

# RM

REVALIDATIE MAGAZINE  
jaargang 16 nummer 3 september 2010



## Meten met goede instrumenten

- > Revalideren in alle openheid > Mogelijkheden van elektrostimulatie
- > CVA-revalidatie in stroomversnelling > Van behandelrichtlijn tot robot
- > Fondsen steunen revalidatieonderzoek > Pijnrevalidatie via internet



Een frisse kijk op positioneren!

Kinetic Balance ontwikkelt eersteklas positioneringshulpmiddelen die zich onderscheiden van andere producten door gebruiksgemak en een vernieuwend uiterlijk. Kinetic Balance gaat met ontwikkelen net een stapje verder! Het resultaat: een functioneel, comfortabel en aantrekkelijk product.



Diverse heupgordels



Abductiepositionering



Borstpositionering



Enkelpositionering



Zitbroeken

Contact informatie

[www.kineticbalance.nl](http://www.kineticbalance.nl)  
[www.doge-collection.nl](http://www.doge-collection.nl)

Doge Collection B.V.  
T. +31 (0) 13 529 92 80  
F. +31 (0) 13 529 92 81  
E. [info@doge-collection.nl](mailto:info@doge-collection.nl)

Loophulpmiddelen voor Revalidatie



Fellow-Roll bv

importeur van Zweedse loophulpmiddelen  
tel: 035 6090610 fax: 035 5881306  
[info@fellow-roll.com](mailto:info@fellow-roll.com) [www.fellow-roll.com](http://www.fellow-roll.com)

# Hoe maakt u de kwaliteit van uw revalidatiecentrum aantoonbaar?



[www.dnv.nl/revalidatie](http://www.dnv.nl/revalidatie)

## HKZ certificatie en trainingen als middel

Cliëntveiligheid en effectiviteit zijn juist in uw sector van groot belang. HKZ certificering en trainingen zijn middelen om het zorgproces te optimaliseren, de risico's te verminderen en uw kwaliteit als revalidatiecentrum aantoonbaar te maken.

### Waar kunt u bij DNV voor terecht?

- > Proefaudit / nulmeting: analyse van uw kwaliteitssysteem
- > HKZ certificatie: externe beoordeling van uw kwaliteitssysteem
- > Training: intern auditeren / opzet van een kwaliteitssysteem

### Wilt u meer uit uw interne audits halen?

Download nu gratis tips via [www.dnv.nl/revalidatie](http://www.dnv.nl/revalidatie)

DNV Certification  
010 2922 700  
[certificatie@dnv.com](mailto:certificatie@dnv.com)

MANAGING RISK



# inhoud

## RM<sup>3-10</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 > Revalideren in alle openheid**  
Maar liefst vier architectuurprijzen ontving het gebouw van Groot Klimmendaal.

**6 > Berichten**

**7 > Fondsen steunen revalidatieonderzoek**  
Revalidatieonderzoek wordt nu ook gesteund door het Fonds NutsOhra en het VSBfonds: waarom?

**10 > Pijnrevalidatie via internet**  
Voor mensen met chronische pijnklachten is er een nieuwe, online behandelvariant.

**11 > 'Er valt altijd nog iets te leren'**  
Geesje Twigt.

**15 > Het centrum**  
Sint Maartenskliniek.

**18 > Van behandelrichtlijn tot robot**  
In het Innovatieprogramma Revalidatie worden innovaties die in de praktijk succesvol zijn gebleken breder ingevoerd.

**19 > Column**  
Wat doen we ermee?

**20 > Het standpunt**  
Wij zijn Lekker Stuk.

**21 > Het werk**  
Irene van Neck, vrijwilliger.



## 8 >

### 'Kosten belemmeren doorbraak'

Wat valt er, naast het gebruik van een orthese, te verbeteren aan een sleepvoet na een CVA? Veel, zeggen onderzoekers, die de positieve uitwerking zien van elektrostimulatie. Alleen kost het wel geld en de verzekering betaalt zelden.

• Alice Broeksma

### Op zoek naar gevoelige instrumenten

Het aantal meetinstrumenten in de revalidatie is de laatste jaren gestaag toegenomen. Daar zijn echter wel voorwaarden aan verbonden: om individuele patiënten te kunnen meten, moeten de instrumenten gevoelig genoeg zijn.

• John Ekelboom



## <12



## 16 >

### 'We weten nu zoveel meer'

Wetenschappelijk onderzoek heeft de laatste jaren veel nieuwe inzichten opgeleverd over de revalidatie van mensen met een beroerte. Het heeft de zorg in een stroomversnelling gebracht.

• Mia Willems

**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 Media, Karin Linden ([www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)) **Redactie** Frans van den Broek MHA (hoofdredacteur, Raad van Bestuur Rijlands Revalidatie Centrum) • John Ekelboom (journalistiek adviseur) • Drs. Annelies van Lonkhuyzen (eindredacteur) • Sjoerd Vegter MHA (hoofdredacteur, Raad van Bestuur De Trappenberg) **Redactieraad** Dr. Renata Klop (programmacoördinator ZonMw) • Judith Boot (kwaliteitsfunctionaris Sophia Revalidatie) • Drs. Karin van Londen (senior communicatieadviseur Revalidatie Nederland) • Drs. Hans Sloomman (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 € 34,50, studenten € 17,25, instellingen € 69,50 • 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, gedeponerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 17 juni 2010. 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 Springer Media, gedeponerd 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](http://www.bsl.nl)/auteurs of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd. • ISSN 1382-6174

Nederlands  
**uitgeversverbond**  
Groep uitgevers voor  
vak en wetenschap

Maar liefst vier architectuurprijzen ontving architect Koen van Velsen voor het gebouw van Groot Klimmendaal dat hij ontwierp. Het is hem gelukt een heel ander revalidatiecentrum neer te zetten dan we gewend zijn. Dat er kinderziekten in zitten, vindt hij logisch. 'Die moeten we oplossen, maar soms komen klachten voort uit het feit dat mensen eerst moeten wennen aan hun nieuwe omgeving.' • Door John Ekkelboom / Foto's Inge Hondebrink

# Revalideren in alle openheid

Door de grote hal bij de ingang, die via een uitgestrekte glazen wand uitzicht biedt op het aangrenzende bos, loopt een groepje kinderen. Zij hebben zojuist gymnastiekles gehad in de sportzaal van Groot Klimmendaal in Arnhem. Niet om te revalideren, maar gewoon als onderdeel van de les op hun basisschool in de wijk vlakbij het revalidatiecentrum. Dit maakt het nieuwe onderkomen ook meteen bijzonder. In overleg met Groot Klimmendaal heeft architect Koen van Velsen sommige ruimten een dubbelfunctie gegeven, zodat ook de omwonenden er gebruik van kunnen maken. Dit geldt voor de sportzaal, de theaterzaal met 194 stoelen, de fitnessruimte en het zwembad.

Al in 1997 kreeg Van Velsen de opdracht het terrein van Groot Klimmendaal opnieuw in te richten. In de loop der jaren leidde dit tot een nieuwbouwplan, waarin de bonte verzameling van bestaande paviljoens plaats moest maken voor één groot gebouw dat geheel was afgestemd op de revalidatiezorg. Door veel grond terug te geven aan de natuur, zou tevens het parkachtige karakter van het gebied versterkt worden. Omdat op dat moment de bestaande gebouwen waren afgeschreven en er gekozen was voor het dubbelgebruik, was het financieel ook mogelijk dit bijzondere plan uit te

voeren. Dat de architect dit met succes heeft uitgewerkt, blijkt uit de brede waardering. Zo kreeg hij vier onderscheidingen: BNA Gebouw van het jaar 2010, de Hedy d'Anconaprijs 2010 voor excellente zorgarchitectuur, de architectuurprijs van Arnhem en het beste gebouw van Oost-Nederland.

Zowel het uiterlijk als het interieur van het nieuwe centrum is modern. Hoewel het een reusachtig gebouw is met vier etages en een kelderverdieping, past het dankzij de gevels die zijn afgewerkt met bruin geanodiseerd aluminium en veel glas, prachtig in de bosrijke omgeving. Zowel bij de ingang als aan de achterzijde kragen de bovenste etages over een forse lengte uit, waardoor het kolossale karakter wordt doorbroken. Binnen vallen de hoge, brede en strakke ruimten op, evenals de vele doorkijkjes, vides, patio's, vrolijke kleurstellingen en het buitenlicht dat van alle kanten naar binnentreedt. Vrijwel niets wijst erop dat het hier om een revalidatiecentrum gaat. Logisch dat de jury van de Hedy d'Anconaprijs in haar rapport vermeldt dat het gebouw 'ontsnapt aan de dictatuur van zijn functie'.

Zoals onvermijdelijk bij iedere nieuwbouw, heeft ook dit gebouw nog wat kinderziekten. Zo noemt de architect een te hoge drempel naar het buitenter-



ras op de klinische afdeling op de derde etage. Rolstoelers kunnen daardoor niet zelfstandig naar buiten. Maar dat probleem wordt opgelost, evenals een aantal andere mankementen. Verder kan hij zich de kritiek van klinische revalidanten voorstellen dat zij de knusheid van de oude paviljoens missen. 'Daar ben ik zelf ook het minst tevreden over. De woonkamers ontberen kleur en sfeer. Dat geldt eveneens voor de kamers van de revalidanten zelf. Ze zijn functioneel, maar ik zou graag willen dat elke kamer geheel anders is. Ik heb al diverse voorstellen gedaan, maar daar zijn we nog niet aan toe-

gekomen. Ik hoop dat we met de 20.000 euro van de Hedy d'Anconaprijs die situatie kunnen veranderen.' Dat sommige revalidanten moeite hebben met de grote ramen in het zwembad en de fitnessruimte, die inbreuk maken op hun privacy, neemt Van Velsen eveneens serieus. Er liggen al voorstellen voor voorzieningen om die ramen in bepaalde situaties te kunnen afsluiten. 'Nieuwe patiënten zullen anders tegen de nieuwbouw aankijken dan de patiënten die de oude situatie gewend zijn. Mijn ervaring is dat dit soort problemen tijdelijk zijn. Revalideren doe je samen, en dat mag gezien worden.'

## Fusie in Amsterdam

Reade: zo heet sinds 1 september de organisatie die is ontstaan door de fusie tussen het Revalidatiecentrum Amsterdam en het Jan van Breemen Instituut. Jos Buijs, voorzitter Raad van Bestuur: 'De krachtenbundeling van mensen en middelen biedt tal van mogelijkheden om de kwaliteit van de revalidatie en reumatologie voor onze cliënten verder te verbeteren. Daarnaast leidt het samengaan tot een verdere versterking van het wetenschappelijke onderzoek, mede door de intensivering van de samenwerking met het VUmc. Met onze slogan "van mogelijkheden naar maximaal resultaat" zeggen we wat wij willen zijn: een innovatieve organisatie die, uitgaand van de individuele mogelijkheden, het beste resultaat wil behalen voor zijn cliënten.'

## Begeleiding paralympische sporters verbeterd

Het Nederlands Paralympisch Team zal op weg naar en tijdens de Paralympische Spelen in Londen in 2012 op sportmedisch gebied worden begeleid door een sportarts en een revalidatiearts van het UMC Utrecht. Voor aanvullende kennis en kunde maken zij gebruik van de diensten van revalidatiecentrum De Hoogstraat in Utrecht, KNVB Sportmedisch Centrum in Zeist en het Militair Revalidatiecentrum in Doorn. In juli ondertekenden het NOC\*NSF en het UMC Utrecht hierover een samenwerkingsovereenkomst. De nieuwe, intensieve begeleiding van de sporters moet leiden tot betere resultaten. André Cats, chef de mission bij NOC\*NSF: 'Door deze samenwerking met het UMC Utrecht kunnen we sportmedische begeleiding op topniveau aanbieden aan de sporters van het Nederlands Paralympisch Team.' Meer informatie staat op [www.paralympisch.nl](http://www.paralympisch.nl).

## Thuisrevalidatie doet zijn intree

Het Roessingh in Enschede heeft als eerste Europese revalidatiecentrum een deel van een behandelprogramma vervangen door telerevalidatie. Poliklinische revalidanten volgen hun behandeling deels thuis, met behulp van een trainingswebsite. Ze krijgen daarvoor een notebook met webcam mee naar huis. De methode wordt toegepast in de behandeling van mensen met een longaandoening, lage rugpijn of nek- en schouderklachten. Op de trainingswebsite kunnen revalidanten de oefeningen terugzien die ze in het revalidatiecentrum hebben geleerd. Ze kunnen ook oefeningen opnemen met de webcam, waarna hun fysiotherapeut vanuit het revalidatiecentrum de opname bekijkt. Via e-mail, chat of webcam kunnen mensen contact onderhouden met de fysiotherapeut. Het initiatief van Het Roessingh maakt deel uit van het internationale project CLEAR, dat wordt gesubsidieerd door de Europese Unie. Doel is om de behandeling efficiënter, beter en klantvriendelijker te maken. Er wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het effect van de nieuwe methode.

## Films over dwarslaesie

Stichting Springfilm heeft twee films uitgebracht over dwarslaesie. *In mijn dromen loop ik* is een persoonlijke documentaire die in Nederland is uitgezonden bij de IKON en in België bij Canvas. Hierin staan drie mensen met een dwarslaesie centraal, die een jaar lang zijn gevolgd door regisseurs Jacco Groen en Ivanka Bakker. *Een ander leven* is een educatieve film waarin medisch specialisten en andere deskundigen dieper ingaan op het fenomeen dwarslaesie en de fysieke en emotionele gevolgen hiervan. Ook precieze vragen waar mensen mee kunnen worstelen, bijvoorbeeld op het gebied van seksualiteit of incontinentie, komen aan bod.

De films, met een totale lengte van 120 minuten, kunnen de kennis vergroten van zowel mensen met een dwarslaesie zelf en hun naasten, als van behandelaars en zorgverleners. De twee films kosten samen € 19,50, exclusief BTW en verzendkosten.



U kunt de set bestellen via [info@springfilm.nl](mailto:info@springfilm.nl), onder vermelding van *Een ander leven*.

## PROMOTIES EN BENOEMINGEN

- > Op 13 mei 2010 is prof. Jan Geertzen, verbonden aan de afdeling revalidatiegeneeskunde van het UMCG in Groningen, benoemd tot president van de International Society for Prosthetics and Orthotics. Op 19 maart 2010 ontving Geertzen tijdens het lustrumcongres van de vereniging van revalidatieartsen VRA de Gouden Balk. Deze hoogste onderscheiding van de VRA werd hem toegekend vanwege de manier waarop hij zich als oud-voorzitter van de VRA verdienstelijk heeft gemaakt voor de vereniging.
- > Per 2 juni 2010 is Rob van Damme benoemd tot directeur revalidatiezaken bij Revalidatie Friesland. Samen met Gerrie Eikelboom, directeur algemene zaken, vormt hij de raad van bestuur. Van Damme combineert het directiewerk met zijn functie bij BMC Management Consultants.
- > Vrije Universiteit Brussel. Op 16 juni 2010 promoveerde Annemie Spooren, medewerker van het Kenniscentrum Adelante in Maastricht, op het proefschrift *Arm hand skilled performance in persons with cervical spinal cord injury: evaluation and training*.
- > Universiteit Utrecht. Op 30 juni 2010 promoveerde Duco Steenbeek op het proefschrift *Goal Attainment Scaling in paediatric rehabilitation practice, a useful outcome measure*.
- > Universiteit Utrecht. Op 7 juli 2010 promoveerde Sacha van Langeveld op het proefschrift *Spinal Cord Injury Interventions Classification System (SCI-ICS)*.

## Een broer of zus met hersenletsel

Voor kinderen tussen acht en veertien jaar die een broer of zus hebben met niet-aangeboren hersenletsel is er nu het boekje *Mag ik ook ff?* In dit boekje vertellen kinderen hoe het hersenletsel hun leven beïnvloedt. Ze voelen zich bijvoorbeeld schuldig als ze geen zin hebben om mee te gaan naar het revalidatiecentrum, en ze missen de broer of zus van vóór het hersenletsel. In de opdrachten kunnen kinderen hun gedachten en gevoelens kwijt.

*Mag ik ook ff?* is uitgegeven door Hersenstichting Nederland en kost € 7,50, exclusief verzendkosten. Bestellen kan via [www.hersenstichting.nl](http://www.hersenstichting.nl).



# Fondsen steunen revalidatieonderzoek

Revalidatieonderzoek wordt van oudsher medegefinancierd door fondsen die zijn opgericht om projecten voor mensen met een handicap te steunen. Inmiddels steunen ook twee fondsen met een bredere maatschappelijke doelstelling revalidatieonderzoek: waarom? 'De revalidatiesector is een actieve sector die zichzelf graag wil verbeteren. En de sector komt vaak met concrete voorstellen die leiden tot verbetering van de kwaliteit van leven. Dat spreekt ons erg aan', vertelt Ria de Heus, directeur van het Fonds NutsOhra. • Door Adri Bolt

Het revalidatieonderzoek in Nederland bevorderen en inbedden in medische faculteiten. Dat was het doel van het door de overheid financieel gesteunde Stimuleringsprogramma Revalidatieonderzoek, dat in 1998 van start ging en liep via ZonMw. In 2006 eindigde het programma, en moest het revalidatieonderzoek verder zonder overheidssteun. Voor het IIe Programma Revalidatieonderzoek werden daarom ook andere dan de traditionele 'gehandicaptenfondsen' benaderd. Twee daarvan besloten in totaal drie onderzoeksvoorstellen te steunen, elk met 1,2 miljoen euro. Eén van die fondsen was het VSBfonds. Zij betalen voor een onderzoek naar de zorg op langere termijn na een CVA. Het project moet de sociale re-integratie na een beroerte verbeteren. Het VSBfonds wil niet te veel ruchtbaarheid geven aan die steun, vertelt projectadviseur Monique Bais. 'Inmiddels is het donatiebeleid van ons fonds veranderd en valt het steunen van onderzoek daar niet meer onder. Uiteraard handhaven we onze bijdrage aan dit onderzoek. In ons beleid blijft een belangrijk aandachtspunt het betrekken van mensen bij de samenleving, zodat iedereen een volwaardige plek kan krijgen. Participeren is daarbij een sleutelwoord, evenals kwaliteit van leven. In die zin past de aandacht voor succesvolle sociale re-integratie na een beroerte nog prima in ons beleid.'

## Vermoeidheid

Het tweede fonds, Fonds NutsOhra, ontstond bij de overname door Delta Lloyd van Nuts Ohra Beheer, vertelt directeur Ria de Heus. 'Dat waren zorgverzekeraars zonder winstoogmerk. De overnamesom is als lening aan Delta Lloyd verstrekt en de opbrengst van dat vermogen gaat naar de zorg.' Daarbij is de doelstelling breed. 'We steunen pure zorgprojecten, aan zorg gerelateerde welzijnsprojecten, maar bijvoorbeeld ook toegepast onderzoek. Zolang er maar een directe verbinding is met de zorg.' De revalidatie past perfect binnen de doelstelling. 'Terugkeeren naar de maatschappij, de kwaliteit van leven verbeteren, de maatschappelijke par-

ticipatie vergroten; het is voor ons allemaal relevant.' Het Fonds NutsOhra besloot twee onderzoeksprojecten te steunen. Ten eerste onderzoek naar het verminderen van vermoeidheid van mensen met multiple sclerose. Vermoeidheid kan het dagelijks functioneren van deze groep ernstig belemmeren. 'Het onderzoek bekijkt welk vitaliteitsprogramma het beste werkt. Daar steun je MS-patiënten echt mee in hun dagelijks leven.'

## Onderzoeksstructuur

Daarnaast steunt het Fonds NutsOhra onderzoek dat richt zich op mensen met een dwarslaesie die rolstoelgebruiker zijn. Het lijkt erop dat zij steeds meer problemen krijgen naarmate ze ouder worden en de dwarslaesie langer bestaat. Het onderzoek bekijkt hoe het behoud van een actieve leefstijl en fysieke fitheid, en daarmee de gezondheid, bevorderd kan worden. 'Dwarslaesiepatiënten zijn een relatief kleine patiëntengroep. Daarom gaat daar vrij weinig onderzoeksgeld heen. Reden voor ons om dit onderzoek juist wel te steunen. Want die fitheid is heel belangrijk voor de kwaliteit van leven.' Het concrete resultaat voor de patiënt staat daarbij voorop, maar het Fonds NutsOhra kijkt ook verder: 'Dankzij het Stimuleringsprogramma Revalidatieonderzoek zijn een onderzoeksstructuur en samenwerking tussen revalidatiecentra en UMC's tot stand gekomen. Maar die structuur is nog niet echt verankerd. Dit tweede programma draagt bij aan verdere verankering. Op zich geen speerpunt voor ons, maar het woog toch mee.'

*Aan het IIe Programma Revalidatieonderzoek dragen verder de volgende partijen financieel bij: Revalidatie Nederland, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, Revalidatiefonds, Johanna KinderFonds, Stichting Rotterdams Kinderrevalidatiefonds Adriaan-Stichting, Prinses Beatrix Fonds en ZonMw. Meer informatie op [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl), [www.fondsnutsohra.nl](http://www.fondsnutsohra.nl) en [www.vsbfonds.nl](http://www.vsbfonds.nl).*

Voordelen elektrostimulatie bewezen, maar:

# ‘Kosten belemmeren do

Wat valt er, naast het gebruik van een orthese, te verbeteren aan een sleepvoet na een CVA? Veel, zeggen onderzoekers, die de positieve uitwerking zien van elektrostimulatie. Alleen kost het wel geld en de verzekering betaalt zelden. ‘En het moet echt goed op maat.’ • Door Alice Broeksma

In Nederland worden jaarlijks 41.000 mensen getroffen door een CVA. Naast allerlei andere gevolgen leidt dat bij ongeveer 8.000 mensen tot een sleepvoet. Die motorische aandoening hindert patiënten bij het lopen en beïnvloedt de kwaliteit van hun leven. ‘Gebruikelijk is om bij een sleepvoet een enkelvoetorthese aan te meten’, zegt Sander Geurts, hoogleraar revalidatiegeneeskunde en hoofd van de afdeling Revalidatie in het UMC St Radboud. ‘Maar soms kan opereren een betere optie zijn, of elektrostimulatie. Bij elektrostimulatie wordt al dan niet met inwendige elektroden een spier geprikkeld, waardoor een voetheffing wordt opgewekt en de patiënt beter kan lopen. Het grote voordeel is dat de enkelbeweging niet door een orthese wordt belemmerd. Zo kan de afzetkracht van de voet worden behouden en de enkel behoudt de vrije beweeglijkheid op andere oppervlakten dan op de vlakke grond. Met een vrije enkel kan een patiënt veel makkelijker traplopen, fietsen of autorijden.’

## Advertentie

Voor mensen met een sleepvoet komt de technologie met steeds vernuftiger oplossingen. ‘Het voordeel van een implantaat is’, zegt Geurts, ‘dat je er nauwelijks iets van ziet. Verder is er geen huidbelasting en kan de zenuw nog beter worden aangestuurd.’ Dat elektrostimulatie klinisch werkt is bewezen. Tijdens het gebruik gaat het lopen beter. Maar ook therapeutisch lijken er voordelen te zijn: de gestimuleerde spieren worden er dikker en sterker door. ‘Dat laatste is nog niet wetenschappelijk bewezen, maar het is wel heel aannemelijk. Vooral bij mensen met secundaire spierverswakking door verminderd gebruik kunnen de spieren worden versterkt door elektrostimulatie. Daardoor gaat het tussentijds, als het apparaat niet wordt gedragen, ook beter.’ Elektrostimulatie moet wel op de juiste wijze worden ingezet, benadrukt de hoogleraar: ‘Ik zag laatst een advertentie van een arts die zo implantaten aan de man brengt. Dat

gaat dus niet zomaar, er is een zorgvuldige procedure voor nodig en het moet echt goed op maat. Het is vaak millimeterwerk. Ook is elektrostimulatie niet geschikt voor iedereen, zoals voor mensen met een te grote enkelvoetinstabiliteit. Het traject móet beginnen bij een revalidatiearts. Door commerciële overwegingen, waardoor het voor die patiënt verkeerde apparaat wordt geadviseerd, kan elektrostimulatie een negatieve pers krijgen en dat zou heel jammer zijn, want de methode laat mooie resultaten zien.’ Zoals een vloeiender zwaai-beweging van heup en knie: ‘Daardoor vallen patiënten minder snel, zodat ze minder gebruik hoeven te maken van fysiotherapie.’

## Meerwaarde

‘Naar die voordelen zou uitgebreider moeten worden gekeken, zodat verzekeraars vaker gaan vergoeden’, zegt Anke Kottink-Hutten. Zij promoveerde dit jaar op onderzoek naar het verschil in resultaat tussen behandeling met elektrostimulatie en spalk. Kottink-Hutten was betrokken bij de ontwikkeling van de elektrostimulator STIMuSTEP in Enschede, waar zij verbonden is aan Roessingh Research and Development, onderzoekscentrum op het gebied van revalidatietechnologie. Het feit dat verzekeraars de kosten van zo’n apparaat bijna nooit vergoeden houdt bekendheid tegen, stelt de onderzoeker. ‘In veel revalidatiecentra in Nederland wordt de techniek nog helemaal niet gebruikt. Bij onze studie kregen de patiënten het apparaat aangeboden, maar als je het zelf moet kopen kan het heel duur uitvallen. De prijs varieert van 1.500 tot 11.000 euro.’ Kottink-Hutten concludeert dat de kosten algemene toepassing van elektrostimulatie tegenhouden. ‘In Engeland, waar de volksverzekering de kosten vaak wel vergoedt, is deze techniek al veel meer ingeburgerd. Van het nut en de meerwaarde zijn we in Nederland ook echt overtuigd. Het is te hopen dat de verzekeraars hier ook in meegaan.’

# orbraak'

**Thjeu Maas (63)**, gepensioneerd eigenaar van een mechanisatiebedrijf voor landbouwmachines, is over zijn elektro-implantaat buitengewoon tevreden. De Brabander kreeg in 2005 twee CVA's en kon niet meer lopen, had handuitval en moeite met spreken. Na twee maanden liep hij met rollator en spalk. Maas: 'De spalk was niet fijn, ik ben er ook mee gevallen. Ik brak toen mijn sleutelbeen en zat weer bij de fysiotherapeut. De revalidatiearts in Blixembosch zag dat het niet ging. Zij kende elektrostimulatie en ik kon meedoen met een proef. Ik heb toen drie maanden met de NESS L300 gelopen. Dat ging op zich uitstekend, maar mijn huid ging door de band waaraan de zender zat kapot en dat was lastig omdat ik weer in mijn bedrijf bezig was. Professor Geurts heeft toen een Actigait ingebouwd, waardoor ik nu echt weer loop als voor mijn CVA's. De zender heb ik gewoon aan mijn broekriem hangen en ik ben, sinds ik geen beugel meer heb, nooit meer gestruikeld.'



'Ik loop weer als vanouds'

Foto: Inge-HondaBrink

**Elektrostimulatie** is een behandelvorm waarbij wordt geprobeerd door elektrische impulsen de functie van zenuw- of spierweefsel zo te beïnvloeden dat symptomen van ziekten verminderen of neuromusculaire functies verbeteren. De stimulatie kan uitwendig of inwendig gebeuren. Elektrostimulatie wordt ook ingezet bij andere lichamelijke problemen dan een sleepvoet. Bijvoorbeeld bij depressie, epilepsie, de ziekte van Parkinson, blaas- of hartproblemen en bij pijnbestrijding. Voor dat laatste kan TENS worden gebruikt, een vorm van stimulatie waarvan de werking is aangetoond bij bijvoorbeeld postoperatieve pijn en artrose.

Een vorm van elektrostimulatie die wel wordt ingezet in de revalidatiesector – zij het slechts op enkele plaatsen – is de BerkelBike. Dit is een kruising tussen een ligfiets en handbike, waarbij de benen door elektroden worden gestimuleerd om mee te trappen en samen met de armen worden ingezet om buiten te fietsen of binnen te trainen. Passieve, verlamde beenspieren worden zo weer actief. Hierdoor kan spiervolume en bot-

massa in stand worden gehouden en bloedvoorziening gestimuleerd, en dat kan weer de huid helpen beschermen. Ook wordt het hart zo getraind en de fitheid bevorderd. Onder meer na een dwarslaesie kan fietsen met de BerkelBike heilzaam zijn.

Mogelijk ontstaan er ook nieuwe toepassingen van elektrostimulatie in de revalidatie. De Allegro Studie (2008) van Maaïke Gademan toonde aan dat in de revalidatie bij hartfalen ritmische elektrische stimulatie aan de voeten met behulp van TENS vergelijkbare effecten heeft als duurtraining op de fiets. Zowel in het autonome zenuwstelsel als in het bloed worden trainingseffecten bereikt zonder lichamelijke activiteit. Dit principe zou therapeutisch toegepast kunnen worden, maar daar is meer onderzoek voor nodig. En het blijkt moeilijk om dat onderzoek gefinancierd te krijgen. De Allegro Studie werd uitgevoerd bij het Leids Universitair Medisch Centrum en het Rijnlands Revalidatie Centrum, en gesubsidieerd door de Nederlandse Hartstichting.

# Pijnrevalidatie via internet

Mensen met chronische pijnklachten worden vaak behandeld in hun eigen omgeving, bijvoorbeeld door de fysiotherapeut. Raakt hun leven te veel ontregeld door de klachten, dan kunnen zij terecht bij een revalidatie-instelling. Nu is er een nieuwe variant: behandeling via internet. Werkt dat? En hoe houdt de behandeling zich tot wat er al was? • Door Renske Cramer



Vorig jaar ging [www.pijnrevalidatie.nu](http://www.pijnrevalidatie.nu) van start. De site biedt een online behandelprogramma voor mensen met chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat. Pijnrevalidatie.nu is een initiatief van medisch psycholoog en cognitief gedragstherapeut dr. Marjet Blokhorst. De behandeling is gericht op patiënten die naast hun eerstelijns fysiotherapiebehandeling extra informatie en begeleiding nodig hebben. 'Dankzij de samenwerking tussen de fysiotherapeut en een online gezondheidspsycholoog die de patiënt coacht, kan deze zijn functioneren verbeteren. Deze deskundigen leren patiënten een adequate 'pijncopingstijl' aan', zegt zij. Voor behandeling is een verwijzing nodig door een arts en patiënten worden eerst grondig gescreend, zowel medisch als psychisch. Mensen met ernstige problemen worden verwezen naar een revalidatie-instelling.

## Eigen tempo

Het online behandelprogramma bestaat uit acht sessies, met teksten, opdrachten en in totaal 75 voorlichtingsfilmpjes. Elke week doet de patiënt een sessie. Deze manier van behandelen biedt volgens Blokhorst veel voordelen. 'Zo kan de patiënt thuis en in zijn eigen tempo werken. Bij vragen krijgt hij snel feedback van zijn behandelaar', vertelt ze. 'De kosten zijn

vergelijkbaar met die van acht eerstelijns psychologische consulten. Dankzij een tijdige en effectieve samenwerking in de eerste lijn hoeven minder patiënten een beroep te doen op de kostbare tweedelijnszorg.' En dergelijke behandelingen blijken effectief te zijn. Blokhorst: 'In een recente overzichtsstudie van het Trimbos-instituut zijn alle wetenschappelijke onderzoeken naar online behandelingen op een rijtje gezet. Online behandelingen die zijn opgezet vanuit een cognitief-gedragsmatige invalshoek en waarbij de patiënt via het internet persoonlijk wordt begeleid, blijken even effectief te zijn als reguliere face to face behandelingen. Pijnrevalidatie.nu valt binnen deze categorie. Vrijwel alle zorgverzekeraars vergoeden onze behandeling dan ook.'

## Intensief oefenen

Hoe kijkt de revalidatiesector aan tegen dit initiatief? We vragen het dr. Marc van Gestel, als revalidatiearts gespecialiseerd in pijnrevalidatie. Hij is medisch directeur van het Rijnlants Revalidatie Centrum en tevens bestuurslid van brancheorganisatie Revalidatie Nederland. Van Gestel is vooralsnog terughoudend over behandeling via internet: 'De effectiviteit van online monodisciplinaire cognitieve gedragsmatige therapie is aangetoond, maar de werking bij multidisciplinaire interventies en de werking bij chronische pijn is nog niet onderzocht.' Hij vreest ook dat – ondanks screening – mensen in behandeling komen die eigenlijk andere hulp nodig hebben. 'Ze hebben vaak van alles geprobeerd, maar zijn nog steeds niet in staat om de balans tussen belasting en belastbaarheid in evenwicht te brengen. Daar hebben ze dan dwingendere hulp bij nodig dan een internetsite kan bieden', meent hij. 'Wij oefenen intensief met de patiënt. Daardoor kunnen we zien hoe iemand functioneert en hoe zijn gedrag is te verbeteren. Dat gaat niet via het net.' Online behandeling kan volgens Van Gestel wel een uitkomst zijn voor gemotiveerde patiënten met lichtere pijnklachten. 'Een voorwaarde is dat er een goede verwijzingsstructuur is.' Is hij bang dat zorgverzekeraars patiënten uit bezuinigingsoverwegingen naar de site sturen terwijl ze eigenlijk intensieve multidisciplinaire behandeling in de tweede lijn nodig hebben? 'Nee', zegt hij. 'Verzekeraars zoeken wel goedkopere alternatieven, maar alleen als ze werken. Ik denk dat dit type behandeling een aanvulling kan zijn in de eerste lijn, maar geen vervanging van zorg in de tweede lijn.'

30 AUGUSTUS 1959

> GEBOREN

■ 2003: 20 JANUARI T/M 18 MAART,

2006: 28 FEBRUARI T/M 14 APRIL

> ZIEKENHUIS

■ 1 MEI 2006 T/M 19 OKTOBER 2006

> KLINISCHE REVALIDATIE

4 DECEMBER 2006 T/M 14 DECEMBER 2009

> POLIKLINISCHE REVALIDATIE

# ‘Er valt altijd nog iets te leren’

Geesje Twigt (50 jaar) kreeg binnen zeven jaar drie hersenblokkades. Haar drukke leven als alleenstaande moeder met drie banen veranderde rigoures. Ze kwam thuis te zitten en werd afhankelijk van anderen. Hierover schreef ze een boek; aantekeningen voor nog meer boeken liggen op de plank. De vraag is of het gaat lukken om die boeken te schrijven. • Door Anne Merkies

‘De eerste keer was in 2003. Alles vertraagde en functies vielen uit. Een blokkade in de hersenen, waardoor een aansturingstoornis ontstaat, zeiden ze in het academisch ziekenhuis. Aanvankelijk werd er gedacht aan conversie, een psychische aandoening, maar na onderzoek door psychiaters konden ze dat niet vaststellen. Ook MS of ALS bleek het niet te zijn. Ze wisten, en weten nog steeds niet waardoor het komt. Dat is de reden dat ik me vorig jaar, na de derde blokkade, heb aangemeld voor wetenschappelijk onderzoek. De afdeling neuropsychologie van een universiteitsziekenhuis doet nu onderzoek met een universiteit in Engeland, omdat daar enkele vergelijkbare gevallen bekend zijn.

Na tweeënhalve maand ziekenhuis mocht ik naar huis. Ik herstelde volledig. Tot eind 2005, toen kwam de tweede blokkade. Ik herkende het meteen: het gevoel van slow motion en de moeheid. Omdat ik niet weer naar het ziekenhuis wilde, modderde ik nog twee maanden thuis door, totdat alleen een arm het nog deed en ik dus geen keuze meer had. In het ziekenhuis zorgden ze dat ik na een paar weken mocht oefenen met een fysio- en ergotherapeut en een logopedist. Ik was zo blij dat ik wat kon doen, ik werd gek van het nietsdoen. Het herstel ging langzaam, en in tegenstelling tot de eerste blokkade hield ik restverschijnselen. Mijn zicht was verslechterd, ik kon niet lopen en ik bleef moe. Voor verder herstel ging ik naar een revalidatiecentrum.

De eerste weken in het revalidatiecentrum verzette ik me tegen alles. Het enige wat ik wilde was zo snel mogelijk mijn oude leven terug, en daarvoor moest en zou ik lopen. Ik probeerde me voort te slepen op krukken, wat helemaal niet ging. Toen ik eindelijk, doodop van het knokken tegen mezelf, inzag dat ik er zo niet zou komen, stelde het behandelteam samen met mij een realistisch plan op. Ik kwam zo ver dat ik me vanuit de rolstoel kon redden en na vijf maanden kon ik vanuit een nieuw aangepast huis verder revalideren. Toen kwam de terugval, want daar zat ik in die rolstoel, zonder werk. Wat moest ik met mijn leven? Het antwoord kwam via mijn zus die me een laptop gaf. Met een hoofd vol ideeën begon ik te schrijven. Het resultaat: negen toneelstukken en een boek, dat eind vorig jaar, een paar maanden na de derde hersenblokkade, uitkwam.

Na de derde blokkade kon ik gewoon doorgaan met revalideren. Ook dit keer waren de gevolgen ernstig. Mijn gezichtsvermogen is nog maar 45% en ik kan niet meer lezen, alleen letter voor letter. Schrijven lukt alleen in spiegelbeeld, dus dat is niet te lezen. Een ramp, want het schrijven was mijn dagbesteding geworden. Ik sta nu op de wachtlijst voor een revalidatieprogramma voor slechtzienden. Ze gaan kijken of het ze lukt om mij weer te laten lezen en schrijven. Ik heb er vertrouwen in, want er valt altijd nog iets te leren. En als je opgeeft is er echt niks meer. Het zou zonde zijn als ik niets meer kan doen met mijn ideeën; ik heb er nog zo veel!’

Geesje Twigt, ‘Als je grip verliest’, ISBN 9789048409457.

## ‘USER geeft veel extra informatie’



Gerard van der Leeuw, revalidatiearts in het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal: ‘Meten is belangrijk bij ons. Ik vind dat zorg zowel transparant naar de patiënt als naar de zorgverzekeraars moet zijn. Wij gebruiken de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie USER, naast andere diagnose-specifieke meetinstrumenten, al enkele jaren. Zelf heb ik in de commissie Prestatie-indicatoren gezeten, van waaruit de USER is ontwikkeld in De Hoogstraat. Wij zetten de USER in voor de aanvullende anamnese bij individuele patiënten. Op groepsniveau doen we nog weinig met het inmiddels grote aantal metingen. We hebben ook niet de geschikte software daarvoor. Hoewel de USER is opgezet voor de kliniek, passen wij dit instrument juist poliklinisch toe. We doen de metingen standaard bij de start van de poliklinische revalidatie bij vrijwel alle patiëntengroepen. Het is de bedoeling dat na acht weken en aan het einde van de behandeling de meting wordt herhaald. De herhaalde metingen worden niet consequent uitgevoerd, omdat daar nog niet voldoende aandacht voor is. De USER geeft ons en de patiënt inzicht in zijn functioneren op activiteitsniveau. Daarover kunnen we dan met de patiënt communiceren. In de dagelijkse praktijk is vooral de stemmingsscore een echte eyeopener. Standaard vraag je niet naar somberheid, angst, verdriet en boosheid. Met de USER doe je dat wel en dat geeft veel extra informatie. Onze ervaring is dat de USER een handzaam instrument is, dat een breed inzicht geeft in het functioneren van de patiënt, zowel op cognitief als op psycho-emotioneel gebied en wat betreft mobiliteit en zelfverzorging. Maar de USER kan en mag nog niet gezien worden als een prestatie-indicator.’

Het aantal meetinstrumenten in de revalidatie is de laatste jaren gestaag toegenomen. Ze moeten inzicht geven in de opbrengst van een behandeling en helpen deze verder te verbeteren. Daar zijn echter wel voorwaarden aan verbonden: om individuele patiënten te kunnen meten, moeten de instrumenten gevoelig genoeg zijn. • Door John Ekkelboom

# Op zoek naar gevoelige instrumenten

**M**eten kan een duidelijke meerwaarde hebben binnen de revalidatie. Dat vindt ook Lucas van der Woude, hoogleraar Beweging, Revalidatie en Functieherstel bij het Centrum voor Bewegingswetenschappen van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Het doen van metingen is een logisch gevolg van de voortgaande academisering van de revalidatiegeneeskunde, die eind vorige eeuw in een versnelling kwam. Metingen zijn noodzakelijk voor wetenschappelijk onderzoek, maar worden steeds vaker ook ingezet in de behandeling van individuele patiënten. Mits de metingen betrouwbaar zijn, juicht Van der Woude ze toe als aanvulling op de klinische expertise van de behandelaar. 'De patiënt krijgt dan meer inzicht in de resultaten, de professional kan het behandelproces efficiënter en doelgerichter laten verlopen en het revalidatiebedrijf krijgt inzicht in de kosten.'

## Zelf bepalen

Ook voor de politiek en de zorgverzekeraars wordt door meten duidelijker welke behandelingen het beste en het meest effectief zijn, vertelt de hoogleraar. 'Dit laatste is niet onbelangrijk, omdat ik wel eens het gevoel heb dat zorgverzekeraars voor ons besluiten wat we wel en niet moeten doen. Niet zij, maar de revalidatieprofessionals en onderzoekers moeten via wetenschappelijk onderzoek aangeven wat voor de patiënt het beste is.' Van der Woude plaatst daarbij de kanttekening dat de revalidatiegeneeskunde niet in eerste instantie moet meten omdat de buitenwereld dat zo graag wil. De branche dient volgens hem zelf te bepalen of meetinstrumenten worden ingezet om zorgprocessen te evalueren en te verbeteren. Bovendien moet voor toepassing van een meetinstrument op individueel niveau, eerst de gevoeligheid ervan wetenschappelijk worden onderzocht. 'Ook is het noodzakelijk dat je de uitkomsten van die metingen kunt interpreteren voor de behandelpraktijk. De professional moet ze kunnen gebruiken om de behandeling zo nodig bij te stellen.'

## Individuele patiënten

Met deze kanttekeningen sluit Van der Woude zich aan bij emeritus hoogleraar Guus Lankhorst, die niet direct een voorstander is van meten bij individuen. Dat maakte hij begin dit jaar nog eens duidelijk tijdens zijn afscheidsrede als hoofd van de afdeling Revalidatiegeneeskunde van het VU medisch centrum. Lankhorst is niet blij met de tendens dat behandelaars steeds vaker meetinstrumenten inzetten om bij individuele patiënten hun vooruitgang te kunnen volgen. Zijn belangrijkste kritiek is dat het bij een individu nauwelijks mogelijk is veranderingen in de tijd op een betrouwbare manier te meten. Ter onderbouwing van die stelling verwees hij naar enkele onderzoeken van het VUmc naar de betrouwbaarheid van de Sickness Impact Profile – een veel gebruikte vragenlijst voor het meten van de gezondheidstoestand en het functioneren van revalidanten – en van enkele vragenlijsten voor mensen met multiple sclerose.

## Grote meetfouten

Lankhorst legt uit dat de onderzoekers hebben gekeken hoe groot de meetfout is bij deze instrumenten. 'Op groepsniveau ligt die grens onder de 3%, waardoor je dus kleine veranderingen kunt meten. Bij de ene patiënt meet je te hoog en bij de andere te laag, maar op groepsniveau wordt die ruis netjes uitgemiddeld. Voor individuen gelden meetfouten van circa 30%; dat is maar liefst tienmaal zoveel. Dus als je een verandering meet die kleiner is dan dat percentage, valt deze binnen die meetfout. En zo'n grote verandering van ongeveer 30% komt in een gewone revalidatieperiode niet voor. In feite kun je dus niet op betrouwbare wijze veranderingen meten.' De hoogleraar benadrukt dat deze tekortkoming niet alleen voor vragenlijsten geldt. 'Sommige mensen denken dat het aan de vragenlijsten ligt, dat die meetfouten zo groot zijn. Zij hebben meer vertrouwen in objectieve metingen. Wij hebben bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar spierkrachtmetingen die zijn verricht met een dynamometer. Hierbij vonden we vrijwel dezelfde foutpercentages.' >



## ‘Voorwaarde is dat onderzoekers eerst aantonen dat instrumenten voldoende gevoelig zijn bij individuele patiënten’

### Zinloos

Gezien deze bevindingen meent Lankhorst dat metingen bij individuele patiënten vaak zinloos zijn. Hij raadt af daaraan kostbare behandeltijd op te offeren. Hij wil overigens niet alle meetinstrumenten over één kam scheren. Voorwaarde is volgens hem dat onderzoekers eerst aantonen dat instrumenten voldoende gevoelig zijn bij individuele patiënten. ‘Dat gebeurt vrijwel nooit.’ Als een van de uitzonderingen noemt hij het meten van de loopsnelheid, waarvan recent onderzoek heeft aangetoond dat dit op individueel niveau wel mogelijk is vanwege de geringe meetfoutmarges. ‘In het algemeen vraag ik me toch af waarom je iemand wil meten. De behandelaar en de patiënt kunnen samen heel goed vaststellen wat de vorderingen zijn. Om op groepsniveau uitspraken te doen, zijn de meeste meetinstrumenten wel geschikt.’

### Patiëntmonitoring

Ondertussen zijn er verschillende initiatieven die meetinstrumenten beter geschikt moeten maken voor gebruik bij individuele patiënten. Zo is Lucas van der Woude betrokken bij het landelijke project Patiëntmonitoring. Dit is ontstaan vanuit het onderzoeksprogramma Herstel van mobiliteit bij dwarslaesie, waarbij mensen met een dwarslaesie individueel in hun ontwikkeling worden gevolgd met enkele meetinstrumenten die zich in groepsonderzoek hebben bewezen. De voorwaarde is dat deskundige mensen de meetinstrumenten gebruiken en dat de resultaten in teamverband worden geïnterpreteerd en besproken. Op basis daarvan en van de deskundigheid van de professional kan bijsturing van de behandeldoelen volgen. Van der Woude stelt enigszins teleurgesteld vast dat tot nu toe het project nog niet overal goed van de grond komt. Hij wijt dit aan het feit dat dergelijke metingen bovenop de reguliere taken van de behandelaars komen en aan het probleem dat de gegevens nog niet geautomatiseerd verwerkt kunnen worden. Hij hoopt dat de betrokken centra toch die slag gaan maken. Als goed voorbeeld noemt hij Heliomare, dat patiëntmonitoring als speerpunt van zijn beleid heeft gemaakt. Dat centrum volgt met vergelijkbare meetinstrumenten ook individuele revalidanten uit andere diagnosegroepen. ‘Je moet overigens geen snelheid eisen en verwachten. Dit soort processen vergen een lange adem.’

### USER

Dat het een moeizaam en langdurig proces is, weet ook Marcel Post. Hij is senior onderzoeker bij het kenniscentrum van De Hoogstraat in Utrecht en begeleidde als projectleider de ontwikkeling van de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie (USER). Dit meetinstrument brengt de mobiliteit, persoonlijke verzorging, cognitie, vermoeidheid, pijn en stemming in kaart, om te kijken welke hulp een revalidant nodig heeft. Het meten van zelfredzaamheid is een belangrijke doelstelling van klinische revalidatie. Inmiddels is de USER bij De Hoogstraat, Sophia Revalidatie en Revalidatiecentrum Breda getest bij grote groepen klinische revalidanten. De conclusie is dat de meetfout van het instrument zodanig klein is, dat het in staat is de vooruitgang goed weer te geven.

### Wennen

Tien revalidatie-instellingen werken nu met de USER. Bovendien heeft Revalidatie Nederland vorig jaar dit meetinstrument opgenomen in de basis-set prestatie-indicatoren, een pakket meetinstrumenten dat de resultaten van zorg zichtbaar moet maken. Post zegt dat de USER op groepsniveau gebruikt kan worden als uitkomstmaat, maar ook om individuele behandelingen te volgen. In het eerste geval volstaat een begin- en eindmeting, in het andere is ook een tussentijdse meting noodzakelijk, om de behandeling bij te sturen. Tot nu toe beperken de meeste centra zich tot het meten op groepsniveau. Post begrijpt die terughoudendheid wel. ‘Het afnemen van de vragenlijst kost niet veel tijd, ongeveer 5 tot 10 minuten, maar wordt vaak wel als een extra belasting ervaren. Bovendien is het invullen van de vragenlijst één, echter het gebruik van de resultaten ervan is nog iets anders. Behandelaars moeten eerst wennen aan de manier waarop ze zo’n instrument dienen te gebruiken en aan de betekenis van de cijfers. Ook weten ze nog niet hoe ze daarover het beste kunnen communiceren met de revalidant. Verder beschikt niet ieder centrum over geschikte software om die gegevens te verwerken. Toch vind ik die stap erg zinvol: je gebruikt de USER pas optimaal als je daarmee ook individuele behandelingen gaat monitoren.’

## Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

## Revalidatie binnen categoriaal ziekenhuis

Door John Ekkelboom



Poliklinische revalidanten per jaar:  
1500 volwassenen en 530 kinderen

Medewerkers: 450

Revalidatieartsen: 15

Bedden: 94

Klinische Revalidatiebehandeluren (RBU's)  
per jaar: 52.157

Poliklinische Revalidatiebehandeluren (RBU's)  
per jaar: 72.697

Aantal locaties: 7

Foto's: John Ekkelboom

**D**e Sint Maartenskliniek in Nijmegen neemt een bijzondere plaats in binnen de revalidatie in Nederland. De revalidatiekliniek is hier ontstaan in een categoriaal – dus gespecialiseerd – ziekenhuis. Dat maakt de instelling volgens Willem Romijn, directeur revalidatiecentrum van het Nijmeegse ziekenhuis, uniek in ons land. 'In 1936 richtten de Zusters van Liefdadigheid een orthopedische en reumatologische kliniek op, inclusief een pedologisch instituut voor kinderen met lichamelijke gebreken. Zo'n dertig jaar later ontstond het huidige revalidatiecentrum, toen vooral voor kinderen en inmiddels voor alle leeftijden. Het pedologisch instituut en de bijbehorende Maartenschool zijn nadien verzelfstandigd, waarbij onderwijs en zorg verregaand zijn geïntegreerd.'

Romijn vertelt dat de drie afdelingen van de Sint Maartenskliniek – orthopedie, reumatologie en revalidatie – zich in de loop der jaren afzonderlijk hebben ontwikkeld tot topspecialismen op het gebied van houding en beweging. Een interessante wending vindt hij dat ze elkaar steeds vaker weten te vinden. Ter illustratie van zo'n raakvlak noemt hij de gangbeeldanalyse, waarbij het bewegingspatroon van een patiënt wordt onderzocht. De diagnostiek kan dan door verschillende specialisten worden bekeken en zo tot een betere behandeling leiden. Of bijvoorbeeld de orthopedisch chirurg corrigeert de rug van een patiënt met scoliose, waarna in overleg revalidatieartsen de revalidatie op zich nemen. Romijn: 'Zorgverzekeraars kijken steeds meer naar waar de meeste ervaring zit. Wij hebben niet alleen die drie specialismen, maar we doen ook veel aan **onderzoek en innovatie**, wat uiteindelijk de zorg ten goede komt.'

Voor het aansturen van onderzoek en innovatie heeft het revalidatiecentrum van de Sint Maartenskliniek vier hoogleraren in huis. Zij zijn gespecialiseerd in CVA-zorg, spraak/taal, cognitie en motoriek/spieren/zenuwen. Dit alles gebeurt in nauwe samenwerking met het UMC Sint Radboud in Nijmegen. Ook Het Roessingh in Enschede is een belangrijke partner. Met dit laatste centrum werkt de Sint Maartenskliniek aan de **revalidatierobot LOPES**. Deze helpt patiënten na een beroerte opnieuw te lopen. Het bijzondere is dat hij – anders dan de looptrainer Lokomat, waarover de kliniek ook beschikt – zelfstandig reageert op wat de revalidant doet. De Sint Maartenskliniek, die veel loopexpertise in huis heeft, krijgt binnenkort een LOPES-robot voor wetenschappelijk onderzoek. Tevens zal het ziekenhuis nog dit jaar beschikken over een Lokomat voor kinderen, waarmee dan ook jonge patiënten met neurologische stoornissen loopoefeningen kunnen doen.

Samenwerking met andere instellingen is volgens Romijn noodzakelijk om de revalidatiezorg te verbeteren. Daarbij denkt hij niet alleen aan ziekenhuizen en revalidatiecentra, maar ook aan verpleeghuizen en de eerste lijn. Hem valt op dat de concurrentie door de marktwerking toeneemt en dat revalidatiecentra op zoek zijn naar een manier om daarmee om te gaan. Zo zullen de regionale grenzen voor revalidatiecentra vervagen, omdat patiënten op zoek gaan naar de voor hen meest passende zorg. Op dit moment komt al veertig procent van de patiënten van het Nijmeegse revalidatiecentrum van buiten de regio. Dat percentage zal verder groeien, verwacht de directeur. 'E-health zal daar een bijdrage aan leveren. Zo behandelen we nu al op afstand mensen met taal- en spraakproblemen of met geheugenproblemen na een CVA. Die ontwikkeling zet zich verder voort.'

# ‘We weten nu zoveel meer’

Wetenschappelijk onderzoek heeft de laatste jaren veel nieuwe inzichten opgeleverd over de revalidatie van mensen met een beroerte. Het heeft de zorg in een stroomversnelling gebracht. • Door Mia Willems

‘In de CVA-revalidatie zijn ontzettend veel ontwikkelingen gaande’, zegt Anne Visser-Meily. Zij is revalidatiearts en voorzitter van de Werkgroep CVA Nederland (WCN) van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. ‘Vanaf 1998 liep het Stimuleringsprogramma Revalidatieonderzoek, dat door de overheid financieel werd gesteund en werd geleid door ZonMw. Dit programma heeft veel kennis opgeleverd over hoe mensen herstellen na een beroerte. We snappen beter wat er in het brein, de spieren en op activiteitsniveau gebeurt. Zo leerden we dat mensen met een halfzijdige verlamming weer beter gaan lopen, niet zozeer doordat de aangedane kant herstelt, maar doordat het evenwicht herstelt en de gezonde kant anders wordt ingezet. Therapieën die alleen zijn gericht op het terugwinnen van uitgevallen functies blijken dan ook niet te leiden tot meer vaardigheden.’ Deze kennis heeft geleid tot grote veranderingen in de behandelpraktijk. De voorheen gangbare NDT-methode, gericht op het activeren van de aangedane kant, is bijvoorbeeld vervangen door een behandeling die is gebaseerd op de nieuwe wetenschappelijke inzichten.

### Intensieve revalidatie

Ook het landelijke project dat nu loopt, Snel in Beweging, is een voorbeeld van hoe nieuwe kennis wordt ingezet in de praktijk. Studies wijzen op het belang van intensieve revalidatie in de eerste weken na een beroerte. Hoe meer therapie, hoe beter het herstel gedurende de eerste zes maanden. Visser: ‘Een goede manier om tot intensievere training te komen, is mensen zelfstandig te laten oefenen. Daar is een gids met oefeningen voor ontwikkeld, die zowel in het revalidatiecentrum, verpleeghuis als ziekenhuis kan worden ingezet.’ In de ziekenhuizen wordt nu ook snel na de beroerte gestart met de revalidatie en is er meer aandacht gekomen voor een goede verwijzing. De WCN heeft een elektronisch hulpmiddel ontwikkeld, de Beslischulp Beroerte, om de verwijzing en overdracht naar vervolgzorg te ondersteunen. ‘In al dit soort projecten zie je dat de ketenpartners die betrokken zijn bij de CVA-zorg nauw samenwerken; ook dat is de laatste jaren veranderd. Het wordt steeds duidelijker dat we niet elkaars concurren-

ten zijn, maar dat we het juist van de samenwerking moeten hebben. Daarbij kan de revalidatiegeneeskunde een centrale rol spelen, omdat revalidatie bij uitstek onze expertise is.’

### Keten

Op veel plekken is zichtbaar dat samenwerking binnen de keten winst oplevert voor alle partijen. Visser noemt als voorbeeld het Utrechtse project Ontketend, een samenwerkingsverband van verpleeghuis Albert van Koningsbruggen, revalidatiecentrum De Hoogstraat en het UMC Utrecht. Met elkaar legden zij vast hoe de zorg aan CVA-patiënten is geregeld en wie waar wordt behandeld. In het verpleeghuis zijn de revalidatiemogelijkheden uitgebreid en wordt nu intensievere zorg aangeboden: ‘Uit de eerste cijfers blijkt dat patiënten korter in het ziekenhuis liggen en dat meer patiënten van het verpleeghuis doorstromen naar huis en naar het revalidatiecentrum.’ In het verpleeghuis is groepsbehandeling geïntroduceerd en wordt meer individuele therapie gegeven: ‘Zelfs voor mensen die altijd in het verpleeghuis zullen blijven, kan intensieve therapie het verschil maken. Stel bijvoorbeeld dat iemand door therapie een transfer kan maken met een verzorgende, zonder tillift. Dat kan dan betekenen dat die persoon in het weekend dagen naar huis kan.’

### Mijlpaal

Op grond van wetenschappelijk onderzoek kan de behandeling worden aangepast, maar vervolgens moet wél worden aangetoond dat nieuwe behandelvormen het herstel ook daadwerkelijk bevorderen. Momenteel vinden landelijk veel studies plaats naar het effect van nieuwe behandelingen, zoals de inzet van robotica voor het trainen van de arm- en handfunctie of afasie-training met zang en ritme. In het project FIT Stroke wordt een nieuw circuittrainingsprogramma onderzocht. Gekeken wordt naar het effect op de loopvaardigheid en daarnaast - en dat is nieuw - naar psychosociale uitkomsten, zoals depressie en vermoeidheid. Dr. Ingrid van de Port, als senioronderzoeker betrokken bij FIT Stroke, vertelt: ‘We hebben net de



Oefenen in de handengroep; derde van rechts Ernest Denis

250ste patiënt in het onderzoek opgenomen. Een mijlpaal, want in de wereld is nog nooit zo'n groot CVA-onderzoek op dit gebied gedaan. Dit fantastische resultaat is alleen mogelijk door een nauwe samenwerking van de negen deelnemende revalidatiecentra.' Kenmerkend aan het trainingsprogramma is dat het intensief en taakgericht is en groepsgewijs wordt aangeboden. Van de Port: 'Ik denk dat groepsbehandeling de toekomst heeft in de CVA-zorg. In het begin kregen we daarop veel kritiek. Behandelaars waren bang dat de zorg minder zou worden als ze minder persoonlijke aandacht aan mensen konden geven. Maar de fysiotherapeuten die de training geven zijn erg positief. Een groep is kosteneffectiever, mensen leren ook veel van elkaar en er blijven genoeg mogelijkheden over om individuele aandacht te geven.'

#### Chronische fase

Anne Visser: 'Ik vind dat professionals en onderzoekers in de CVA-zorg een groot compliment verdienen voor alles wat in korte tijd ten goede is veranderd, want dat is echt heel veel. Maar dat betekent niet dat we er al zijn. Zo kan de zorg in de chronische fase beter. We weten uit onderzoek dat deze fase niet stabiel is, maar we hebben nog geen goed systeem om mensen te volgen en als dat nodig is zorg aan te bieden. De praktijkondersteuner van de huisarts zou hiervoor een screening kunnen doen.' Bij het ondersteunen van mensen in de chronische fase ziet de revalidatiearts goede mogelijkheden voor telezorg: 'Je zou internet kunnen inzetten voor de begeleiding van mantelzorgers, of om mensen te stimuleren om thuis te blijven oefenen.' Visser vindt het jammer dat de revalidatie nog te veel te boek staat als iets dat kort na het hersenletsel aan de orde is. 'Als een patiënt zich na drie jaar bij de huisarts meldt met toename van spasmen of somberheid, zal die vaak zeggen dat dat er nou eenmaal bij hoort. Onterecht, want een revalidatieteam heeft dan vaak nog veel te bieden.'

*Kijk voor informatie over de projecten op [www.dehoogstraat.nl](http://www.dehoogstraat.nl), zoeken op trefwoord. Van de site kunt u de Beslissing Beroerte en de oefengids van Snel in Beweging downloaden.*

## 'Je komt erachter hoe ingewikkeld het lichaam eigenlijk werkt'

Ernest Denis (48 jaar) kreeg op 3 juni tijdens een presentatie op zijn werk een herseninfarct: 'Vanuit het ziekenhuis kon ik binnen een paar dagen terecht bij revalidatiecentrum De Hoogstraat. In het begin was mijn conditie heel slecht, ik lag alleen maar, een uur zitten was al zwaar. In het ziekenhuis wordt er meer voor je gezorgd, maar in het revalidatiecentrum staat het zoeken naar zelfstandigheid voorop. Dat is even wennen, maar ik was ook blij dat ik intensief kon werken aan mijn herstel.'

'Vooral het lopen is goed hersteld, maar met mijn linkerarm komt het niet meer goed, de schade in de hersenen is te groot. Ook op het cognitieve vlak ligt er nog een uitdaging. Als je zo hard werkt om functies terug te krijgen, kom je erachter hoe ingewikkeld een lichaam eigenlijk werkt. In het begin kwam ik regelmatig te vroeg of te laat aan bij therapieën. Bleek ik de kleine en grote wijzer op de klok niet goed meer van elkaar te kunnen onderscheiden.'

'Door mijn werk heb ik veel organisaties gezien en ik vind het revalidatiecentrum een bijzondere organisatie. Mij valt op dat er goed samenwerkt wordt door disciplines met verschillende kennisvlakken. Op 28 september ga ik naar huis. Ik vind het knap dat men daarover zo vroeg al een prognose kon geven. CVA is een moeilijke kwaal en ik merk dat je als persoon ook tijd nodig hebt om te snappen wat er met je gebeurt is. De crisisfase zijn we, mijn familie en ik, langzaam voorbij, nu komt de taak om het te integreren in ons leven. Het wordt nooit meer zoals het was, maar ik heb er vertrouwen in dat het gaat lukken.'

Jacqueline Leenders



Innovaties doorgevoerd in praktijk

# Van behandelrichtlijn tot robot

Innovatie kan de revalidatie verder verbeteren. Hoe kan het nog handiger, slimmer en beter? In het Innovatieprogramma Revalidatie worden innovaties die in de praktijk op kleine schaal al succesvol zijn gebleken, breder ingevoerd. • Door Marianne ten Hoedt

**B**ij het ter perse gaan van deze RM was aan vier projecten subsidie toegekend in het kader van het Innovatieprogramma Revalidatie. Twee van die projecten richten zich op de invoering van behandelrichtlijnen, voor CVA-revalidatie en voor cerebrale parese. Deze richtlijnen zijn voor verdere verspreiding voorgedragen door revalidatiecentrum De Hoogstraat. Aan beide projecten doen twintig revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen mee. Bij de invoering van de richtlijnen in de dagelijkse zorgpraktijk worden knowledge brokers ingezet; behandelaars die als ambassadeurs wetenschappelijke kennis overdragen aan collega's (zie RM van juni 2010). Een ander project is de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie, ontwikkeld door Adelante. Met deze dataset is evaluatie van de resultaten van pijnrevalidatie mogelijk en kunnen patiëntenkenmerken inzichtelijk worden gemaakt. In het project wordt ernaar gestreefd de dataset ingevoerd te krijgen bij vijftig revalidatiecentra en -afdelingen. Door een brede invoering wordt het mogelijk om een groot databestand op te bouwen.

## Robotondersteunde armtherapie

Een vierde innovatie, die nu bij zeven revalidatie-instellingen wordt ingevoerd, is robotondersteunde armtherapie in de revalidatie van CVA-patiënten. Het apparaat dat hiervoor wordt gebruikt is ontwikkeld door de Universiteit Twente in samenwerking met revalidatiecentrum Het Roessingh. Bijna de helft van alle CVA-patiënten kan één arm nog maar beperkt gebruiken. Vooral het strekken van de elleboog bij het reiken is voor velen een probleem, en juist het reiken is een beweging die nodig is om zelfstandig te kunnen functioneren. De nieuwe armtherapie werd met veel succes ingevoerd bij Het Roessingh. Ook uit diverse onderzoeken kwam naar voren dat het inzetten van deze robotondersteunde therapie zijn vruchten afwerpt.

## Meer dan techniek

De belangstelling voor de inzet van technologie in de revalidatie groeit. Toepassingen als looprobots, armrobots en de Wii verbeteren de kwaliteit

## ‘Ik zie vooral een toekomst voor handzame, slimme toepassingen’

en de intensiteit van de training. Bij technologische vernieuwing gaat het echter om veel meer dan techniek alleen, vertelt Hans Rietman, hoogleraar revalidatiegeneeskunde en -technologie aan de Universiteit Twente, wetenschappelijk directeur van Roessingh Research and Development en revalidatiearts. ‘Bij technologie wordt de medische kant wel eens vergeten. Maar als je technologie ontwikkelt voor de revalidatie, moet die wel passen bij de dagelijkse praktijk in de kliniek en bij de patiënten.’ Daar is de revalidatiesector sterk in, vindt de hoogleraar: technologie wordt ontwikkeld in nauwe samenspraak met revalidatieartsen, behandelaars en revalidanten.

### Maatschappelijk belang

Dat technologische vernieuwing revalidanten voordelen biedt, is evident. Maar er is ook een maatschappelijk belang. Voor de komende tien tot vijftien jaar komt de verhouding tussen zorgvraag en zorgaanbod steeds meer onder druk te staan. Met de toenemende vergrijzing stijgt de druk op de gezondheidszorg, terwijl er involvende fysio- en ergotherapeuten beschikbaar zijn. ‘Een gedeeltelijke automatisering van de behandeling kan dat probleem deels opvangen’, meent Rietman. ‘Deels, want een fysiotherapeut blijft altijd nodig. De inzet van robots kan de training wel intensiveren. Ik denk aan toepassingen zoals je die nu ook in sportcentra ziet: zalen met apparatuur waar therapeuten rondlopen om extra ondersteuning te verlenen.’

### Handzaam en slim

Ook kan technologie een rol spelen in de trend om patiënten steeds korter te behandelen. Rietman: ‘Het is van belang dat zij ook thuis aan de slag kunnen met kleine, slimme robotondersteunde apparatuur. Eisen voor dergelijke apparatuur zijn dat die handzaam is, intensief trainen mogelijk maakt, feedback geeft op de uitvoering en bijvoorbeeld is te combineren met computerspelletjes. Denk daarbij aan de Wii.’ Is er genoeg van dat soort apparatuur over tien à vijftien jaar? Met andere woorden: gaan de technologische ontwikkelingen snel genoeg om de demografische ontwikkelingen bij te benen? Rietman is er positief over. ‘Het kan heel snel gaan’, denkt hij. ‘Kijk maar naar de toepassingen die we nu al gebruiken en die we tien jaar geleden niet voor mogelijk hadden gehouden. Ik zie vooral een toekomst voor handzame, slimme toepassingen.’

Revalidatie Nederland en ZonMw geven sturing aan het **Innovatieprogramma Revalidatie**. Dit programma heeft tot doel het innovatievermogen van revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen te vergroten. Revalidatie Nederland draagt zorg voor de landelijke implementatie van innovaties die op kleine schaal al succesvol zijn gebleken. Ook vergroot de brancheorganisatie de toegankelijkheid van de aanwezige kennis, door het opzetten van een kennisportal. ZonMw richt zich op de ontwikkeling van nieuwe innovaties op basis van relevante actuele kennis. Kijk voor meer informatie en voor de indieningsmogelijkheden op [www.revalidatie-innovatie.nl](http://www.revalidatie-innovatie.nl).



### Wat doen we ermee?

Mijn kijk op ziekte en beperkingen is filosofisch, maar ook heel pragmatisch: wat DOEN we ermee? Het is niet zo interessant wat er feitelijk aan ons lichaam mankeert, hoeveel moeilijkheden dit geeft en hoe beperkt we daardoor zijn. Het wordt pas interessant als we bereid zijn er iets zinvols mee te dóen.

Mooi of niet mooi, dun of dik, beperkt of niet beperkt, ziek of beter: er bestaat niet zoiets als een ‘fout’ of ‘verkeerd’ lichaam. Het lichaam is niet je vijand, maar je bondgenoot. Een wijze bondgenoot die je alleen maar probeert te herinneren. Aan de verlangens van je ziel, aan wat je hier op aarde komt leren – en wat jij anderen kunt leren.

Mijn persoonlijke levensweg laat zien dat lichamelijke beperkingen geenszins je kansen op geluk, liefde en succes hoeven te verstoren, en dat het hebben van een haperend, piepend en krakend lichaam nog niet betekent dat je je potentieel in dit leven niet bereikt. We komen voorbij het lijden als we ziekte en lichamelijke klachten gaan zien als keerpunt en als kans. Zeker, ze kunnen een crisis geven, maar een crisis kan ons de ogen helpen openen voor de echte werkelijkheid en ons in staat stellen om dichterbij ons Zelf en bij het goddelijke te komen.

Het wel of niet lichamelijk genezen is helemaal niet zo belangrijk als we vaak denken. Het gaat erom dat we de innerlijke uitdaging aangaan die ziekte of beperking met zich meebrengt. Het is de uitdaging om onbevreesd en met een open hart naar de realiteit te kijken. Als we dat doen is ons eerste doel niet langer ‘herstel’, maar ‘her-verbinding’ met het leven. Ja, dat kan zelfs als de dood op de ziekte volgt.

Annemarie Postma

# Wij zijn Lekker Stuk!

Nederland is een echte zorgmaatschappij en er wordt ook over mensen met een handicap voornamelijk gedacht in termen van zorgen voor. Er wordt onvoldoende nagedacht over wat er voorbij de zorg nodig en mogelijk is. Zorg is niet erg, het is zelfs een randvoorwaarde om mee te kunnen doen. Maar er komt een moment dat je iemand de mogelijkheden moet geven om met die zorg zelfstandig te participeren in onze maatschappij. Wij willen ook aan het werk of naar dat leuke restaurantje. Wat heb je aan al die hulp als blijkt dat alleen je eigen huis toegankelijk genoeg is? Dat je niet makkelijk je opleiding kan volgen of werk kan vinden? Een belangrijke manier om onze positie te verbeteren, is het versterken van onze rechten: het recht op werk, op onderwijs, op openbaar vervoer et cetera. Dit zorgt voor een kader waarbij mensen met een handicap niet langer afhankelijk zijn van de gunsten van anderen. Hier zie ik een rol voor de revalidatiesector, want jullie kunnen meer dan nu bijdragen aan de lobby voor gelijke rechten van jullie klanten.

De revalidatiesector werkt hard om mensen terug te brengen in de samenleving, maar wat heeft dat werk voor zin als zij vervolgens tegen allerlei belemmeringen aanlopen? Daarover mogen jullie best harder aan de bel trekken.

Op de lange termijn, hopelijk niet al te lang, zal een veranderde positie van mensen met een handicap ook leiden tot een ander beeld. Het beeld dat nu bestaat is dat we zielig, dom, onaantrekkelijk en weinig zelfbewust zijn. Dit beeld zit veel dingen in de weg en is net zo onjuist als hardnekkig. Als mensen iemand met een handicap tegenkomen ervaren zij angst en ongemakkelijkheid. Angst dat zo iets hen ook kan overkomen en ongemakkelijkheid doordat ze niet weten hoe

ze moeten reageren. Onbekend maakt onbemind en wat er algemeen bekend is maakt ons ook al niet zo beminlijk. We worden niet gezien als mogelijke collega's en vaak wordt er bij diversiteitsbeleid van bedrijven niet eens gedacht aan mensen met een beperking. Zelfs op de meest logische plekken, zoals revalidatiecentra, is er geen beleid dat gericht is op het aannemen van mensen met een handicap. Maar hoe zorg je dat een algemeen beeld verandert? Als revalidatiecentra kunnen jullie daaraan bijdragen door je

laten zien dat het beeld in Nederland van mensen met een handicap of ziekte een tikje scheef is. Ook vinden we dat het in Nederland nog een stuk beter kan en daarvoor vragen we aandacht met prikkelende acties. Acties gericht op de grote groep mensen die weinig met mensen met een handicap in aanraking komen en waar het verkeerde beeld dus ook het meest hardnekkig is. Via radiospots en de pers vragen wij op een positieve manier aandacht voor de belangen van mensen met een handicap of chronische

## ‘Jullie kunnen meer bijdragen aan de lobby voor gelijke rechten van jullie klanten’

nog meer in te spannen om van je revalidanten mondige, sterke en goed geïnformeerde mensen te maken. Mensen die laten zien wat er allemaal mogelijk is met een handicap. Als mensen met een handicap zelf kunnen wij een ander beeld naar buiten brengen. Namelijk het beeld dat we sterk, slim, aantrekkelijk, zelfbewust zijn en tegen een stootje kunnen - wat veel dichterbij de realiteit komt. De Mis(s)verkiezing is daar een voorbeeld van. Ja, mensen met een handicap zijn ook mooi! Nog een voorbeeld is de CAPaward. Ja, mensen met een handicap hebben ook talent!

En nu is er de actiepartij Lekker Stuk. Want wij zijn lekker én stuk. Lekker Stuk bestaat uit zelfbewuste, jonge mensen met drukke werkzaamheden én een fysieke beperking. Wij willen

ziekte. Het uiteindelijke doel is om te zorgen dat je in Nederland echt Lekker Stuk kan zijn. Of we daadwerkelijk lekkere stukken zijn, daar valt over te twisten... Iedereen heeft zijn eigen smaak. Maar we zijn in ieder geval Lekker Stuk! Nieuwsgierig? Ga naar [www.lekkerstuk.nu](http://www.lekkerstuk.nu), volg ons op [www.twitter.com/Lekker\\_Stuk](https://www.twitter.com/Lekker_Stuk) of word lid van [www.wijzijnlekkerstuk.hyves.nl](http://www.wijzijnlekkerstuk.hyves.nl). Revalidatiecentra van Nederland: kom – samen met Lekker Stuk – op voor de belangen van je klanten!

*Reni de Boer,  
schrijver, Mis(s) Nederland en Ambassadeur  
Onbeperkt Nederland 2007,  
namens Lekker Stuk*

# Irene van Neck

Door Kitty Rotteveel

**WERK** > VRIJWILLIGER BIJ SOPHIA REVALIDATIE IN DEN HAAG, EEN MIDDAG PER WEEK **LEEFTIJD** > 67 JAAR **PRIVÉ** > VRIEND

**GROOTSTE HOBBY** > 'IK BEN GEK OP SCHILDERKUNST, KLASSIEKE MUZIEK EN TENNIS' **HEKEL AAN** > 'ONBESCHOFFTHEID'

## Je bent vrijwilliger, wat doe je precies?

'Ik ben begonnen als medewerker in het restaurant, waar de revalidanten tussen de middag eten. Dat doe ik nog incidenteel. Ik dek dan tafels, help bij het dragen van een dienblad of bij het snijden van vlees of fruit; dat soort dingen. Wekelijks ben ik een middag gastvrouw op de verpleegafdelingen. Als gastvrouw doe je van alles: aandacht geven aan de revalidant die dat wil, planten water geven, een boodschapje doen of wandeling maken met een revalidant, sinaas-appels persen, de leesportefeuille verzorgen. En ogen en oren openhouden om te zien of er iets anders is waar je mee kan assisteren. Ook help ik met andere vrijwilligers als bijzondere festiviteiten georganiseerd worden, zoals de jaarlijkse barbecue, het paas- of kerstdiner.'

## Hoe ben je in dit werk verzeild geraakt?

'Ik werkte altijd in de zakenreiswereld, een dynamische omgeving waarin ik me als een vis in het water voelde. Op een gegeven moment viel ik af en toe in als mantelzorger bij een oudere zieke buurvrouw. Ik merkte dat ik daar goed in was. Het was iets heel anders dan mijn baan, maar dat maakte het juist leuk. Toen ik ophield met werken zag ik een oproep van Sophia Revalidatie voor vrijwilligers, en ben ik meteen begonnen. Ik kende het revalidatiecentrum al omdat een kennis er gerevalideerd had. Het leek me mooi werk.'

## Wat betekent het contact met revalidanten voor je?

'Heel veel! Daar draait het om: waar kun je hen behulpzaam zijn? Ik merk vanzelf of er behoefte is aan een praatje. Vaak is dat niet zo, hoor, revali-



Foto: Sophia Revalidatie

lidanen zijn ook voor elkaar een grote steun, het zijn tenslotte lotgenoten. Maar er zijn altijd mensen die graag wat aandacht willen, en dan kan ik direct de boel de boel laten en hierop inspringen. Door dit werk heb ik gemerkt dat een beroep in de zorg mij ook goed had gepast. Het ligt me en ik vind het interessant. Door het werk krijg je te maken met diverse ziektebeelden waarbij het van belang is daar zo goed mogelijk mee om te gaan. Er wordt voor de vrijwilligers van tijd tot tijd instructie gegeven, bijvoorbeeld over hoe we moeten omgaan met mensen met afasie.'

## Zijn er moeilijke kanten aan je vrijwilligerswerk?

'Natuurlijk is het soms moeilijk om te zien wat

voor tegenslag mensen te verwerken krijgen. Vaak komt hun ziekte ook niet alleen, maar is er van alles aan de hand. Daar sta ik zeker bij stil, maar ik moet ook accepteren dat het leven zo in elkaar zit. Je moet ermee kunnen omgaan dat mensen het soms zwaar hebben. Maar ik ben er dankbaar voor dit werk te kunnen doen, en ik doe het met plezier. Ik probeer iets extra's te doen waar het personeel geen tijd voor heeft. Het is misschien marginaal wat we doen, maar alle beetjes helpen en het wordt erg gewaardeerd. Jaarlijks worden alle ongeveer dertig vrijwilligers van het revalidatiecentrum getraceerd op een dagje uit, en dan worden we echt in de watten gelegd. Heel leuk ook voor het onderlinge contact.'

**KMD** *Spraakmakend  
in sprakeloosheid*

## Nu komen we verder

KMD zorgt ervoor dat mijn cliënt zijn computerhobby weer kan oppakken. KMD heeft een passende oplossing ontwikkeld waar ze ons vanaf het begin bij betrokken. Zijn wens is vervuld. Een grote vooruitgang voor zijn zelfstandigheid.



KLEIN & MELGERT DEVELOPMENTS BV  
T 0316 - 26 80 21 E info@kmd.nl I www.kmd.nl

# LOPEN MET VERTROUWEN



## NESS L300™

Het NESS L300-systeem zorgt voor het opheffen van een sleepvoet met behulp van Functionele Elektrostimulatie (FES).

Met de NESS L300 biedt u uw patiënt een optimale kans op verbetering. Het ideale concept voor uw behandelstrategie.

0800-6377366 • [WWW.BIONESS.COM](http://WWW.BIONESS.COM)



 **Bioness®**  
LiveOn™

## Etac E800 serie elektrische rolstoelen



welcome to a new world

 **etac**  
Creating Possibilities

Etac Holland BV  
Fluonnetweg 16a  
1812RR Alkmaar, Nederland  
Telefoon +31 72 547 04 39  
Fax +31 72 540 13 05  
info.holland@etac.com  
www.etac-holland.com

# PAKPAAL

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

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

**Pakpaal® producties**

T 076-5614500



[www.pakpaal.nl](http://www.pakpaal.nl)



Heijenoordseweg 3  
6813 GG Arnhem  
Telefoon (026) 352 69 81  
ING-bank 65.40.13.004

## Gelijke kansen voor kinderen met beperkingen

Het Johanna Kinderfonds zet zich van oudsher in om de kwaliteit van leven van kinderen en jongeren tot 30 jaar met (lichamelijke) beperkingen te verbeteren door het financieel ondersteunen van onderzoek en projecten.

Of het nu gaat om scholing, arbeid, wonen, relaties: het is de wens van veel kinderen en jongeren met beperkingen om 'gewoon mee te kunnen doen' en eigen keuzes te kunnen maken. In de praktijk blijkt dat zij dat niet in alle gevallen kunnen.

Daarom ondersteunt het Johanna Kinderfonds vele initiatieven die dit 'gewone meedoen' bevorderen.

Bijvoorbeeld door het ondersteunen van wetenschappelijk onderzoek, maar ook het stimuleren van initiatieven op het gebied van onderwijs en doorstroom naar betaalde arbeid voor deze jongeren. Ook projecten op het gebied van sportbeoefening, culturele activiteiten, vakanties en andere vormen van vrijetijdsbesteding worden door het Johanna Kinderfonds financieel ondersteund.

Met uw steun bouwen wij verder aan het streven om kinderen en jongeren met beperkingen een volwaardige plaats in onze maatschappij te geven. Meer informatie: [www.johannakinderfonds.nl](http://www.johannakinderfonds.nl)



[www.rehacare.de](http://www.rehacare.de)

Revalidatie  
Preventie  
Integratie  
Zorg

21<sup>e</sup> internationale  
vakbeurs en congres

**Düsseldorf, Duitsland**  
**6 – 9 okt. 2010**



REHACARE is voor een ieder die geïnformeerd wil worden over de thema's revalidatie, preventie, integratie, zorg en de oude dag...

**...want deze  
thema's betreffen  
ons allen!**

Fairwise bv  
Verlengde Tolweg 2a  
2517 JY Den Haag  
Tel. 070-3501100  
Fax 070-3584061  
[info@fairwise.nl](mailto:info@fairwise.nl)  
[www.fairwise.nl](http://www.fairwise.nl)

**Messe  
Düsseldorf**

# Eindelijk rustig slapen dankzij Dormo

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

## Zo, da's een puik bed

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

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

## Alternatieven

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



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

