

# RMM

REVALIDATIE MAGAZINE  
jaargang 15 nummer 1 maart 2009



## Meer aandacht voor seksualiteit

> Tweede Kamer kent innovatiegeld toe > Project brengt gezinnen in zicht  
> Sociale vaardigheden bij niet-aangeboren hersenletsel > Declareren met  
DBC's > Begeleiden naar volwassenheid > Tijd voor een andere planning

# inhoud

## RM<sup>1-09</sup>

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

### 4> 'Ouders kunnen het je gewoon vertellen'

Het programma Gezin in Zicht laat de dienstverlening beter aansluiten bij de behoeften van kind én gezin.

### 6> Berichten

7> **Verder innoveren dankzij Tweede Kamer**  
Omdat een amendement werd aangenomen, is er van 2009 tot en met 2011 extra geld voor innovatie in de revalidatie.

### 10> Sociale vaardigheden leren: ook dat is revalideren

Mensen met hersenletsel hebben vaak moeite met sociale vaardigheden. De Vogellanden ontwikkelde een training.

### 11> 'De wil om snel vooruit te komen was er'

Ronald van der Linden.

### 15> Het centrum

Heliomare.

### 18> Tijd voor een écht andere planning

De planningssystematiek van revalidatiecentra voldoet niet meer aan de eisen van deze tijd, betoogt Erwin Tjan.

### 19> Column

Seks & handicap.

### 20> Het standpunt

Revalidatieverpleging heeft sterke beroepsvereniging nodig!

### 21> Het werk

Erni Bodegraven, haptotherapeut.



## Seksualiteit: naar nog meer openheid

Praten over problemen met seks blijkt binnen de revalidatie niet makkelijk. Daarom werden twee trainingen ontwikkeld, die al het nodige effect hebben gehad. Maar nog niet genoeg, vertelt seksuoloog Woet Gianotten.

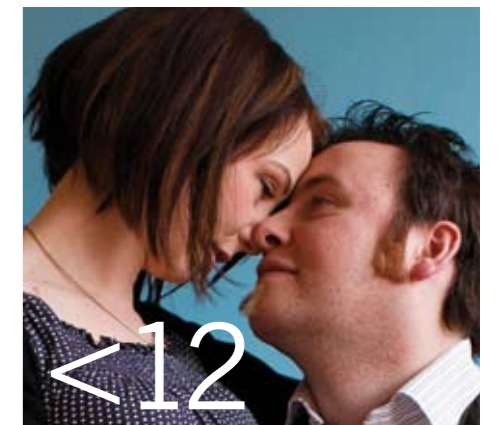
• John Ekkelboom



## Declareren met DBC's

Vanaf 2009 declareert de revalidatiesector niet meer met RBU's, maar met DBC's. Een van de vormgevers van het nieuwe systeem en een manager met DBC-ervaring reageren.

• Inez Pelgröm



## Beter begeleiden naar volwassenheid

De zorg voor jongeren met een handicap kan beter. Steeds meer revalidatiecentra zijn zich hiervan bewust en nemen maatregelen.

• Rosanne Faber

**COLOFON** *Revalidatie Magazine* is een uitgave van Revalidatie Nederland. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door een bijdrage van het Johanna Kinderfonds. **Uitgever** Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Uitgeverij, Karin Linden ([www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)) **Redactie** Frans van den Broek MHA (hoofdredacteur, Raad van Bestuur Rijnlands Revalidatie Centrum) • John Ekkelboom (journalistiek adviseur) • Drs. Annelies van Lonkhuyzen (eindredacteur) • Sjoerd Vegter MHA (hoofdredacteur, Raad van Bestuur De Trappenberg) **Raad van Advies** Prof.dr. Hans Arendzen (hoofd afdeling revalidatiegeneeskunde Leids Universitair Medisch Centrum) • Drs. Chiel Bos (directeur Zorg Verzekerings Nederland) • Gijsbert van Es (lid hoofdredactie NRC) • Drs. Henk van Exel (cardioloog Rijnlands Revalidatie Centrum) • Drs. Karin van der Aa (directeur Johanna Kinderfonds) • Dr. Frank Weller (longarts Astmacentrum Heideheuvel) **Redactieadres** Dr. Renata Klop (programmacoördinator ZonMw) • Judith Boot (kwaliteitsfunctionaris Sophia Revalidatie) • Drs. Hans Sloopman (revalidatiearts Stichting Heliomare) • Drs. Ria Zondervan (communicatieadviseur Revalidatiecentrum Amsterdam) **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](mailto:rm@bsl.nl) **Vormgeving** AC+M, Maarssen **Foto omslag** Inge Hondebrink **Foto's** worden bij de artikelen gekozen, maar worden niet altijd op de betreffende locatie gemaakt. **Abonnementen** Bohn Stafleu van Loghum, Afdeling Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, (030) 638 37 36, e-mail via [www.bsl.nl/service](http://www.bsl.nl/service) • **Abonnementsprijs** Jaarabonnement particulieren € 33,00, studenten € 16,50, instellingen € 66,15 • 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 Uitgeverij, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 1 januari 2008. De voorwaarden staan op [www.bsl.nl](http://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](mailto: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 Bohn Stafleu van Loghum BV, 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](http://www.bsl.nl/auteurs) of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd. • ISSN 1382-6174

Een ouderkamer, kinderstoelen in het restaurant en de mogelijkheid om te zwemmen met het gezin. Het zijn enkele resultaten van het innovatieprogramma Gezin in Zicht. Het programma inspireert revalidatieteams om de dienstverlening beter te laten aansluiten bij de behoeften van kind én gezin.

# ‘Ouders kunnen het je gewoon vertellen’

**K**atelijne ten Thije, moeder van de vijfjarige Noor, weet hoe belangrijk het is dat in de revalidatie wordt gekeken naar het hele gezin: ‘Toen Noor anderhalf jaar was, kreeg ze een dwarslaesie en werd opgenomen in revalidatiecentrum De Hoogstraat in Utrecht. Over De Hoogstraat ben ik heel enthousiast, maar na een aantal maanden wilden wij dat Noor naar huis kwam en dichterbij huis, bij ViaReva in Apeldoorn, poliklinisch verder revalideerde. Voor ons gezin was het niet meer op te brengen om elke dag heen en weer te reizen naar Utrecht. Mijn zoon moest vaak naar opa en oma en Noor was elke dag in paniek als wij vertrokken. Het kostte ons moeite de therapeuten te overtuigen. Zij wilden het beste voor Noor en dat was de meer gespecialiseerde zorg die De Hoogstraat biedt.’ De familie Ten Thije zette door en het pakte goed uit: ‘Noor leerde thuis veel van haar broer en doordat zij en wij beter in ons vel zaten, had de therapie ook meer effect.’

## Verbetering

Ten Thije zit in het projectteam van Gezin in Zicht van ViaReva. Het kinder-revalidatieteam van ViaReva is een van de zes teams die in 2008 startten met Gezin in Zicht. De teams volgden een trainingsdag en organiseerden een spiegelgesprek met ouders. Op basis hiervan kozen ze voor een verbetering, die ze ook daadwerkelijk realiseerden. Het team van ViaReva paste de website aan en ontwikkelde een informatiemap; twaalf ouders testten de map nu uit. Ten Thije: ‘Elke ouder met een gehandicapt kind loopt aan tegen gigantische informatiestromen en bureaucratie. Ik heb zelf bijvoorbeeld een half jaar gewacht op een aangepaste fiets omdat ik op het formulier van de gemeente had ingevuld dat Noor de fiets nodig had om haar benen te trainen. Als ik had ingevuld dat elk kind het recht heeft om te fietsen, had ik de fiets meteen gekregen. In de map zitten ingevulde voorbeeldformulieren, die werk en narigheid kunnen besparen.’

## Meer

In Blixembosch koos het team voor het bouwen van een database, die ouders met vragen koppelt aan ouders die mogelijk een antwoord hebben.

Ouders hebben bijvoorbeeld vragen over de onderwijskeuze of het toekomstperspectief van hun kind en willen dat graag bespreken met meer ervaren ouders. Miriam van Pelt, trekker van het project, is enthousiast over het effect van Gezin in Zicht. ‘Zonder de structuur en ondersteuning van buiten hadden wij het niet op deze manier op poten gekregen.’ En Gezin in Zicht levert meer op dan de zes projecten die in de centra worden uitgevoerd. Zo besloot het UMCG, geïnspireerd door ouders, tot een kortere sluiting van de peutergroepen in de zomervakantie en wordt het zwembad beschikbaar gesteld om met het hele gezin op zaterdag te zwemmen. De Vogellanden gaat experimenteren met teamvergaderingen in de avond en De Hoogstraat kocht kinderstoelen voor in het restaurant en fietsen die ouders kunnen lenen om even de stad in te gaan. Het Roessingh maakt een informatie-DVD voor ouders van kinderen die in behandeling komen.

## Ideaal

Ten Thije merkt dat behandelaars door Gezin in Zicht bewuster bezig zijn met de behoeften van ouders. ‘Op een gegeven moment liep ik er tegenaan dat Noor naar therapie moest op dezelfde tijd dat mijn zoon gaat sporten. Ik heb dit besproken en de behandelaars regelden meteen een andere tijd. Ik kan nu Noor afzetten bij therapie en meteen doorrijden naar de sport. Dat is ideaal.’ Wat ze ook belangrijk vindt, is dat vriendinnetjes altijd mee kunnen komen naar therapie: ‘Als een vriendin mee is, maakt de therapeut het spel voor haar wat moeilijker, zodat Noor ook eens wint. Haar vriendinnen vinden therapie leuk en er is strijd wie mee mag. Dat doet Noor goed.’

*Mia Willems,  
projectcoördinator Gezin in Zicht*

*Gezin in zicht is een project van het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, NetChild en de BOSK. Het wordt gefinancierd door het Johanna Kinderfonds, het Kinderfonds Adriaanstichting en het Revalidatiefonds. Meer informatie vindt u op [www.netchild.nl](http://www.netchild.nl).*



## De zes verbeterprojecten:

- Een echte en een virtuele kamer waar ouders elkaar kunnen ontmoeten: zie [www.ouderkamervogellanden.nl](http://www.ouderkamervogellanden.nl). (De Vogellanden)
- Een informatiemap die wordt samengesteld naar de behoefte van het gezin. (ViaReva)
- Huisbezoek als onderdeel van de observatieperiode. Hierdoor ontstaat een completer beeld van het kind en kunnen de behandelaars beter aansluiten bij het gezin. (Het Roessingh)
- Ouders voor ouders: een database om ouders in contact te brengen met andere ouders die al verder zijn in het ontwikkelingsproces van hun kind. (Blixembosch)
- Een familiedag, waar gezinnen informatie krijgen en ervaringen kunnen uitwisselen. (UMCG)
- De revalidatie start thuis als ouders dat prettig vinden; behandelaars krijgen op deze manier meer inzicht in de gezinssituatie en het functioneren van het kind. (De Hoogstraat)

## Gezinsgericht werken vraagt maatwerk van behandelaar, want elk gezin is anders.

### Enkele reacties van behandelaars:

#### Karin Schuurs, Het Roessingh:

‘Ik ben me ervan bewust geworden dat ik te veel dacht voor ouders. Als bijvoorbeeld een afspraak gemaakt moest worden, was ik snel met zeggen dat de ouders al te veel afspraken hadden. Nu laat ik het gewoon aan henzelf over om te zeggen of het ze uitkomt of niet.’

#### Carolien de Zeeuw, De Hoogstraat:

‘Ik realiseerde me dat het geen falen is als je een probleem niet oplost voor de ouders; je neemt ze juist serieuzer. We proberen kinderen zo zelfstandig mogelijk te maken en soms moeten ouders ook zelf leren zoeken naar oplossingen.’

#### Ingrid Wester, UMCG:

‘Ik luister nog beter naar ouders, leer van hun ervaringen en gebruik dat tijdens de behandeling. Zo weten ouders heel goed hoe zij hun kind iets kunnen aan- of afleren. Het is niet altijd zoals ik het zou doen, maar als het werkt is het prima.’

#### Phiep Nieuwenhuis, Blixembosch:

‘Ik vraag nu altijd aan ouders hoe ze geïnformeerd willen worden. De een wil dat je alles recht voor z'n raap zegt, de ander hoeft niet alles te weten. Ouders kunnen je dat gewoon vertellen.’

## Nieuwe functie: knowledge broker

Uit het onderzoeksprogramma PERRIN, gericht op kinderrevalidatie, blijkt van zes meetinstrumenten (GMFCS, GMFM, MACS, MPOC, PEDI-NL, het Rotterdams Transitieprofiel) dat ze bruikbaar zijn in de revalidatiepraktijk. Met deze instrumenten kunnen kinderen gerichter behandeld worden en kan de behandeling verbeterd worden. Om te zorgen dat de instrumenten ook daadwerkelijk gebruikt gaan worden, heeft PERRIN de 'knowledge broker' geïntroduceerd in Nederland. In vier revalidatiecentra – De Hoogstraat, Revalidatie Friesland, Rijndam en Sophia Revalidatie – zijn elk twee knowledge

brokers aangewezen: behandelaars uit het betreffende revalidatiecentrum, die ervoor moeten zorgen dat de meetinstrumenten in de behandelpraktijk worden ingevoerd. De knowledge brokers wisselen onderling kennis en ervaring uit, onder meer via een digitaal forum. Eind 2009 wordt bekeken of de instrumenten daadwerkelijk beter gebruikt worden.

De functie van knowledge broker is overgenomen uit Canada. Voor revalidatiecentra kan het een goed middel zijn om nieuwe kennis ingevoerd te krijgen in de werkpraktijk. Meer informatie staat op [www.perrin.nl](http://www.perrin.nl).

## Online ontmoetingsplek

SpinalNetExtra is een nieuwe interactieve website voor en door mensen met een dwarslaesie. De site biedt ervaringsverhalen, filmpjes en columns. Een panel van deskundigen beantwoordt vragen en op het forum kunnen mensen ervaringen uitwisselen. Kijk op [www.spinalnetextra.nl](http://www.spinalnetextra.nl).

## Perspectief

Eind vorig jaar bracht Revalidatie Nederland als onderdeel van een onderzoek naar de toegevoegde waarde van revalidatie de verhalenbundel *Perspectief* uit. Onlangs verscheen de tweede oplage. In de bundel vertellen achttien mensen die om uiteenlopende redenen hebben gerevalideerd over hun ervaringen. *Perspectief* laat vanuit een persoonlijke invalshoek zien hoe het is om te moeten revalideren en wat revalidatie kan betekenen voor mensen. Het boek kost € 9,50 (80 pagina's, harde kaft) en kan worden besteld op [www.revalidatienederland.nl/bestellen\\_perspectief](http://www.revalidatienederland.nl/bestellen_perspectief).



## HKZ-certificatieschema klaar

Onlangs is de HKZ-norm voor de revalidatiesector verschenen. Deze norm is gericht op het kwaliteitsmanagementsysteem van revalidatiecentra. Het gaat hierbij om de manier waarop de organisatie de verschillende processen – in de zorg, maar ook in de ondersteuning – in kaart heeft gebracht en systematisch beheerst. Centra die hun systeem volgens de HKZ-norm hebben ingericht, kunnen zich laten certificeren met het HKZ Keurmerk. Een organisatie met het HKZ Keurmerk heeft intern de zaken goed op orde, stelt de klant centraal – de norm schrijft voor dat regelmatig de klanttevredenheid wordt getoetst – en werkt voortdurend aan verbetering van de zorg- en dienstverlening.

## Revalidatie EPD: klaar voor de start

De afgelopen maanden heeft een aantal behandelaars van de revalidatiecentra Rijndam, Heliomare en RCA onderdelen van het Revalidatie EPD uitgetoetst. Dit heeft veel informatie opgeleverd, waarmee het EPD verder vervolmaakt kan worden. De eerste versie van het Revalidatie EPD wordt in april opgeleverd; vanaf dan kunnen revalidatiecentra aan de slag met de implementatie ervan. De projectgroep bereidt een gezamenlijke aanpak voor de implementatie voor. Bij alle revalidatiecentra zal een impactanalyse worden gedaan en wordt vervolgens een implementatieplan gemaakt. Ook wordt een toolbox ontwikkeld, met instrumenten die de invoer van het EPD vergemakkelijken. De implementatie zelf is een

## Machtigingen afgeschaft

De revalidatiesector is van een heleboel rompslomp verlost. Vanaf januari dit jaar zijn namelijk de machtigingen afgeschaft. Voor bijna iedereen die ging revalideren, moest vooraf toestemming worden gevraagd aan de zorgverzekeraar. Dat bracht veel administratie met zich mee voor de revalidatieinstelling, die de machtiging moest aanvragen, en voor de zorgverzekeraar, die de aanvraag moest beoordelen. Revalidanten moesten wachten met de start van hun behandeling totdat de machtiging er was.

De machtigingen gaven dus veel ergernis en brachten weinig op, want in de praktijk werd zelden een machtiging geweigerd. Daarom hebben zorgverzekeraars en revalidatie-instellingen afgesproken het anders te gaan doen. Er komt een benchmark voor zorgverzekeraars, waarin behandeluur en behandelintensiteit van revalidatieinstellingen onderling worden vergeleken. Aan de hand van de resultaten gaan zorgverzekeraars met instellingen in gesprek over mogelijkheden om tot verbetering te komen. De zorgverzekeraars toetsen dus niet meer per afzonderlijke behandeling, maar kijken naar het geheel aan behandelingen per behandeltype. Emiel Rolink van Revalidatie Nederland: 'De landelijke benchmark wordt een waardevol instrument, waardoor zorgverzekeraars en revalidatie-instellingen nog meer met elkaar in gesprek komen over de kwaliteit van revalidatiezorg en patiënten sneller kunnen beginnen met revalideren. Het overstappen van machtigingen naar benchmark is een win-win-win-situatie.'

verantwoordelijkheid van de revalidatiecentra. Voor meer informatie: [www.revalidatie-epd.nl](http://www.revalidatie-epd.nl).



# Verder innoveren dankzij Tweede Kamer

Van 2009 tot en met 2011 is er een pot voor innovatie in de revalidatie. Het gaat om jaarlijks twee miljoen euro, beschikbaar via ZonMw. Het amendement dat dit mogelijk maakt, van Fatma Koser Kaya (D66) en Eelke van der Veen (PvdA), werd op 18 december 2008 door de Tweede Kamer aangenomen. • Door Adri Bolt

Tot 2009 was er jaarlijks anderhalf miljoen beschikbaar voor innovatie. Dat geld ging naar zes revalidatiecentra, die als innovatiecentra waren aangewezen. 'Het is de bedoeling dat de financiering via de DBC's gaat plaatsvinden, maar het is nog niet gelukt om de middelen voor innovatie daarin te integreren. Door deze in wezen technische kwestie dreigde er in 2009 geen geld meer te zijn voor innovatie in de revalidatie', vertelt Fatma Koser Kaya, woordvoerder gezondheidszorg voor D66 in de Tweede Kamer. 'Daarom nam ik het initiatief tot dit amendement. Als je de patiënt echt centraal stelt, moet je ook werken aan vernieuwing. En wanneer mensen sneller weer functioneren, voorkom je andere zorgkosten in de toekomst.'

### Voldoende middelen

'Minister Klink vond dat de revalidatiecentra binnen hun budget voldoende middelen hebben voor innovatie, maar wij zijn het daar niet mee eens', zegt Eelke van der Veen. Hij is woordvoerder gezondheidszorg voor de PvdA en licht toe waarom hij het initiatief van Koser Kaya al in een vroeg stadium steunde. 'Juist gezien het multidisciplinaire karakter van deze sector is innovatie belangrijk. Er moet immers niet alleen binnen de disciplines, maar ook in de samenwerkingsvormen geïnnoveerd worden. Daarbij heb ik een heel positieve indruk van de manier waarop de revalidatiesector innoveert. De sector besteedt het geld goed en zet de disciplines effectief in om mensen te helpen. Over dat laatste is de sector zelf soms te bescheiden.' Daar is Koser Kaya het mee eens: 'Het is belangrijk dat de sector helder communiceert over vernieuwing die plaatsvindt, zowel naar de maatschappij als naar de politiek toe. Dat is nodig voor draagvlak, bijvoorbeeld wanneer weer een amendement nodig zou zijn.'

### Autonomie

'Innovatie is een essentieel onderdeel van de revalidatiegeneeskunde, en dankzij deze financiering kunnen we daarmee doorgaan', vindt Kick Visser. Tot 1 januari 2009 was hij voorzitter van Revalidatie Nederland en in die functie zocht hij ook naar middelen voor innovatie. 'De revalidatiegeneeskunde is een jong vakgebied, waarbinnen nog veel innovatie mogelijk is. Dat bleek ook op de symposia die we hierover de afgelopen jaren organiseerden. Van loopmatten tot computergestuurde spraaktechnologie: het is fantastisch om te zien wat allemaal kan om mensen meer autonomie terug te geven. Met innovatie in de revalidatie bespaar je ook enorm op de latere zorgkosten.'

### Kans

Het was spannend of het geld er zou komen. Begin december was er nog geen zicht op de financiering, waarop Revalidatie Nederland Fatma Koser Kaya benaderde, die zich hier al eerder voor inzette. Essentieel was vervolgens de steun van Eelke van der Veen. 'Deze kamerleden hebben hun nek uitgestoken voor de revalidatiesector. Dankzij hen steunden uiteindelijk alle kamerleden het voorstel. Dat was een fantastisch resultaat.' Anders dan tot nu toe gaat het innovatiegeld niet naar vooraf aangewezen centra. 'Revalidatie Nederland wilde ook anderen een kans geven, maar wilde niet zelf gaan selecteren. Daarom komt het geld beschikbaar via ZonMw. Daar kan iedereen projectvoorstellen indienen.' Het bedrag komt uit het innovatiefonds van VWS. Na 2011 moet innovatie worden inbegrepen in de prijs van de DBC's. 'Dan moet er dus over onderhandeld worden met de zorgverzekeraars.'

De invoering van een nieuw bekostigingssysteem in de revalidatiesector is een langdurig proces. Vanaf 2005 is Revalidatie Nederland met andere partijen bezig de overgang van revalidatiebehandelingen (RBU's) naar diagnose-behandelcombinaties (DBC's) te realiseren. Met uiteindelijk succes; sinds januari declareren revalidatiecentra met DBC's. Een van de vormgevers van het systeem en een manager met DBC-ervaring reageren. • Door Inez Pelgröm

# Declareren met DBC's

**D**oor de lengte van het proces zou je bijna vergeten waarom de DBC's werden ingevoerd, besef adviseur Burg de Rave. Hij is door Revalidatie Nederland en de vereniging van revalidatieartsen VRA aangetrokken om de overgang naar het nieuwe bekostigingssysteem te maken. 'De DBC's zijn onderdeel van de herziening van het zorgstelsel', legt hij uit. Het doel is meer cliëntgerichtheid, transparantie en marktwerking: duidelijke producten met een duidelijk prijskaartje. Maar de revalidatiesector zag een paar jaar geleden hoe de problemen groeiden toen de ziekenhuizen begonnen met DBC's. 'De DBC's zijn daar vanuit de diagnose vastgesteld. Ze waren dus wel medisch homogeen, maar niet kostenhomogeen.' Dat wil zeggen dat de werkelijke kostprijzen behoorlijk uiteenliepen en dat leverde een probleem op. Want als de reële kosten van een DBC sterk uiteenlopen, is het moeilijk een vaste prijs af te spreken zonder dat verzekeraar of ziekenhuis er financieel bij in schiet: 'Die valkuil moesten wij zien te vermijden.'

## Overtuigen

Een revalidatiebehandeling wordt veel meer dan een ziekenhuisbehandeling ingegeven door omstandigheden. Revalidanten met dezelfde diagnose, bijvoorbeeld chronische pijn, kunnen heel verschillende behandelingen nodig hebben. 'We moesten ons dus primair richten op de behandeling en niet op de diagnose.' De sector ontwikkelde een structuur met 52 DBC's, die per DBC qua kosten nauwelijks schommelen. Toestemming van de overheid om met deze structuur te testen, kwam echter niet direct. De Rave: 'We wijkten met onze benadering af van het ziekenhuissysteem en dat mocht niet.' Maar de patstelling werd doorbroken en vervolgens leverde zo'n vijftien maanden registreren met DBC's in alle centra nuttige informatie op om het systeem te verbeteren. Eind 2008 gaf de Nederlandse Zorgautoriteit groen

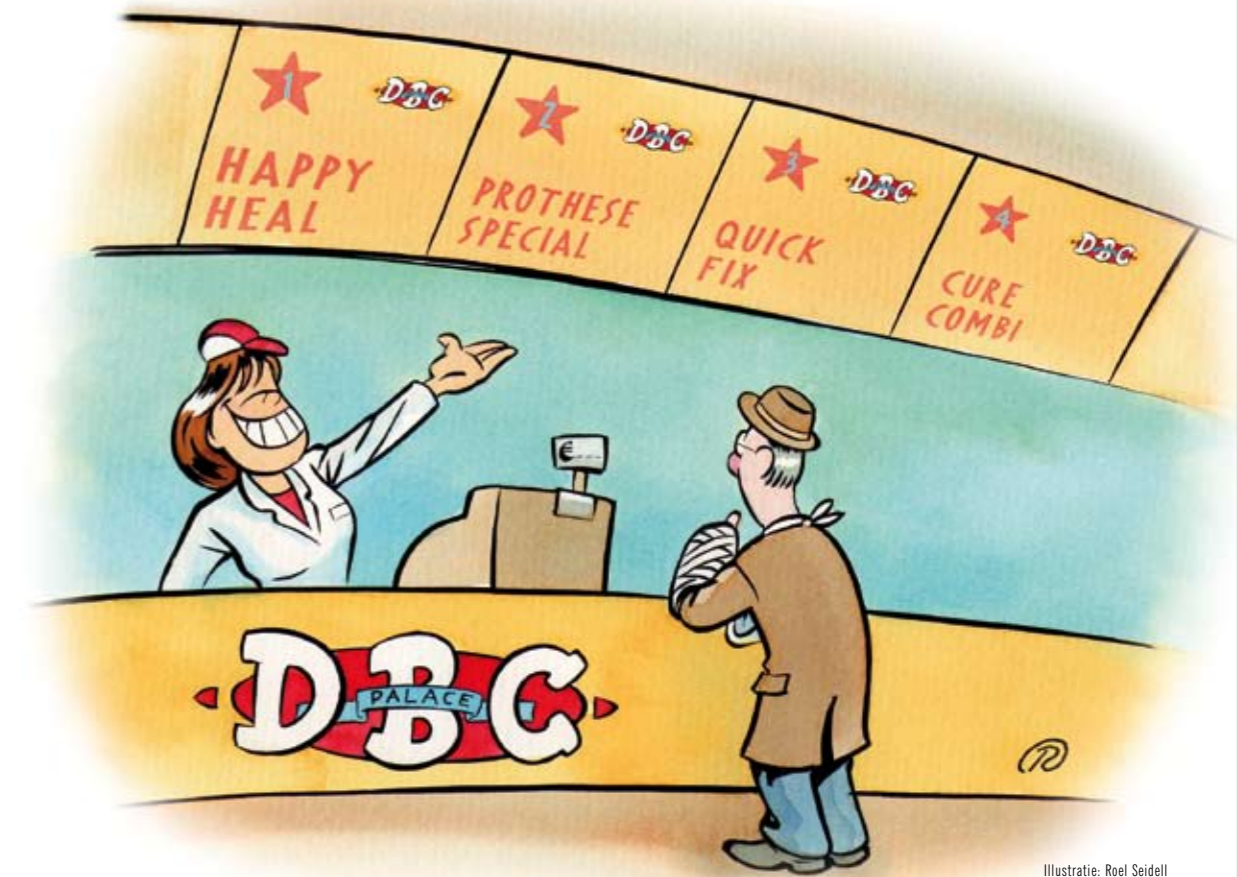
licht om hiermee ook te gaan declareren. 'We hebben altijd goede hoop gehad dat het in orde zou komen. Met de resultaten in de hand konden we overtuigen.'

## Andere manier

Technisch is de stap van registratie naar declaratie in DBC's niet zo groot, meent de adviseur. Omdat de inkomsten van de revalidatiecentra er nu van afhangen, financieel wel. 'Dat gaan de medewerkers in de patiëntenzorg merken. Voortaan moeten zij direct goed bedenken: wat is het revalidatiedoel, wat wil ik de patiënt bieden en binnen welke DBC past dat?' Dat vraagt een andere manier van omgaan met bijvoorbeeld planning en capaciteit. Maar het nieuwe bekostigingssysteem biedt ook belangrijke kansen, betoogt De Rave. 'Revalidatie-instellingen kunnen beter duidelijk maken wat ze doen.' Door de productbeschrijvingen krijgt het begrip 'waar voor je geld' voor revalidant en buitenwereld inhoud.

## Op het droge

De Rave denkt niet dat het huidige systeem al voor honderd procent sluitend is. De 'doorontwikkelagenda' bevat dan ook een fors aantal aandachtspunten. Bijvoorbeeld het invoeren van extra efficiencyprikkels, zoals al gebeurt met het krijgen van een hogere vergoeding bij een kortere opname met intensieve behandeling, en de aansluiting op het ziekenhuissysteem. Er is dus nog genoeg te doen, oordeelt hij. 'Maar het is goed dat we nu met declareren zijn begonnen. Op het droge leer je niet zwemmen.' Het komende jaar blijft sowieso het oude RBU-systeem deels nog bestaan naast de DBC's. Er is een omrekenprogramma waarmee middels de RBU's toch nog gebudgetteerd kan worden. 'Er zit dus een vangnet onder. Veiliger kan niet.'



Illustratie: Roel Seidell

**S**inds februari 2005 declareert de Sint Maartenskliniek al met de DBC's. Het revalidatiecentrum in Nijmegen deed de afgelopen jaren op experimentbasis ervaring op en leverde daarmee informatie aan voor de ontwikkeling van de huidige productstructuur voor de revalidatiesector.

## Ruimte

Het declareren met DBC's vraagt geen andere handelingen van de behandelaars dan het registreren, dat al gebeurde. Maar het besef dat hier nu de inkomsten van afhangen, is in alle centra wel doorgedrongen, vermoedt Maarten Verhoeven. Hij is als hoofd bedrijfsbureau nauw bij het DBC-experiment betrokken. 'Iedereen zal instructies hebben gekregen om nauwkeurig te registreren.' De grootste verandering zit dan ook in de manier van denken. Voorheen waren de facturen gebaseerd op het aantal RBU's dat afgesproken was met de verzekeraar, of de behandelaar daar nu tien of vijftien revalidanten voor zag. Gaten in het therapieooster werden opgevuld met het face-to-face behandelen van een revalidant om geen inkomsten mis te lopen. 'Nu kan de behandelaar denken: ik besteed dat uur aan bijvoorbeeld het regelen van voorzieningen voor de revalidant. Daar is binnen een DBC ruimte voor', legt hij uit. 'Deze manier van patiëntgericht behandelen én declareren geeft meer rust voor de paramedici. Ze hebben daardoor meer oog voor de revalidant.'

## Zorgvraag

De DBC-systematiek leidt tot meer patiëntgericht werken, is Verhoeven van mening. Het dwingt tot nadenken over de inhoud en kwaliteit van de behandeling, over doelgroepen en specialisaties. 'De DBC's zijn een prikkel om aan dat soort aspecten aandacht te besteden.' Het hele revalidatieproces komt erdoor in beeld, omdat per patiënt inzichtelijk wordt welke diensten hij afneemt tegen welke prijs. Capaciteit is niet meer afgestemd op het aantal

te behalen RBU's, maar op de zorgvraag. Dat vraagt tevens om andere zorglogistieke principes. Daardoor heeft de Sint Maartenskliniek slagen kunnen maken. Zo is de kortdurende opname in de afgelopen vijf jaar toegenomen. Maar ook strategisch werd het centrum gedwongen na te denken over waar het staat en op welke doelgroep het zich wil richten. 'Dat is alleen maar goed.'

## Overgangssysteem

Met het afrekenen in DBC's wordt de sector transparant. Verschillen tussen centra in kosten en behandelmethodieken zullen aan het licht komen. Het wordt bijvoorbeeld duidelijk als een CVA-patiënt in het ene centrum een veel langere ligduur en andere behandelintensiteit heeft dan in het andere. Dit komt omdat nu een complete DBC gedeclareerd wordt in plaats van losse verrichtingen, zoals een consult of opnamegesprek. De huidige productstructuur is ook een overgangssysteem, verklaart Verhoeven. De informatie van alle centra die door het declareren zichtbaar wordt, zal leiden tot een systeem van vooraf gedefinieerde producten en daaraan gekoppelde prestaties. 'Revalidatie-instellingen leggen in de toekomst verantwoording af over hun prestaties. Dat kun je zien als een uitdaging.'

## Inzicht

Zeker is dat de centra een enerverende tijd te wachten staat. 'Het eerste jaar zullen ze blij zijn als ze het declareren voor elkaar krijgen.' Daarna moeten de zorgprocessen patiëntgericht worden, onder andere door een cultuurverandering, de inrichting van zorgpaden en het ontwikkelen van een ondernemingsstrategie. Je doet dit niet zo maar even, leert de ervaring van de Sint Maartenskliniek. 'Maar als je dan over een aantal jaren terugkijkt, wil je niet meer terug.'

*Meer informatie over de DBC's vindt u op [www.dbc-onderhoud.nl](http://www.dbc-onderhoud.nl), zoekterm 'revalidatiegeneeskunde'.*



## Sociale vaardigheden leren: ook dat is revalideren

Mensen met hersenletsel hebben vaak moeite met sociale vaardigheden. Dit kan in hun dagelijks leven tot grote problemen leiden. Om die problemen te helpen voorkomen, ontwikkelde revalidatiecentrum De Vogellanden een training.

Mensen met hersenletsel zijn vaak minder sociaal vaardig. Door de hersenbeschadiging kunnen ze ontremd zijn, maar er zijn bijvoorbeeld ook mensen die moeite hebben om af te stemmen op een gesprekspartner. Zij zijn te breedspakig, beginnen zonder introductie te praten of komen maar niet to the point. Tegelijkertijd hebben mensen met hersenletsel sociale vaardigheden juist hard nodig, omdat ze door hun handicap bijvoorbeeld vaker nee moeten zeggen en vaker hulp moeten vragen. Als ze niet sociaal vaardig zijn, maakt dat hun functioneren in de maatschappij kwetsbaar. Omdat in de revalidatie nog geen aanpak bestond voor dit probleem, ontwikkelde De Vogellanden een training sociale vaardigheden.

### Basisvaardigheden

Het doel van de training is het veranderen van gedragingen die de relatie met anderen negatief beïnvloeden. Er zijn enkele basisvaardigheden die altijd worden getraind: observeren, luisteren en non-verbaal gedrag (stemvolume, duidelijk spreken, oogcontact, houding, gezichtsuitdrukking, afstand tot elkaar). Verder wordt gekeken welke vaardigheden mensen zelf willen trainen. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om het beginnen of eindigen van een gesprek, een verzoek doen of weigeren, reageren op een weigering, voor jezelf opkomen, waardering uiten over een ander of over jezelf.

### Directief

De training wordt gegeven door vier disciplines: een logopedist, maatschappelijk werkende, psycholoog en psychomotorisch therapeut. Iedere groep komt tien keer anderhalf uur bijeen, steeds begeleid door twee therapeuten, en er zijn twee terugkomsessies. Door modeling – waarbij de therapeuten gedrag voordoen in een rollenspel – en door zelf oefenen in rollenspellen, leren de revalidanten het beoogde gedrag. De benadering is heel directief.

Bijvoorbeeld in een rollenspel over ‘reageren op kritiek’, zegt de therapeut: ‘Kijk maar mee hoe het moet. Ik ga stevig staan. Ik kijk de ander aan. Ik luister en ik zeg rustig en met duidelijke stem terug: “Je zegt dat je het niet leuk vindt dat ik altijd vroeg weg ga. Kun je mij een voorbeeld geven van wat je precies bedoelt?”’ Deze aanpak maakt het doen van rollenspellen makkelijker en minder spannend voor revalidanten.

### Gedrag

In de training draait het om gedrag en wordt nadrukkelijk niet stilgestaan bij belemmerende emoties en gedachten. Het uitgangspunt is dat revalidanten bij het toenemen van hun sociale vaardigheden positieve ervaringen gaan opdoen, en dat ze daarom het nieuwe gedrag ook blijven toepassen. Om de kans op een succesvolle overdracht naar het eigen leven te vergroten krijgen ze huiswerk mee, dat de keer daarop wordt besproken. Vorig jaar werd begonnen met de training, en de eerste resultaten zijn veelbelovend. Revalidanten geven in de evaluatie aan dat ze sociale situaties met minder spanning tegemoet treden, dat ze beter kijken en luisteren naar anderen en dat ze bepaalde vaardigheden, zoals reageren op een weigering, beter beheersen. Ze zeggen de geoefende vaardigheden veel te kunnen toepassen in hun dagelijks leven. De training kan dus zeker bijdragen aan een geslaagde revalidatie.

*Mariëlle Zwaga,  
logopedist/klinisch linguïst De Vogellanden*

*Mensen die geïnteresseerd zijn in de training worden uitgenodigd om contact op te nemen met Mariëlle Zwaga (m.zwaga@vogellanden.nl) of Wouter Oonk, psychomotorisch therapeut (w.oonk@vogellanden.nl). Bellen kan via het algemene nummer (038) 498 11 11.*



## ‘De wil om snel vooruit te komen was er’

Juli 2005: Ronald van der Linden (nu 50) rijdt naar huis. Veel te hard, want hij is gehaast en geërgerd. Hij rijdt tegen een boom en belandt in de kreukels op de intensive care. Even hangt zijn leven aan een zijden draad, maar hij herstelt goed. En tegenwoordig is hij een bedachtzamer chauffeur. • Door Annelies van Lonkhuyzen

‘Ik had de barbecue aangestoken, we zouden barbecueën. Mijn zoon was weg met een oude scooter die hij had opgelapt en opgevoerd. Ik was er tegen dat hij reed met dat ding. Belde hij op dat hij motorpech had; of ik hem kon komen halen. Die barbecue stond aan, dus ik pik geïrriteerd mijn zoon en zijn vriendin op en rijd als de wiedeweerga terug naar huis. Ik heb altijd veel gereden en had het gevoel: mij kan niets gebeuren. Maar in een onoverzichtelijke bocht ging het mis. Ik zat op de linker weghelft, moest uitwijken voor een tegenligger en raakte de macht over het stuur kwijt. Ik keek mijn zoon aan en zag een vragende blik, zo van: wat gaat er gebeuren? Toen een hoop kabaal, zoals een ongeluk klinkt.

Mijn zoon en zijn vriendin waren gewond, naar later bleek niet ernstig. Ik zat bekneld en moest worden uitgezaagd; in de ziekenwagen raakte ik buiten bewustzijn. Mijn beide bovenbenen waren gebroken, net als een onderbeen, arm en sleutelbeen. En ik had een gekneusde long, waarvoor ik twee weken in slaap ben gehouden. Door complicaties was het de eerste week erop of eronder; daarna werd ik stabiel. Langzamerhand kwam ik tot bewustzijn en ging me realiseren wat er gebeurd was. Terwijl ik van niets wist, had iedereen vreselijk in angst gezeten. Door mijn toedoen. Ik was blij dat het niet erger was afgelopen, en ook dat ik degene was die in dat ziekenhuisbed lag en niet mijn zoon of zijn vriendin.

Na een week of vier begon ik me stierlijk te vervelen en vroeg ik de revalidatiearts of ik niet al wat kon revalideren. Officieel mocht dat pas na zes weken, maar gelukkig mocht ik eerder beginnen. Met een brancard werd ik het zwembad ingereden. In het begin kon ik niks, met twee gebroken benen en een gebroken arm is het lastig revalideren. Maar de wil om snel vooruit te komen was er. En het ging snel, ook door de goede begeleiding door de fysiotherapeuten. Zij waren niet bepaald flauw, maar ik was ook niet flauw voor mezelf. Ik heb regelmatig gezegd: “Pijn is fijn.” Natuurlijk is pijn niet fijn, maar soms moet je er wel doorheen om ergens te komen. Als ze zeiden dat ik een oefening twaalf keer moest doen, deed ik hem dertien keer.

Na de revalidatietijd deed ik al snel weer alles wat ik voorheen ook deed. Ik was in loondienst, maar vanaf 2007 hebben mijn vrouw Leontien en ik een eigen bedrijf\* waarmee we bijzondere gietvloeren maken. We kenden elkaar ten tijde van het ongeluk nog niet zo lang, hadden beiden een vervelende scheiding achter de rug en waren heel blij dat we elkaar hadden gevonden. De eerste herinnering die ik heb na het ongeluk, is Leontien die zei: “Je gaat toch niet weg hè?” Nu genieten we nog bewuster van elkaar en van het leven. En in de auto heb ik niet meer de illusie dat ik onkwetsbaar ben; ik weet maar al te goed dat dat niet waar is.

\* www.ontwerpjevloer.com.



### ‘Maak seksualiteit bespreekbaar’

**Arie Molenaar (51):** ‘Zestien jaar geleden kreeg ik te horen dat ik MS heb. De neuroloog behandelde me met prednison, waarvoor ik telkens enkele dagen in het ziekenhuis moest liggen. Na een aantal jaren merkte ik dat het op seksueel gebied ook achteruitging door mijn ziekte. Mijn lichaam werd steeds ongevoeliger, waardoor ik er minder plezier aan beleefde. Toen ik dat wilde bespreken met de neuroloog, schrok hij nogal. Aan dat onderwerp wilde hij zijn vingers liever niet branden, merkte ik. Uiteindelijk ben ik op mijn verzoek doorverwezen naar een seksuoloog, bij wie ik eindelijk mijn verhaal kwijt kon. Dat waren plezierige en goede gesprekken, waarin mijn vrouw en ik ook adviezen kregen op het gebied van seks. Inmiddels is mijn lichaam verder achteruit gegaan en daarmee ook mijn seksleven. Ik ga nog wel ieder half jaar na mijn revalidatiearts, maar ondersteuning van een seksuoloog heb ik niet meer nodig. Het heeft voor mij een plek gekregen, en daarover hoef ik niet meer met anderen te praten. Destijds heb ik het initiatief genomen, maar het zou veel prettiger zijn als behandelaars dat zelf al in een vroeg stadium doen. Seksualiteit mag niet onder het tapijt worden geveegd. Het moet in de behandeling net zo’n normale plaats innemen als het feit dat het lichaam allerlei gebreken gaat vertonen.’

Foto: Inge Hondbrink

Praten over problemen met seks blijkt binnen de revalidatie niet altijd makkelijk. Om hulpverleners te leren met minder schroom dit onderwerp te bespreken, zijn enkele jaren geleden trainingen ontwikkeld. Volgens seksuoloog Woet Gianotten, een van de bedenkers van die trainingen, is de belangstelling ervoor groot. ‘Maar bij meer dan de helft van alle revalidatiecentra is seksualiteit helaas nog steeds niet als een vast thema in het behandelprogramma opgenomen.’ • Door John Ekkelboom

# Seksualiteit: naar nog meer openheid

**D**e seksuele revolutie uit de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw heeft de omgang met seksualiteit sterk veranderd. Toch is voor veel mensen dit onderwerp nog steeds moeilijk bespreekbaar. Dat speelt extra sterk wanneer er problemen zijn met seks, zoals bij veel revalidanten – ongeveer 60 tot 80% – het geval is. Hoewel behandelaars dit doorgaans wel weten, snijden de meesten van hen het thema liever niet aan. Ook revalidanten zelf brengen het uit schaamte doorgaans niet ter sprake. Zij hopen dat de professional het initiatief neemt. Volgens Woet Gianotten, gepensioneerd seksuoloog in Hilversum, zijn dit pijnlijke situaties. ‘Immers, seksualiteit is een belangrijk aspect van de kwaliteit van leven. Als je door een ziekte of beperking op dat gebied niet goed meer functioneert, wil je daar graag een oplossing voor. Een gesprek daarover kan veel soelaas bieden.’

#### Onbekwaam

Gianotten werkte ruim tien jaar als consultant in De Hoogstraat in Utrecht en in De Trappenberg in Huizen. In dit laatste revalidatiecentrum heeft hij ook na zijn pensioen in 2006 nog eenmaal per maand spreekuur. In de beginjaren kreeg hij als consultant weinig revalidanten doorverwezen. Dezelfde ervaring had destijds seksuoloog Jim Bender van Sophia Revalidatie in Den Haag. Uit enquêtes in de drie instellingen kwam de ontevredenheid van revalidanten naar boven. Bovendien bleek dat professionals zich onbekwaam achten om over seksualiteit te praten. Om hun deskundigheid op dat gebied te bevorderen, gingen beide seksuologen trainingen ontwikkelen. Bender richtte zich op het teamproces en Gianotten ontwikkelde trainingen per discipline voor revalidatieartsen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen.

#### Professionele houding

Gianotten licht toe dat alle disciplines wel eens te maken krijgen met seksualiteit, de een meer dan de ander. ‘Bijvoorbeeld de ergotherapeut kan bepaalde standjes of hulpmiddelen adviseren, zoals een ‘bodybouncer’, een soort kruk die vrijen in andere houdingen mogelijk maakt. Verpleegkundigen horen en zien veel op de afdeling, ook wat seksualiteit betreft. Wij leren hen daarmee om te gaan. Belangrijk is tevens dat hulpverleners de seksuele problemen van hun cliënten binnen hun team bespreken. En stel dat er sprake is van seksueel misbruik in het verleden, wat bijvoorbeeld kan meespelen bij revalidanten met chronische pijn, dan moet je gezamenlijk nagaan of het beter is om zo iemand door een vrouwelijke collega te laten behandelen. Iedereen moet leren de burgerattitude ten aanzien van seks tijdens het werk te vervangen door een professionele houding.’ Een training, die één tot zes dagdelen duurt, bestaat uit een theoretisch gedeelte over seksualiteit in relatie met lichamelijke beperkingen en uit het naspelen van praktijksituaties uit de revalidatiecentra. Gianotten heeft gemerkt dat sommige deelnemers er erg veel moeite mee hebben. Zij zullen volgens hem het onderwerp seks binnen hun werk waarschijnlijk altijd blijven vermijden. Maar het leeuwendeel is enthousiast, constateert hij tevreden. Deze hulpverleners willen graag het taboe doorbreken en ertoe bijdragen dat seksualiteit een vast onderdeel van het behandelprogramma wordt.

#### Opluchting

Een van die hulpverleners is Catja Dijkstra, revalidatiearts op de dwarslaesieafdeling van De Hoogstraat. Zij volgde enkele jaren geleden de beroepsgerichte training. Dijkstra vertelt dat op haar afdeling veel jonge >

## ‘Ik merk dat veel revalidanten het als een opluchting ervaren als ik erover begin’



Foto: Inge Hondelbrink

> mannen zitten voor wie seksualiteit een belangrijk onderwerp is. ‘Tijdens de intake geven we tegenwoordig aan dat seksualiteit mogelijk vroeg of laat een rol gaat spelen. We benadrukken dat ze er dan gewoon vragen over moeten stellen, als ze daar behoefte aan hebben. De meesten komen er zelf op terug. Soms krijg je die boodschap via de verpleging door. Hoor je helemaal niets, dan benoem je het later zelf nog een keer op je spreekuur.’ Dijkstra heeft de training als zeer nuttig ervaren. Vooral dankzij de rolspelen heeft ze geleerd het onderwerp seks beter bespreekbaar te maken. ‘In het begin vond ik dat toch best spannend. Nu niet meer. Ook binnen het team praten we er makkelijker over. Bovendien weet ik steeds beter welke problemen er spelen, waardoor ik adequater antwoord kan geven op vragen. Die kennis geeft een stuk zekerheid en zelfvertrouwen. Ik merk dat veel revalidanten het als een opluchting ervaren als ik erover begin. Je neemt toch een drempel weg. Zelf ga ik vooral in op het lichamenlijk disfunctioneren en de mogelijke medicatie. Gaat het gesprek uiteindelijk over intieme zaken met de partner, dan stuur ik de revalidant door naar onze seksuoloog.’

### Seksualiteit in opleiding

Inmiddels hebben in de afgelopen vier jaar 760 personen een training gevolgd. Dat is 12% van alle revalidatieprofessionals in ons land. Er is dus nog een hoop werk te verzetten. Maar omdat slechts Bender en hij de trainingen geven, is Gianotten erg tevreden over het huidige tempo. Alleen in het noorden

en oosten van het land loopt het nog niet zo vlot. De Hilversumse seksuoloog heeft daar geen verklaring voor. Verder hebben verschillende revalidatiecentra seksualiteit als vast thema in het behandelprogramma opgenomen. Tien van de 24 centra beschikken bovendien over een seksuoloog, wat nog niet veel is, maar wel zes meer dan in 2004. Tevens is sinds dat jaar de seksuele problematiek van revalidanten een vast onderdeel geworden in de opleidingen tot seksuoloog en heeft de nascholing van revalidatieartsen een vaste module over seksuologie. Gianotten pleit ervoor dat ook de andere revalidatiedisciplines dit aspect in de opleiding opnemen.

### Lijvig boekwerk

Toen na de eerste trainingen in 2004/2005 uit een enquête onder de deelnemers bleek dat zij naast de praktische oefeningen ook de kennis in de bijbehorende reader erg waardeerden, besloot Gianotten dit onderdeel verder uit te diepen in een boek. Zestig deskundigen uit Nederland en België vroeg hij bijdragen te leveren. Onder zijn redactie, samen met Greet Meihuizen en Nel van Son, kwam in september 2008 *Seksualiteit bij ziekte en lichamenlijke beperking* uit. Een lijvig boekwerk waarop Gianotten trots is. Het geeft onder meer uitleg over seksuele problemen en stoornissen die bij mensen met een handicap of ziekte kunnen voorkomen, gaat in op behandelingen, hulpmiddelen en houdingen en geeft vele voorbeelden uit de praktijk. Op een bijgeleverde cd staan ontspanningsoefeningen, interviews met revalidanten en dienstverleners, vijftig wetenschappelijke artikelen, folders, meer dan 100 casussen en diverse powerpointpresentaties. ‘Dit boek met cd hoort op de boekenplank van alle revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen te staan’, zegt Gianotten.

### Kinderen en jongeren

Inmiddels wordt gedacht aan een volgend boek. Dit keer over relationele, lichamenlijke en seksuele aspecten in de kinderrevalidatie, waaraan ook *Seksualiteit bij ziekte en lichamenlijke beperking* al enigszins aandacht besteedt. Gianotten: ‘Tijdens de trainingen vroegen professionals regelmatig hoe ze deze problematiek bij kinderen en jongeren moeten aanpakken. Dat is zo’n andere doelgroep. Wat doe je als een meisje van zestien met een spierziekte verliefd wordt op een jongen met traumatisch hersenletsel die zijn handen niet thuis kan houden? Hoe ga je om met schaamte, mannelijkheid, vrouwelijkheid, voorlichting aan kind en ouders, lichaamsbeeld en weerbaarheid? Een nieuw boek kan zorgen dat revalidatiemedewerkers ook op dit soort vragen een antwoord krijgen.’

*‘Seksualiteit bij ziekte en lichamenlijke beperking’ is bij de boekhandel verkrijgbaar en kost € 95,- (ISBN 9789023244059).*

## Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

# Revalideren aan zee

Door John Ekelboom



Foto's: John Ekelboom



Klinische revalidanten per jaar:  
14 kinderen en 513 volwassenen

Poliklinische revalidanten per jaar:  
534 kinderen en 1.431 volwassenen

Medewerkers: 500

Revalidatieartsen: 13

Bedden: 115

Klinische Revalidatiebehandeluren  
(RBU's) per jaar: 73.078

Poliklinische Revalidatiebehandeluren  
(RBU's) per jaar: 79.298

Het kantoor van Frans Le Fèvre, manager revalidatie van Heliomare in Wijk aan Zee, biedt een fraai uitzicht op de weidse duinen. In de verte graast een groepje Schotse Hooglanders en de wind waait de wolken over het landschap. Heliomare ligt niet toevallig op deze oer-Hollandse idyllische plek. In de jaren dertig van de vorige eeuw werd hier een sanatorium neergezet voor mensen met tbc. De zuivere zeelucht moest een bijdrage leveren aan hun genezing. Na de Tweede Wereldoorlog kreeg het gebouw de functie van revalidatiecentrum.

Le Fèvre bevestigt dat het een prachtige locatie is, maar wel met één groot nadeel. ‘De helft van ons verspreidingsgebied ligt in zee. Het was natuurlijk praktischer geweest als ons centrum zo’n dertig tot veertig kilometer landinwaarts had gestaan.’ Maar de ligging heeft vooral voordelen, weet de manager. Veel mensen kiezen juist voor een rustige en natuurlijke omgeving om te revalideren. Heliomare speelt daar gretig op in. Zo geven medewerkers regelmatig loop- en fietstrainingen in de duinen en op het strand. Ook de moderne Orangerie kijkt uit op de duinen. Le Fèvre: ‘Deze Orangerie, die de hele dag open is, is een belangrijk onderdeel van onze gastvrijheid. Patiënten kunnen hier hun bezoek ontvangen of gewoon een kopje koffie drinken. Tevens is het mogelijk er goed en voordelig te eten, eventueel met familie en vrienden.’

Het dienstenaanbod van Heliomare is breed. Naast algemene revalidatie richt het centrum zich op sport, arbeidsintegratie, onderwijs, wonen en dagbesteding. Patiënten hebben volgens Le Fèvre behoefte aan zo’n **totaalpakket**. ‘We proberen maatwerk te leveren. Daarom hebben we ons bijvoorbeeld

ook gespecialiseerd in patiënten die aan het infuus liggen, beademing nodig hebben of leiden aan slaapproblemen. Door hen op een adequate manier te behandelen, revalideren zij beter.’

Bij maatwerk hoort eveneens een netwerk van partners – zoals revalidatieafdelingen in ziekenhuizen, de thuiszorg, huisartsen en verwijzend specialisten – die in de provincie de patiënten thuis begeleiden. Om met hen kennis te delen, wil Heliomare een expertisecentrum opzetten. Le Fèvre licht toe dat **thuis trainen** de toekomst heeft. ‘Ik denk dat het gebouw in Wijk aan Zee minder belangrijk wordt en dat mensen daar alleen nog voor korte intensieve trainingen komen. Wat ze tijdens die sessies leren, kunnen ze thuis onder begeleiding toepassen. Dit komt de kwaliteit van de revalidatie ten goede en is goedkoper.’

Ondernemerschap en daadkracht behoren tot de kernwaarden van Heliomare, vertelt Le Fèvre. Het centrum streeft voortdurend naar verbetering. Zo zoekt Heliomare naar nieuwe samenwerkingsmogelijkheden en naar moderne behandelmethodes. Le Fèvre: ‘In het nabijgelegen Beverwijk realiseren we een uniek **kinder- en jeugdcentrum**, waarin we mytylonderwijs en revalidatie volledig integreren. Anders dan gebruikelijk vindt behandeling in blokken plaats in de klas, waarbij leerkracht en behandelaars samenwerken. Kinderen hoeven de klas dus niet steeds te verlaten voor therapie en missen geen lesstof. De therapeutische handelingen passen we gedurende de hele schooldag toe en behoren zo tot gewone dagelijkse handelingen. Het nieuwe gebouw wordt aan de hand van deze visie ontworpen en zal in 2011 zijn deuren openen.’

De zorg voor jongeren met een handicap kan beter, vinden jongeren zelf én hun zorgverleners. Steeds meer revalidatiecentra zijn zich hiervan bewust en zetten zich in om deze zorg te verbeteren. Daarbij kunnen ze gebruik maken van de kennis en ervaring die inmiddels beschikbaar zijn.

• Door Rosanne Faber

# Beter begeleiden naar volwassenheid

Het woord 'transitie' wordt in de revalidatie gebruikt om een overgang aan te duiden: de overgang van jeugd naar volwassenheid, maar ook de overgang van kinder- naar volwassenenrevalidatie.

Hier gaapt een gat, want voor kinderen wordt in de revalidatie veel geregeld, maar daarna moeten ze veelal zichzelf zien te redden. Marij Roebroek van Erasmus MC Revalidatie is leider van het programma *Transitieonderzoek Zuidwest Nederland (ZWN)*: 'Veel jongeren komen tijdens de middelbare-schooltijd minder frequent naar de revalidatiearts en daarna raken ze vaak helemaal uit beeld, of ze komen pas terug als ze vastgelopen zijn. Uit onderzoek onder jongeren blijkt dat er wél behoefte is aan zorg. Deels is dit een relatief nieuw probleem, omdat tegenwoordig veel meer kinderen met een handicap volwassen worden. Dit verklaart ook een hiaat in expertise op het gebied van de behandeling van volwassenen met een op kinderleeftijd verworven aandoening.'

## Voor vele jaren

Roebroek: 'Met de kennis die we opdoen uit onderzoek kunnen we gericht behandelingen opzetten. In diverse onderzoeken wordt in kaart gebracht welke factoren van invloed zijn op de ontwikkeling naar zelfstandigheid. Participatie blijkt hierbij erg belangrijk: deelname aan het sociale en maatschappelijke leven, opleiding, werk, wonen, huishouden. Tegelijk blijkt dat deze gebieden te weinig aan bod komen in behandelcontacten in ziekenhuis of revalidatiecentrum. Maar als je jongeren hierbij kunt ondersteunen, levert dat winst op voor de vele jaren daarna. Natuurlijk in de eerste plaats voor de jongeren zelf, maar ook voor de maatschappij, bijvoorbeeld door afname van arbeidsongeschiktheid. Dit belang is groot als je je realiseert dat circa 5,5% van

alle kinderen opgroeit met een chronische aandoening waarvoor ze in de kinderrevalidatie worden behandeld. Nog een belangrijk gegeven is dat jongeren zich niet op alle gebieden tegelijk ontwikkelen. Daarom zijn we behandelmodules gaan maken, waardoor die gebieden per stuk op het juiste moment aangepakt kunnen worden. Bijzonder is dat we met het transitieonderzoek internationaal gezien koplopers zijn, mede dankzij de steun van fondsen en de revalidatiecentra in Zuidwest Nederland. We hebben een goed georganiseerd netwerk waarin onderzoekers en behandelaars samenwerken.'

## Extra belasting

Om in kaart te brengen waar jongeren staan in hun ontwikkeling, is het Rotterdams Transitieprofiel ontwikkeld. Ook zijn inmiddels vier behandelmodules klaar en twee bijna. Rijndam revalidatiecentrum en Erasmus MC hebben een transitiepoli opgezet voor jongeren, evenals Sophia Revalidatie, VUmc, UMCG en De Hoogstraat. 'Goede zorg voor jongvolwassenen met een aandoening rust op twee pijlers', aldus de Rotterdamse revalidatiearts Wilma van der Slot. 'Ten eerste leer je ze om zelf de medische kant van hun aandoening te managen en ten tweede – minstens zo belangrijk – begeleid je ze naar een zo zelfstandig mogelijk leven. Jongvolwassen zijn nog niet 'af', hebben nog geen baan en voeren niet zelfstandig een huishouden. Er komen steeds taken bij in deze levensfase. Als je een chronische aandoening hebt, is de belasting nóg groter, waardoor het risico toeneemt om vast te lopen. Dit wordt nog wel eens over het hoofd gezien. Daarom scholen we jongeren nu op tijd: wanneer moet je aan de bel trekken, en waar? De jongeren zijn tevreden over de behandelmodules en nu de poli langer draait, zie je ze ook groeien in hun ontwikkeling. Daar geniet ik erg van.'

## 'Fijn dat er iets speciaal voor jongeren is'

Anita Staal (24 jaar) is op haar twaalfde geopereerd aan een hersentumor. Haar kortetermijn-geheugen is beschadigd, ze heeft een gezichtsbeperking (kokervisus) en evenwichtsstoornissen. Anita: 'Ik vind het moeilijk om het een last te noemen. Het is natuurlijk vervelend, maar ik ben ook blij dat dat het enige is wat ik eraan heb overgehouden. Ik ben gelukkig positief, je moet het doen met de mogelijkheden die er zijn. Het gaat wel veel beter sinds ik bij Groot Klimmendaal het Brain Integration Project gevolgd heb. Daar leerde ik oefjes om mijn geheugen te ondersteunen. Ik schrijf bijvoorbeeld altijd lijstjes. Doordat je de dingen zelf opschrijft, sla je het op in je geheugen. Ik ben een echte boekhouder, steeds met pen en papier in de weer. Ik wil dan ook graag accountant worden, dat heeft me altijd leuk geleken. Ik zit nu op het mbo en bij Rijndam volg ik een revalidatiemodule gericht op werk, om uit te vinden of wat ik wil wel reëel is en om te leren hoe ik mijn plannen kan realiseren.'

'Ik heb al meer van die modules gevolgd en ik ben er heel tevreden over. Door mijn beperkingen ben ik gestopt met sporten. Ik deed vroeger aan handbal, maar dat lukte niet meer. Toen heb ik de module *Actieve leefstijl en sport* gedaan. Dat hielp echt, want in je eentje ga je niet allerlei sporten uitproberen. Ik ontdekte dat ik nog best kan sporten. Nu ga ik elke week met een vriendin lekker baantjes zwemmen en ik fitness. De module *Regie over eigen* leven ging vooral over hoe je met bepaalde situaties om kan gaan, hoe je erop reageert. Omdat de modules in een groep worden gegeven, geef je elkaar adviezen. Ik vind dat heel goed, je kan het beter hebben als een lotgenoot zegt dat je iets beter anders kunt doen, dat voelt minder als kritiek.'

'Ik woon nog bij mijn moeder en dat bevalt ons allebei prima. Tegen de tijd dat ik op mezelf ga wonen is daar ook een module voor. Het is fijn dat er iets speciaal voor jongeren is, het is allemaal al moeilijk genoeg en daarbij zit je in een fase van je leven waarin er toch al zoveel verandert. Dan is het goed als je dit soort ondersteuning krijgt. Mij heeft het zelfvertrouwen gegeven en ik heb geleerd om assertief te zijn. Dat is nodig, want anders sneeuw je snel onder in de maatschappij.'

## Twee programma's om de zorg aan jongeren te verbeteren

*TransitieNet* is een initiatief van Erasmus MC Revalidatie, Rijndam revalidatiecentrum, de Hogeschool Rotterdam en de BOSK. Dit programma wordt gefinancierd door onder andere het Johanna Kinderfonds en het Kinderfonds Adriaanstichting. *TransitieNet* organiseert expertise-uitwisseling tussen behandelaars, maar biedt ook ondersteunende informatie voor jongeren. Revalidatiearts Wilma van der Slot: 'We kunnen in de zorg nog beter samenwerken. Het is veel efficiënter om bijvoorbeeld landelijk één behandelmodule te ontwikkelen en die lokaal toepasbaar te maken. Daar kan *TransitieNet* een grote rol in spelen.' Kijk voor *TransitieNet* op [www.opeigenbenen.nu/professionals/revalidatie](http://www.opeigenbenen.nu/professionals/revalidatie).

*Op eigen benen vooruit!* is een actieprogramma van de Hogeschool Rotterdam, het kwaliteitsinstituut CBO en verbeterteams uit revalidatiecentra en ziekenhuizen. Het Innovatiefonds Zorgverzekeraars financiert het programma. Er werken nu verbeterteams mee uit Heliomare, Blixembosch en UMCG-Revalidatie. Medio 2009 start de verspreidingsfase, waarvoor nieuwe teams zich kunnen aanmelden via [www.opeigenbenen.nu/professionals/actieprogramma](http://www.opeigenbenen.nu/professionals/actieprogramma).

Er ligt druk op revalidatiecentra om efficiënter en transparanter te werken. De planningsafdeling speelt hierbij een cruciale rol. Immers, daar vindt de afstemming plaats tussen zorgvraag en behandelcapaciteit. Nu is het de vraag of de bestaande planningsystematiek ruimte biedt om te voldoen aan de eisen van deze tijd. Nee, zegt Erwin Tjan in dit artikel.



# Tijd voor een écht andere planning

Op de planningsafdeling van een revalidatiecentrum komen de wensen en eisen van allerlei partijen samen. Denk bijvoorbeeld aan verlofaanvragen van behandelaars, wijzigingen in behandelplannen, afzeggingen van revalidanten en bedrijfsdoelen van managers. Op dit moment maakt het overgrote deel van revalidatiecentra gebruik van een structuurplanning, weekplanning en dagplanning. In de structuurplanning staan de afspraken die steeds terugkomen, zoals wekelijkse behandelingen en vergaderafspraken. De structuurplanning vormt in combinatie met incidentele wijzigingen de weekplanning. Daarmee wordt het therapieooster gemaakt, dat één of twee weken van tevoren aan revalidanten wordt toegestuurd. De laatste mutaties, zoals ziekte van revalidanten of behandelaars, worden verwerkt in de dagplanning.

## 60%

In het verleden werkte deze aanpak prima. Maar de introductie van specialisatie en maatwerk heeft geleid tot behandelprogramma's die niet meer van begin tot eind hetzelfde zijn en tot een toename van het aantal mutaties. Hierdoor is het repeterende karakter van behandelingen afgenomen en moet de structuurplanning vaker gewijzigd worden. Daarnaast moeten de planners onder druk vanuit verzekeraars elk gaatje in het rooster benutten, wat ook weer mutaties met zich meebrengt. Door dit alles is er soms wel een verschil van 60% tussen structuurplanning en weekplanning. Deze werkwijze is zeer inefficiënt en bovendien komen knelpunten in de planning pas heel laat aan het licht. Revalidanten krijgen hun therapieooster ook pas heel laat, wat zij als zeer klantonvriendelijk ervaren. Veel centra vragen zich daarom af of de huidige manier van plannen nog wel de juiste is.

## Maatregelen

Een aantal revalidatiecentra is bezig om tot een bedrijfsmatiger planning te komen, onder andere in het project *Revalidatie in Beweging*. Zo zijn maatregelen genomen om het aantal mutaties terug te brengen, bijvoorbeeld door eens in de zes weken een aanpassing van het behandelprogramma toe te staan en door de introductie van zorgpaden. Een zorgpad is een vast stappenplan voor een revalidatieproces, waardoor vooraf duidelijk is wanneer welke organisatorische inzet nodig is. Voor het verbeteren van de klantvriendelijkheid heeft een aantal centra een langere planningshorizon geïntroduceerd, zodat de weekplanning eerder bekend is. Deze maatregelen hebben zeker voordelen, maar lossen het structurele planningsprobleem niet op.

## Soms is er een verschil van 60% tussen structuurplanning en weekplanning

## Anders plannen

De revalidatiesector zou baat hebben bij een heel nieuwe planningsmethodiek, waarbij voorafgaand aan iemands revalidatieproces alle behandelingen en afspraken van die persoon op datum worden ingepland. Je gaat dus uit van een zorgpad, en plant dat hele pad vooraf tot op de dag in. Als je dat doet, is de planning niet langer een repeterende puzzel die voortdurend botst met de realiteit. De planning is gebaseerd op de feitelijke behandelprogramma's van revalidanten, en heeft daarmee een realistisch uitgangspunt. Om zo te kunnen plannen, is andere software nodig dan op dit moment beschikbaar is. Software voor advanced planning & scheduling (APS) – een systeem voor het opti-

maal plannen van ingewikkelde processen – zou zeer geschikt zijn voor deze taak. De planner wordt dan geholpen bij lastige planningsafwegingen en het systeem biedt tevens een signalerende functie voor knelpunten in de planning.

## Stappen

Als afspraken op datum worden ingepland, worden knelpunten in de afstemming tussen zorgvraag en behandelcapaciteit vroegtijdig zichtbaar. Eerder ingrijpen is mogelijk, waardoor onder andere de vraag naar dure flexibel inzetbare arbeidskrachten zal afnemen. Daarnaast is de systematiek transparanter: het wordt bijvoorbeeld zichtbaar als meer behandeling is ingepland dan op grond van de DBC's vergoed zal worden. En, ook heel belangrijk, revalidanten weten eerder en beter waar ze aan toe zijn. Voor de planners zal de nieuwe werkwijze tijd besparen, die ze kunnen gebruiken om optimale roosters te ontwikkelen voor revalidant, behandelaar en manager; een wens die leeft bij veel planners. Natuurlijk zal de introductie van een nieuwe planningsmethodiek niet zonder slag of stoot gaan. Het loslaten van een ingeroeste werkwijze is complex, vraagt om leiderschap en kost energie. Gezamenlijk zullen centra stappen moeten zetten om de benodigde software te ontwikkelen. Maar gezien de ontwikkelingen in de zorg kan de revalidatiesector het zich niet veroorloven om deze stappen niet te zetten.

*Ir. Erwin Tjan, adviseur Tild, bureau voor zorglogistiek (e.tjan@tild.nl), docent Hogeschool van Amsterdam en TU Delft*

*Op [www.tild.nl/revalidatie](http://www.tild.nl/revalidatie) staat meer informatie over dit onderwerp.*



## Seks & handicap

Ooit schreef ik in *Playboy* een reeks verhalen over 'seks & handicap'. Het was een themanummer over taboes. Was het onderwerp taboe? In elk geval was het in mijn revalidatieperiode in mijn tienerjaren, en ook in de jaren daarna, beslist ongebruikelijk om als puber met dwarslaesie mijn seksualiteit en aankomend seksueel leven te bespreken met mijn behandelaars. Het was gewoon geen onderwerp. Mijn lichaam was immers geen lustobject, maar een bron van zorgen en problemen; het had daarom niets te verlangen, het moest eerst maar eens leren doen wat ervan verwacht werd!

Praten over seks zou in de revalidatie normaal moeten zijn, voor alle revalidanten die daar behoefte aan hebben. Maar essentiëler is het dat iemand met een lichamelijke beperking dermate met zijn lichaam in contact leert zijn en van zichzelf leert houden dat hij zichzelf ook – of weer – als seksueel wezen kan ervaren. De rest volgt dan vanzelf.

Zo weinig aandacht als er voor het onderwerp ook nu vaak nog is in de revalidatie, zo veel aandacht is er in de media. Tal van radio- en tv-programma's wisten mij te vinden als het ging om 'seks & handicap'. Van de Duitse talkshow *Vera am Mittag* tot de Belgische Goede Liefkens of het zeurderige *Vinger aan de Pols*. Allemaal zochten ze opheldering en uitleg. Leuk vond ik het om te provoceren. Daarom zei ik bijvoorbeeld dat seks met gehandicapten zoets is als seks met dieren, maar dan net een beetje anders. Ik heb namelijk werkelijk geen idee wat mensen nu precies willen weten. Het zal het verlangen zijn om dingen te horen die men nooit eerder hoorde, gedreven door de zucht naar kicks of misschien door armoede in de eigen slaapkamer. Tegenwoordig is mijn reactie bij dit soort radio- en tv-uitnodigingen kort: 'Vertel mij over uw seksleven, dan vertel ik u wat uw handicap is!'

Annemarie Postma

# Revalidatieverpleging heeft sterke beroepsvereniging nodig!

Nederlandse verpleegkundigen en ziekenverzorgenden hadden tot voor kort ruim vijftig beroepsverenigingen, met als koepel de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV). Dit bleek geen toekomstbestendige organisatievorm. Om de positie van verpleegkundigen te verstevigen, zijn meer dan dertig verenigingen van de AVVV in 2006 gefuseerd tot de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). V&VN zet zich in voor de kwaliteit van de zorgverlening, en voor de individuele en collectieve belangen van verpleegkundigen. Een verbetering die V&VN bijvoorbeeld realiseerde, is het kwaliteitsregister. In een online portfolio leggen verpleegkundigen vast wat ze doen aan deskundigheidsbevordering. Zo wordt inzichtelijk of ze voldoen aan de hiervoor door de beroepsgroep opgestelde standaard.

Verpleegkundigen en verzorgenden die werken in revalidatiecentra, waren verenigd in de Nederlandse Beroepsvereniging voor Revalidatieverpleging (NBRV). Bij V&VN zijn ze ondergebracht in de afdeling Neuro & Revalidatie. Binnen die afdeling functioneert de werkgroep revalidatie, die de kwaliteit van de revalidatieverpleging wil bevorderen en spreekbuis wil zijn van de revalidatieverpleging op landelijk niveau. Revalidatieverpleging is een vak apart. Als revalidatieverplegende moet je in staat zijn om een lange, intensieve zorgrelatie aan te gaan met de revalidant en de mensen om hem heen. Steeds opnieuw moet je een evenwicht vinden in het stimuleren van de revalidant en hem daarbij niet overbelasten. Ook het multidisciplinair werken is specifiek. In de revalidatie ben

je als verplegende medebehandelaar, die zorgt dat revalidanten wat ze leren tijdens therapie in de loop van de dag toepassen en verder trainen.

Er zijn in de revalidatiesector veel ontwikkelingen die invloed hebben op het werk van verpleegkundigen. Revalidatiecentra reageren hier steeds individueel op. Voorbeelden zijn de ontwikkeling van verpleegplannen, DBC's in relatie tot de verpleging en functiedifferentiatie. Als werkgroep revalidatie zijn we van mening dat het veel effi-

het overdragen van informatie, hebben we als werkgroep een taak bij de ontwikkeling van richtlijnen. Zo werd het afgelopen jaar een beroep op ons gedaan bij het HKZ-normenstelsel voor de revalidatie en bij de richtlijn voor een beroerte.

Van de ongeveer 2000 verpleegkundigen en verzorgenden die werken in de 24 Nederlandse revalidatiecentra, zijn er nu circa 100 lid. Dat is bijzonder weinig. We hopen dat veel meer verpleegkundigen lid worden, zodat we als revalidatiewerkgroep meer middelen krijgen

## ‘Revalidatieverpleging is een vak apart’

ciënter en beter is om meer in gezamenlijkheid op ontwikkelingen te reageren. We moeten meer gebruik maken van elkaars kennis en ervaring. Onder meer via [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl) en via nieuwsbrieven wordt informatie overgedragen. Leden weten elkaar onderling via de mail makkelijk te bereiken. De werkgroep revalidatie organiseert verder studiedagen. De volgende studiedag, in oktober, zal gaan over het Revalidatie EPD en over interventies bij risicogedrag en het gebruik van de Zweedse band. Door onze leden te informeren over de manier waarop de verschillende centra hiermee omgaan, stellen we ze in staat gebruik te maken van de aanwezige kennis. Het bijzondere van de studiedagen is dat ze steeds worden gehouden in een ander revalidatiecentrum, dat zijn deuren open zet en iedereen een blik in de keuken gunt. Dit is leuk en leerzaam. Behalve bij

en meer gewicht in de schaal kunnen leggen. Revalidatiecentra zouden het lidmaatschap van hun verpleegkundigen veel meer moeten bevorderen, bijvoorbeeld door hen gelegenheid te bieden om deel te nemen aan onze studiedagen. Een sterke beroepsvereniging komt niet alleen de kwaliteit van zorg ten goede, ook de zorgverleners worden er beter van. Want we willen allemaal ons beroep zo goed mogelijk kunnen uitoefenen en trots blijven op ons bijzonder mooie vak.

*Marcella de Wit-Vissers ([m.wit@sr.nl](mailto:m.wit@sr.nl)),  
voorzitter werkgroep revalidatie V&VN*

*Kijk voor meer informatie op [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl).*

# Erni Bodegraven

Door Kitty Rotteveel

**WERK** > TWEE DAGEN PER WEEK HAPTOTHERAPEUT BIJ DE TRAPPENBERG; TWEE DAGEN EEN EIGEN PRAKTIJK **LEEFTIJD** > 47 JAAR **PRIVÉ** > WOONT SAMEN **HOBBY** > SAXOFOON SPELEN IN EEN JAZZBANDJE EN SPORTEN **HEKEL AAN** > MOBIEL BELLEN IN DE TREIN

### Wat doet een haptotherapeut?

‘Ik leer mensen om hun lichaamssignalen en gevoelens te herkennen. Hierdoor kunnen ze veel ontdekken over zichzelf. Opgetrokken schouders, een gespannen lijf, blozen, het opeens koud krijgen: het zegt iets over hoe je een gebeurtenis ervaart. Schrik je ergens van terug, maakt het je verlegen? De tweede stap is ontdekken: hoe ga je om met wat je voelt? Dan zie je dat normen en waarden een grote rol spelen. Je bent bijvoorbeeld boos, maar mag dat wel; hoor je je niet te beheersen?’

### Er werken maar heel weinig haptotherapeuten in de revalidatie; hoe is dat bij jullie?

‘Bij De Trappenberg zijn we met drie haptotherapeuten. We werken voor het team voor mensen met chronische pijn en soms voor andere teams. Eén collega is gespecialiseerd in het werken met kinderen. We hebben een volwaardige positie in het behandelteam; de meerwaarde van ons vak wordt zeker gewaardeerd.’

### Kun je iets vertellen over je dagelijks werk?

‘Voor mensen met chronische pijn is het belangrijk om te ervaren dat ze invloed op hun klachten kunnen krijgen. Een voorbeeld is de terugtrekreflex bij pijn. Je bouwt afweerspanning op, om je te beschermen. Dat is gezond als je je vingers brandt aan een hete pan, maar als dit soort reacties langdurig in stand blijven, levert het klachten op. Ik laat mensen voelen dat ze veel meer spanning hebben opgebouwd dan ze dachten. Pas dan kunnen ze leren de spanning los te laten. De balans tussen draagkracht en draaglast is verstoord, waarmee ook het herstelvermogen van het lichaam vermindert. Een belangrijk thema binnen



Foto: Inge Hondebrink

de haptotherapie is dat iemand zijn denken en voelen weer op elkaar afstemt. Dát is waar haptotherapie sterk in is.’

### Hoe pak je dat aan?

‘Door ervaringsgerichte oefeningen en directe aanraking. Via je huid voel je namelijk heel goed wat je lijf je vertelt. Als bijvoorbeeld iemand op de wiebelplank staat, vraag ik: “Voel je je benen, je voeten, het skaileer van de plank, het hout eronder, de grond daaronder? Tast eens af hoever je kunt wiebelen.” Vind iemand het eng om al zijn zintuigen te gebruiken; heeft hij zijn gevoel uitgeschakeld; herkent hij zijn grenzen; is hij overdreven voorzichtig of juist het tegendeel? Bij een andere oefening neem ik de revalidant mee aan de hand of een stok en vraag hem mij met gesloten

ogen te volgen. Bij dit soort oefeningen vertelt het lijf haarscherp of je je hakken in het zand zet of juist lijdzaam volgt; reageert vanuit jezelf of vanuit verwachtingspatronen. Een uur therapie bestaat grofweg uit 50% oefeningen en 50% gesprek. Want de behoefte om te praten over de processen die gaande zijn is groot.’

### Waarom vind je je vak leuk?

‘Om zoveel redenen! Het is altijd een uitdaging om mensen die dit maar een zwevend gebeuren vinden, te verleiden om anders te kijken. Mij raakt het als iemand dan op het spoor komt, zijn lijf daadwerkelijk ervaart, en daar dan zo verbaasd over kan zijn. Als iemand weer met zichzelf gaat samenvallen, en ervaart: dit ben ik echt, ik ben niet meer die revalidant!’