiteiten heeft de revalidatiegeneeskunde in het reguliere studieprogramma geen plek. Artsen weten daardoor weinig van revalidatiezorg, en onbekend maakt nu eenmaal onbeminde.’ Marco Bos, zelf als bedrijfsarts bij 365/ArboNed een potentieel verwijfzer, beaamt dat artsen in de eerste en in de tweede lijn niet altijd zicht hebben op de meerwaarde van revalidatie. ‘Vaak ligt de focus van de verwijfzer meer op de klacht dan op het functioneren. En als de brede scoop ontbreekt, zal een arts ook minder snel naar de revalidatie verwijzen.’

Waan van de dag

Uit het onderzoek van Revalidatie Nederland blijkt dat investeren in een goede verwijfsrelatie leidt tot groei van de patiëntenpopulatie. Van Londen: ‘Een van de factoren die bij de relatieve onbekendheid van verwijfzers met de revalidatiezorg meespeelt, is dat revalidatieartsen minder energie steken in contacten met potentiële verwijfzers dan in bestaande verwijfzerscontacten. Het blijkt dat ze doorgaans heel goed weten wie hun verwijfzers zijn, maar

niet wie hun verwijfzers niet zijn. Terwijl artsen geneigd zijn om te verwijzen naar artsen die ze kennen.’

Peter Muijtens herkent dit beeld: ‘Inderdaad gaat het bij de artsen die naar ons centrum verwijzen om een redelijk geselecteerde groep. Eerlijk gezegd heb ik zelf door de waan van de dag ook vrij weinig direct contact met verwijfzers. Wat het lastig maakt, is dat met name medisch specialisten soms moeilijk telefonisch bereikbaar zijn. Persoonlijk contact onderhouden met alle verwijfzers is sowieso onhaalbaar. Daarvoor bestrijkt ons centrum een te groot gebied met veel te veel potentiële verwijfzers. We zorgen er in ieder geval wel voor dat onze rapportage aan de verwijfzers van onze patiënten op orde is, dat wil zeggen snel en volledig. Het moet voor de verwijfzer duidelijk zijn wat de meerwaarde van revalidatie is voor zijn patiënt. Verder houden we huisartsen met een nieuwsbrief op de hoogte en zorgen we voor productfolders voor de wachtkamers.’ ‘Natuurlijk is het vooral belangrijk dat de verwijfzer positieve ervaringen opdoet met de revalidatiezorg,’ vult bedrijfsarts Bos aan. ‘Goede ervaringen leiden tot meer verwijfzingen.’ Muijtens: ‘Daarbij moeten de revalidatiecentra overigens wel zorgen dat de patiëntenstroom niet meer toeneemt dan zij aankunnen. Lange wachtlijsten zijn ondermijnd voor het imago van de revalidatiesector.’

Eigen werkomgeving

Om tot een betere verwijfzing te komen, zijn in het onderzoeksrapport aanbevelingen geformuleerd voor revalidatie-instellingen. ‘De instellingen zullen zelf het meeste moeten doen,’ stelt Van Londen. ‘De verwijfzers moeten uiteindelijk in hun eigen werkomgeving bereikt worden.’ Allereerst moeten revalidatie-instellingen hun verwijfzers en potentiële verwijfzers goed in kaart brengen. Ook verdere marktgegevens moeten worden geïnventariseerd: wie zijn de concurrenten, wat is het marktaandeel per indicatie of revalidatiearts, enzovoort. Verder is het van belang dat centra goed communiceren over hun diensten en dat ze aan hun verwijfzers vragen hoe zij het beste bereikt kunnen worden en aan welke informatie ze behoefte hebben. Ook belangrijk is dat revalidatieartsen de ruimte krijgen om te netwerken. Een van de manieren

waarop centra hun verwijfzers volgens Muijtens en Bos kunnen bereiken, is door het organiseren van geaccrediteerde nascholingen over revalidatiezorg. De vereniging van revalidatieartsen VRA kan hierin een belangrijke functie vervullen.

Faciliteren

In het verbeteren van verwijfzingen speelt Revalidatie Nederland een ondersteunende rol. Enerzijds door revalidatie-instellingen materiaal en methodieken aan te reiken waarmee ze aan de slag kunnen, zoals een blauwdruk voor een behoeftenonderzoek onder lokale verwijfzers. Anderzijds door de landelijke communicatie te verbeteren. Van Londen: ‘Revalidatie Nederland wil een beter beeld scheppen van de revalidatiezorg, zowel onder verwijfzers als onder patiënten. Onlangs hebben we daarom een kort filmpje uitgebracht waarin zichtbaar wordt wat medisch-specialistische revalidatie nu eigenlijk is. Om de patiënt beter te bereiken, hebben we de ambitie om een televisieserie over revalidatiezorg te realiseren. Verder zijn we onder meer met koepels van verwijfzers in gesprek om na te gaan waar hun behoeftes liggen. Voor revalidatieartsen stonden er op het VRA-jaarcongres in november op ons verzoek naast zorginhoudelijke thema’s ook workshops over communicatieve aspecten op het programma.’

Alle maatregelen zouden samen moeten leiden tot structureel meer en betere verwijfzingen. Van Londen: ‘Revalidatie Nederland zal haar acties in 2011 grotendeels afronden. Maar ook daarna is het natuurlijk belangrijk om te blijven investeren in contacten met verwijfzers en patiënten. Voor het toekomstperspectief van patiënten kan het grote gevolgen hebben wanneer zij niet naar de revalidatie worden verwezen, terwijl zij wel gespecialiseerde interdisciplinaire zorg nodig hebben. Goede verwijfzingen leveren zorgwinst op voor de patiënt én voor de maatschappij.’

De rapportage over het onderzoek van Revalidatie Nederland is te vinden op www.revalidatienederland.nl, zoekwoord ‘verwijfzersonderzoek’. Het filmpje over revalidatie staat op dezelfde site.

Wmo: maak een einde aan het bewegen door stroop

‘De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zorgt ervoor dat iedereen zo lang mogelijk zelfstandig kan blijven wonen en draagt ertoe bij dat alle burgers kunnen participeren in de samenleving. Gemeenten voeren de Wmo uit en iedere gemeente legt andere accenten.’ Tot zover de website van de rijksoverheid. Nu de praktijk. De uitvoering van de Wmo roept nogal wat vragen op. Met ondersteuning van deze wet moeten alle burgers zelf hun huishouden kunnen voeren; zich in en rond hun woning en in hun woonomgeving kunnen verplaatsen; anderen kunnen ontmoeten en sociale contacten kunnen hebben. Is dit niet het geval, dan is er wettelijk een compensatieplicht voor gemeenten. Maar... wat komt er allemaal bij kijken wanneer mensen met een handicap of ouders van een gehandicapt kind gebruik willen maken van deze Wmo-rechten?

Het is een aardige exercitie om het traject van de voorzieningenaanvraag iets nader te bekijken. Hierbij laten we met het oog op de beschikbare ruimte het indicatietraject - formulieren invullen, steeds hetzelfde verhaal moeten doen, herindiceren, rapporten lezen van functionarissen die de cliënt nooit hebben gezien - even achterwege. Per gemeente varieert de dikte van het aanvraagformulier tussen de drie en zestien pagina's(!). De tijdsduur van behandeling van de aanvraag door Wmo-ambtenaren ligt tussen de zes en twaalf maanden(!). Heel vaak wordt aan mensen verteld dat een voorziening niet of niet meer kan worden verstrekt. In de meeste gevallen echter wordt na een traject van beroep aantekenen en

eventueel een gang naar de rechter de voorziening alsnog verstrekt. Het is dan ook niet vreemd dat de reacties van mensen met een beperking en ouders van een gehandicapt kind zijn:

- ‘Regelen van hulpmiddelen kost heel veel van mijn toch al beperkte tijd en energie.’
- ‘Ons huishouden lijkt op een kleine zorginstelling, met boekhouding en al.’
- ‘Veel van mijn frustratie als ouder komt niet

de andere niet worden vergoed. Of dat een dure antislipvloer wel wordt vergoed, maar simpele douchebeugels niet. Het is al met al dus bewegen door stroop voor mensen die gebruik moeten maken van de Wmo.

Gaat dan niets goed? Jawel. Een aantal gemeenten heeft het prima geregeld en enkele revalidatiecentra hebben samenwerkingsverbanden met

‘Ambtenaren én behandelaars kunnen nog veel meer doen’

voort uit de handicap van mijn kind, maar uit de moeite en energie die het kost om zaken te regelen.’

Het tempo van verstrekken is vaak een probleem. Zo is het dagelijkse praktijk dat mensen die zijn uitgerevalideerd nog niet naar huis kunnen en dus in een duur revalidatiecentrum of verpleeghuis moeten blijven, omdat hun woning nog niet is aangepast. Of dat een kind een hulpmiddel, als het eindelijk komt, al is ontgroeid. Ook de kwaliteit van de verstrekkingen is vaak een probleem. Zo zijn er veel klachten over wacht- en reistijden bij het Wmo-vervoer. En bij dit alles komt natuurlijk ook nog de willekeur en rechtsongelijkheid: wat hier wel kan, kan daar niet. Het kan voorkomen dat bij een verhuizing van de ene naar de andere gemeente de hulpmiddelen bij de ene gemeente moeten worden ingeleverd en bij

gemeenten om de voorzieningenverstrekking te verbeteren. Er zijn echt ook Wmo-ambtenaren die niet formeel en vanuit achterdocht reageren, maar die actief meedenken met hun cliënten. Ergotherapeuten en revalidatieartsen spannen zich meestal in om hun cliënten aan de juiste voorzieningen te helpen. Maar ambtenaren én behandelaars kunnen nog veel meer doen. Meer samenwerken voor een betere verstrekking, meer de cliënt centraal stellen. Als iedereen dat doet, gaat het best goed.

Johannes Verheijden, beleidsmedewerker Zorg bij de BOSK, vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders

Johannes@bosk.nl / www.bosk.nl

Maartje Vrijhof

Door Kitty Rotteveel

WERK > BEWEGINGSAGOOG BIJ REVALIDATIECENTRUM TOLBRUG IN DEN BOSCH LEEFTIJD > 31 JAAR PRIVÉ > GETROUWD, IN VERWACHTING VAN TWEDE KIND GROOTSTE HOBBY > VOLLEYBAL HEKEL AAN > ONEERLIJKHEID EN ONRECHT

Wat doet een bewegingsagoog?

‘Een bewegingsagoog biedt bewegingsmogelijkheden aan aan revalidanten. Je kijkt naar lichamelijke of cognitieve problemen die veilig en prettig bewegen in de weg staan. Uitgaand van wat iemand wél kan, werk je vervolgens aan de gewenste verbeteringen. Doelstellingen zijn bijvoorbeeld kracht- of conditieopbouw en balustraining, maar ook het vergroten van het zelfvertrouwen of trainen van dubbeltaken. Door te oefenen in bewegingssituaties kun je bijvoorbeeld ook werken aan de balans tussen belasting en belastbaarheid. Hoe gaat iemand om met zijn energie, weet hij waar zijn grens ligt en geeft hij die op tijd aan?’

Je bent daarnaast psychomotorisch therapeut; wat is het verschil?

‘Een psychomotorisch therapeut geeft door middel van bewegen ook het psychische en psychosociale aspect aandacht, om zo iemands totale functioneren te verbeteren. Door bewegen kun je mensen bewust maken van hun gevoelens, gedachten en gedrag. In revalidatiecentra is deze therapievorm nog niet overal ontwikkeld, maar de bekendheid neemt toe en het vak is - ook bij ons - volop aan het groeien. Het is dan ook een goede aanvulling op de bewegingsagogie, en in de praktijk combineer ik beide invalshoeken.’

Kun je iets meer vertellen over je werk als bewegingsagoog?

‘Ik werk voor de unit neurologie en behandel mensen met MS en met niet-aangeboren hersenletsel, bijvoorbeeld door een beroerte. Deze revalidanten hebben lichamelijke beperkingen en maken ook op psychosociaal vlak veel veranderingen



Foto: Rene Alink

door. Juist als mensen weer thuis wonen en misschien weer werken, stuiten ze vaak op nieuwe uitdagingen. Bewegingsagogie ondersteunt ook heel praktisch: we kijken bijvoorbeeld wat ervoor nodig is om te zorgen dat een revalidant weer kan fietsen. Is een aangepaste fiets nodig? Kan de revalidant het cognitief aan, de gecompliceerde handelingen in het verkeer? Of neem iemand die last heeft van bewegingsangst; dan doe ik bewegingsactiviteiten om het vertrouwen in het eigen lichaam te herstellen. Bewegen kan confronterend zijn, omdat heel duidelijk wordt wat niet goed gaat. Maar mensen vinden het meestal vooral leuker om te bewegen en het laat ze ook ervaren wat ze nog wel kunnen. Naast alle andere therapievormen is beweging een mooi middel om een doel te bereiken. Ik ben als bewegingsagoog onderdeel van het multidisciplinaire team: samen kijk je van

uit alle invalshoeken naar een persoon. Ik merk dat mijn inbreng wordt gewaardeerd in het team.’

Wat boeit je in je vak?

‘Het is steeds weer boeiend om te ervaren hoe je gezamenlijk aan vooruitgang kunt werken. Revalidant en team gaan samen aan het werk om er zoveel mogelijk uit te halen. Ook kleine dingetjes kunnen daarbij heel waardevol zijn, althans: klein in onze ogen. Laatst zwom ik voor het eerst met iemand die al jaren rolstoelafhankelijk is. Haar grote wens was om in het water te bewegen, en eindelijk was het zo ver. Ik zag haar blijdschap en emotie. Je realiseert je dan heel goed dat het, na het jarenlang zitten, zo bijzonder moet zijn om de gewichtloosheid in het water te ervaren en zelf bewegingen te kunnen maken. Het is heel mooi om iemand die mogelijkheid te kunnen bieden.’

Drie decennia gecombineerde ervaring

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



etac
Creating Possibilities

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

Loophulpmiddelen voor Revalidatie



Fellow-Roll bv

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



rdg **Kompagne**
vanzelfsprekend

PCEye: oogbesturing voor uw eigen pc

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



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

Peristeen®



Zij beslist nu zelf...
en gaat vol vertrouwen naar haar werk

Peristeen® Geregelde ontlasting

Obstipatie en ontlastingsincontinentie hebben een grote impact op de kwaliteit van leven van uw patiënten. Het beperkt mensen te gaan werken, uit te gaan of in hun sociale omgang met anderen. Met Peristeen kunt u hen helpen deze beperkingen te overwinnen.

Peristeen is een darmspoelsysteem waarbij alleen water gebruikt wordt. Het systeem kan zelfstandig gebruikt worden of met hulp van anderen. Bij dagelijks, of om de dag spoelen, biedt Peristeen uw patiënten het vertrouwen om te leven zoals zij dat willen.

Kijk op www.peristeen.nl voor meer informatie.



Stomazorg
Urologie & continenzorg
Wond- en huidzorg

Coloplast

Coloplast (B)
Perstus 1111
2600 BC Aankersloot
E-mail: contact@coloplast.com
Telefoon: 0031-404 44 44
www.coloplast.nl

PAKPAAL

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

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

Pakpaal® producties

T 076-5614500



www.pakpaal.nl

Op zoek naar scholing in communicatiehulpmiddelen?

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

'Omgaan met communicatiehulpmiddelen
binnen de paramedische sector'

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

Meer informatie vindt u op www.rtdkenniscentrum.nl

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

rtd
kenniscentrum

Wie wint
de KFA
Revalidatie
Prijs 2012?



Heeft u een volwassen revalidatie-idee?

Als het gaat om hun revalidatie kunnen er voor kinderen geen baanbrekende ideeën genoeg zijn. Daarom heeft Rotterdams Fonds Adriaanstichting de KFA Revalidatie Prijs in het leven geroepen voor het meest vernieuwende idee, project of onderzoek in de revalidatie van kinderen in de leeftijd 0 tot 18 jaar. Aan de prijs is een bedrag van 20.000 euro verbonden. Heeft u zo'n baanbrekend initiatief? U kunt het tot 1 september 2012 aanmelden op www.kinderfondsadriaan.nl

KFA
Kinderrevalidatie Fonds Adriaanstichting

We hebben er meer dan één nachtje over geslapen

Naar school gaan, de hele middag spelen en naar zwembles. Het leven van een kind is maar spannend! Een goede nachtrust is dan onmisbaar en de Dormo helpt daarbij. Dit ledikant van Maatwerk is even stabiel als flexibel. Gebouwd voor alle kinderen en hun ouders, die met een standaard bed niks kunnen. De Dormo is niet om te krijgen. Zelfs niet in een blij (of boze) bui van springen en dansen. Naar wens leverbaar als wieg, bed of box, met handige deurtjes in de ombouw. En op verzoek van vele ouders, verzorgers en verplegers, is de Dormo makkelijk in hoogte verstelbaar.

Maatwerk maakt meubels met een meerwaarde. Bewegingsvrijheid in de vorm van een tafel met voetsteunen of een stoel met traptreden. Elk artikel dat we leveren is ons klantje op het lijf geschreven. Unieke producten, omdat geen kind hetzelfde is.

Een droom van een bed!

Bij kinderen naar bed brengen hoort een ritueel. Het favoriete verhaaltje dat u al 233 keer hebt voorgelezen. De 16 knuffelberen in precies de juiste volgorde zetten. Of een liedje zingen terwijl de ogen al langzaam dicht vallen. Mooie momenten. Maar voor veel kinderen en hun ouders ziet het ritueel er heel anders uit. Zoals voor Kathy, die niet in bed kan klimmen en te zwaar is om er in te tillen. Of voor Esther, die zelf in een rolstoel zit en niet bij een hoog ledikant kan. In overleg met hen, maakte Maatwerk de Dormo. Een bed om bij weg te dromen.