

RM

REVALIDATIE
jaargang 12 nummer 4 december 2006

Weer naar het werk

- > Revalidatie voorbij de poort > Opnieuw controle over je impulsen
- > De keerzijde van driemaal goud > Dwarslaesieonderzoek
- > Vriendenstichtingen zorgen voor geld

4> Opnieuw controle over je impulsen

Mensen met hersenletsel zijn soms de controle over hun impulsen kwijt. De Vogellanden zette een impulscontrole-groep op.

6> Berichten

7> Vrienden voor het geld

Veel revalidatiecentra hebben een vriendenstichting die geld bijeenbrengt. Het verschilt sterk hoe dat gebeurt.

11> 'Zo is het nu gewoon'

Oud-revalidant Jospers Bouwer.

14> Vernieuwde RM de wereld in

15> Het centrum

Het Roessingh.

16> Kennis met een doel

Al acht jaar loopt een onderzoeksprogramma onder mensen met een dwarslaesie. Wat leverde het op?

20> Het standpunt

Wikipediëren.

21> Het werk

Marga Tepper.



Sneller aan het werk door vroege interventie

Werknemers die langdurig ziek dreigen te blijven maar snel de goede behandeling krijgen, kunnen vaak eerder hun werk hervatten. Met die gedachte is het landelijk netwerk Vroege Interventie gestart.

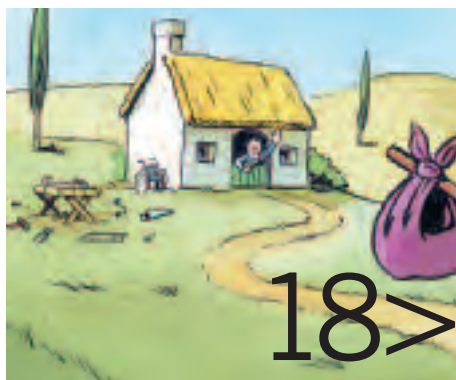
• John Ekelboom

De keerzijde van driemaal goud

Sporten met een prothese. In Nederland zijn er maar weinig mensen die het doen.

Toch ging in september van dit jaar de aandacht ernaar uit tijdens het WK Atletiek voor gehandicapten in Assen. Het woord is aan de sporter en de arts.

• Inez Pelgröm



Revalidatie voorbij de poort

Mensen weer op weg helpen naar het 'gewone leven': dat is een belangrijk doel van revalidatie. *RM* sprak enkele initiatiefnemers van reïntegratieprojecten waarin revalidatiecentra samenwerken met andere organisaties • Marc van Bijsterveldt

Mensen met hersenletsel, bijvoorbeeld door een beroerte of een ongeluk, zijn soms de controle over hun impulsen kwijt. Zonder duidelijke aanleiding worden ze woedend. Dit geeft natuurlijk grote problemen in hun sociale leven. Daarom heeft revalidatiecentrum de Vogellanden in Zwolle een impulscontrolegroep opgezet.

Psychomotorische therapie biedt nieuwe mogelijkheden

Opnieuw controle over

Johan (53 jaar) krijgt in 2003 een auto-ongeluk, met een hersenkneuzing als gevolg. Lichamelijk knapt hij goed op en al snel wordt hij uit het ziekenhuis ontslagen. Ogenschijnlijk gaat het goed met Johan, maar bij het minste of geringste ontploft hij. Meestal is hij verbaal agressief, tot hij op een dag ook lichamelijk geweld gebruikt. Zijn vrouw kent hem niet terug, is bang voor hem en ziet hun relatie niet meer zitten. Als Johan voor controle bij de neuroloog komt en zijn vrouw de situatie schetst, stuurt deze Johan voor cognitieve revalidatie door naar de Vogellanden. Hij wordt onder meer ingepland voor de impulscontrolegroep.

Uitbarstingen

Wat Johan heeft, hebben meer mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Zij zijn de controle over hun impulsen kwijt, wat zich bijvoorbeeld kan uiten in woedeuitbarstingen. Voor mensen die hier last van hebben, is de impulscontrolegroep bedoeld. Sommige deelnemers zijn heel licht ontvlambaar, anderen ontploffen minder snel, maar voor allemaal geldt dat ze zichzelf niet goed onder controle hebben en dat er op schijnbaar onverwachte momenten uitbarstingen komen. Vaak gaat dit gepaard met verbaal of lichamelijk geweld. Revalidanten zelf zeggen dat zij een kort lontje hebben gekregen.

Psychomotorische therapie

De impulscontrolegroep is vorig jaar van start gegaan. De groep wordt begeleid door twee psychomotorisch therapeuten, Wouter Oonk en Sander Penders. Zij vertellen: “Veel therapieën voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel zijn verbaal georiënteerd. Impulscontroleproblematiek uit zich voornamelijk in de interactie met anderen. Om daar iets aan te kunnen doen, moet je die interactie ook kunnen ervaren. Psychomotorische therapie

is naast het praten ook sterk gericht op het doen. Het lijfelijk ervaren, oefenen en experimenteren met gedrag staat centraal. Psychomotorische therapie wordt in de geestelijke gezondheidszorg veel toegepast. In de revalidatie begint het meer bekendheid te krijgen, maar wordt nog maar in enkele centra toegepast. Bij de Vogellanden passen we deze therapie al langer individueel toe, bijvoorbeeld ook bij mensen met chronische pijn. Een impulscontrolegroep is bij ons weten nieuw in het land.”

Signalen

“Van revalidanten met impulscontroleproblemen horen we vaak dat hun agressie zomaar uit het niets ontstaat. Wij gaan ervan uit dat voor een ontlasting wel degelijk oorzaken aan te wijzen zijn, bijvoorbeeld een slechte dag of een vervelende opmerking, en dat er ook signalen aan voorafgaan. In de therapie kunnen mensen die signalen leren herkennen. Zo voelen revalidanten zich vaak onrustiger, meer gespannen of opgejaagd worden. Omdat controleverlies vaak ontstaat tijdens sociale interactie, wordt de therapie in groepsvorm aangeboden. Voordeel van de groep is bovendien dat revalidanten elkaar tips kunnen geven en van elkaar kunnen leren. Daarnaast is herkenning erg belangrijk. Een groep bestaat uit maximaal zes revalidanten, die worden begeleid door ons beiden. De groep komt eenmaal per week een uur bij elkaar. Elke bijeenkomst wordt afgesloten met een huiswerkopdracht. Daarnaast hebben de revalidanten eens per twee weken een individueel gesprek met de psycholoog.”

Stoplicht

“Voor de therapie wordt de sporthal verdeeld in twee delen. Het ene deel wordt gebruikt als oefenruimte; het andere deel om te evalueren. Op deze



je impulsen

manier kunnen we revalidanten ook letterlijk uit een moeilijke situatie halen. Tijdens de therapie geven we bewegingsopdrachten die conflictgedrag oproepen. Wanneer de spanning oploopt, proberen we revalidanten zich daarvan bewust te laten worden. Daarbij maken we gebruik van hulpmiddelen om de oplopende spanning te leren aanvoelen. Zo is er een spannings-thermometer en een stoplicht. Bij het stoplicht betekent rood 'STOP!', stap uit de situatie en zorg dat je de spanning weer onder controle krijgt, oranje 'pas op, nu heb je nog invloed' en groen 'het is oké'. Door revalidanten in verschillende situaties te laten benoemen hoe het zit met hun spanning, leren zij zelf signalen te herkennen en hun gedrag daarop aan te passen. Ook experimenteren we met nieuwe strategieën om spanning te voorkomen, zoals uit een situatie weglopen of het eerder aangeven van irritatie. Verder kijken we hoe mensen op een veilige manier opgelopen spanning kunnen ontladen. Hiervoor kan een blokje om lopen al genoeg zijn."

Terug naar Johan

Johan heeft erg veel moeite met het verkeer. Regelmatig zit hij woest achter het stuur. Met name bumperkleven is een probleem: hij heeft snel het idee dat andere automobilisten hem opjagen. Deze situatie wordt in de groep nagebootst. Johan krijgt de opdracht om in zijn eigen tempo naar de overkant te lopen. De anderen lopen 'bumperklevend' achter hem aan. Al snel loopt de spanning op, Johan reageert op de anderen en om de confrontatie aan te gaan, gaat hij langzamer lopen. Hij raakt alleen maar meer geïrriteerd. Johan wordt uit de situatie gehaald. Geëvalueerd wordt wat er gebeurde en of zijn gedrag goed gekozen was. De andere deelnemers denken mee en komen met tips. Eén van de tips is dat Johan de andere auto's voor moet laten gaan. In de oefenruimte wordt de situatie nogmaals nagebootst, waar-

bij Johan de nieuwe strategie een aantal keren in praktijk brengt. De eerste keer kost hem dat zichtbaar moeite: hij wordt rood en nerveus, maar toch laat hij de anderen voorgaan. Als hij merkt dat hij daarna rustiger wordt, kost het hem de tweede keer al minder moeite. Toch geeft het 'uit de strijd blijven' hem een gevoel van falen. Met de psycholoog gaat hij in gesprek over deze manier van denken. Pas wanneer hij inziet dat het juist sterk is om geen confrontatie aan te gaan, kan hij de nieuwe strategie in de praktijk brengen.

Sterk

Revalidanten die hebben meegedaan aan de impulscontrolegroep zeggen dat zij situaties waarbij zij voorheen impulsief en agressief reageerden nu beter onder controle hebben. Zijzelf en hun omgeving hebben minder last van hun impulsieve neigingen en ze zijn vaak in staat om positiever over zichzelf te denken. Johan verwoordt het als volgt: "Eerder voelde ik me een mietje; nu heb ik mezelf meer onder controle en dat voelt heel sterk!" Sander en Wouter vertellen dat er in de impulscontrolegroep veel gebeurt: "Juist het bezig zijn met oplopende spanning, maakt dat wij continu alert moeten zijn. We merken ook aan revalidanten dat zij het spannend vinden. Toch zien we steeds weer hoe ze moeilijke stappen weten te zetten en welk resultaat dat heeft. Het is voor ons een heel boeiende groep om te begeleiden."

*Janneke Seinen,
de Vogellanden*

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Sander Penders of Wouter Oonk: (038) 498 13 56; w.oonk@vogellanden.nl of s.penders@vogellanden.nl

Boodschap aan nieuw kabinet

“Verbeteren van de kwaliteit van leven” moet de missie zijn van het nieuwe kabinet. Dit staat in een boodschap die Revalidatie Nederland in november via brief en persbericht kenbaar heeft gemaakt aan de formateur van het nieuwe kabinet, politieke partijen, het ministerie van VWS, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en het Nederlandse publiek.

In de boodschap wijst Revalidatie Nederland erop dat ruim 200.000 mensen - waarvan het grootste deel nu nog kerngezond is - de komende kabinetsperiode zullen revalideren bij een revalidatie-instelling. Een blijvend goede toegankelijkheid van de revalidatie is van groot belang voor de kwaliteit van leven die zij en hun naasten ervaren.

Verder is het zaak dat bij mensen die uit het arbeidsproces vallen of dreigen te vallen zo snel mogelijk beoordeeld wordt hoe de beste resultaten te bereiken zijn: met reïntegratie of gezondheidszorg. Deze vroege interventie (zie ook pagina 8) hoort thuis in het zorgverzekeringspakket omdat het meer kwaliteit van leven oplevert, en een daling van zorg- en uitkeringskosten.

Daarnaast is aandacht nodig voor preventie. De revalidatie biedt diverse behandelingen die zijn gericht op het voorkomen en verminderen van complicaties bij ziekte, bijvoorbeeld na kanker en bij diabetes. Deze behandelingen moeten toegankelijk zijn voor alle patiënten, en horen ook in het zorgverzekeringspakket.

Revalidatie Nederland laat weten dat de revalidatiesector wil blijven werken aan het verbeteren van de transparantie, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Dit kan echter alleen met succes als de sector de ruimte krijgt om in deze verbeteringen te investeren en als er dus niet, na eerdere bezuinigingen in 2004 en 2005, nóg verder op de revalidatie bezuinigd wordt.

Revalidatie EPD
Elektronisch Patiëntendossier

De revalidatiesector is bezig met het ontwikkelen van een elektronisch patiëntendossier. Het project Revalidatie EPD heeft nu een eigen website: www.revalidatie-epd.nl. Hier kunt u zich onder meer aanmelden voor de gratis digitale nieuwsbrief.

Directeur Revalidatie Nederland vertrekt

Per 1 januari 2007 vertrekt Marien van der Meer als directeur van Revalidatie Nederland. Vanaf die datum gaat ze bij Altrecht in Utrecht de functies vervullen van divisiedirecteur ortho- en forensische psychiatrie en projectdirecteur Altrecht. Bij het ter perse gaan van *RM* was nog niet bekend wie haar opvolger wordt.



Foto: Freek Prink

Revalidatie DBC's geaccepteerd

Onlangs heeft de Nederlandse Zorgautoriteit het model voor DBC's in de revalidatie goedgekeurd. DBC's of diagnose-behandelcombinaties vormen de basis van een nieuw declaratiesysteem in de zorg, dat moet leiden tot meer vraagsturing door patiënten en zorgverzekeraars. In de periode van mei tot en met oktober heeft intensief overleg plaatsgevonden tussen alle partijen die met de Revalidatie DBC's te maken krijgen. Omdat het langer duurde dan voorzien om draagvlak bij alle partijen te verkrijgen, kon het model nog niet eerder worden vastgesteld.

Afgesproken is dat vanaf 1 januari 2007 alle revalidatie-instellingen DBC's gaan registreren. Deze registratie is erop gericht de bruikbaarheid van het ontwikkelde DBC-model te testen. In september 2007 volgt een evaluatie van de testresultaten en kan het model op grond hiervan nog aangepast worden. Het is de bedoeling dat de zorgverzekeraars revalidatie-instellingen per 1 januari 2008 ook daadwerkelijk gaan afrekenen op grond van geleverde DBC's. De huidige financiering met revalidatiebehandeluren (RBU's) verdwijnt dan. Meer informatie is te vinden op www.revalidatie.nl.

Prestatie-indicatoren tonen verbeteringen

In 2005 is het aantal revalidatiecentra met een beleid voor infectiepreventie met 30% toegenomen. De registratie van wachttijden is toegenomen, evenals de publicatie hiervan op internet. Het aantal revalidatiecentra dat systematisch overlegt met patiëntenvertegenwoordigers is toegenomen. Deze en andere verbeteringen blijken uit het rapport *Revalidatie Prestatie-indicatoren 2005*. Het rapport is te vinden op www.revalidatie.nl.

In 2004 legden de 24 revalidatiecentra in Nederland voor het eerst verantwoording af door middel van de Revalidatie Prestatie-indicatoren. De ervaringen die in 2005 zijn opgedaan, worden gebruikt om de set prestatie-indicatoren verder te verbeteren.



Veel revalidatiecentra hebben een vriendenstichting die geld bijeenbrengt om extra's van te betalen. Het verschilt sterk hoe dat gebeurt. • Door Kitty Rotteveel

Vrienden voor het geld

Foto: Inge Hondabrink

Cees Vente werkt bij Heliomare. Iedere week is hij twintig uur bezig om geld binnen te halen voor de Stichting Vrienden van Heliomare. “Onze stichting heeft 3500 donateurs, die meedoen aan een loterij. Zij kopen per maand een lot van € 5,50, waarvan we 80% mogen houden en 20% naar de Grote Club Actie gaat. Daarnaast bekijk ik, als er een idee uit het revalidatiecentrum komt, welke kosten daaraan verbonden zijn en welke goededoelenfondsen ik daarvoor kan benaderen. Ook ontwikkelen we binnen Heliomare projecten waar subsidies voor verkregen worden. In totaal proberen we 6,5 ton te genereren. Van dat geld hebben we onder meer een logeerkamer gerealiseerd, diverse zorgvernieuwingprojecten, speelvoorzieningen en evenementen voor kinderen. Nieuwe doelen zijn een nieuwe ontmoetingsruimte voor revalidanten en de viering van het 75-jarig bestaan van Heliomare. Bedrijven schenken ons ook zaken in natura, zoals computers of nieuwe stoelen.”

Joost de Vreeze is voorzitter van de Stichting Vriendenkring De Hoogstraat. “Onze stichting bestaat uit een bestuur van vijf man, waarvan drie vanuit het revalidatiecentrum en twee van daarbuiten, dat zijn een oud-revalidant en ik. Het is echt vrijwilligerswerk. Wij krijgen geld binnen via donateurs, zo'n 500 mensen die jaarlijks een geldbedrag overmaken. Daarnaast krijgen we af en toe legaten of schenkingen. De aanvragen komen uit het revalidatiecentrum. Denk aan werkweken voor revalidanten, een internetcafé, aanschaf van sportrolstoelen of kano's, en we betalen mee aan het blad van De Hoogstraat. Alle extra's dus. De activiteiten die we bekostigen zijn niet alleen

leuk, ze hebben heel duidelijk ook een functie: revalidanten laten ervaren wat ze nog wél kunnen, als onderdeel van hun revalidatie- en reïntegratieproces. Zo organiseren we uitjes op de Loosdrechtse Plassen, waar mensen ondanks hun handicap kunnen zeilen.”

Vincent Buitendijk is voorzitter van de Stichting Vrienden van Blixembosch. “Sinds 2000 zijn wij bezig de stichting vorm te geven. Dat betekent dat we nog geen basisfinanciering of professionele fondsenwerver hebben. We zijn de afgelopen jaren bezig geweest met evenementen. Zo was er een benefietavond in het PSV-stadion. Bedrijven konden tafels ‘kopen’ om gasten uit te nodigen. Die avond waren Erica Terpstra, Guus Hiddink en Sonja Peters, die als medaillewinnares rolstoeltennis als rolmodel fungeert, te gast. Met het geld is een fitnessruimte in de nieuwe kindervleugel gerealiseerd. Op langere termijn bouwen we door de activiteiten een netwerk op van mensen die belangrijke contacten hebben en die ook inzetten. Zo heeft bij de benefietavond de heer Van Raaij, oud-voorzitter van PSV en lid van het comité van aanbeveling, een actieve rol gespeeld. Wij worden daarnaast gesteund door enthousiastelingen die eigen initiatieven ontplooiën en geld aan ons overmaken. Zo heeft een oud-revalidant een cd'tje gemaakt over de gouden plak van Leontien van Moorsel in Athene; zij heeft de cd zelf bij ons gelanceerd. De ideeën voor de besteding van het geld komen uit het revalidatiecentrum. De ergotherapie wilde bijvoorbeeld graag een therapietuin, en die is er ook gekomen.”



‘Ik ben uit een diep dal geholpen’

Johan Böhm (44) is researchmedewerker bij Heineken in Zoeterwoude. ‘Begin dit jaar stootte ik op mijn werk stevig mijn hoofd tegen een stalen balk. Kort daarna kreeg ik ook nog eens een flinke tik op mijn achterhoofd bij een botsing tijdens waterpolo. Omdat er symptomen van een hersenschudding waren, kon ik bij een neuroloog terecht die foto’s liet maken. Hij vertelde dat er niets aan de hand was. Daarna ging het bergafwaarts met mij. Ik werd angstig en had veel pijn. Veertien dagen heb ik op bed gelegen, ik was voor niemand aanspreekbaar.’

‘Toch blijkt er in ons lijf een overlevingsgen te zitten. Dat spoorde me aan om hulp in te schakelen. De huisarts verwees me door naar het Riagg om te kijken of ik aan een depressie leed. Gelukkig was dat niet zo. Uiteindelijk kwam ik via onze bedrijfsarts bij Heliomare Arbeidsintegratie terecht. Binnen twee dagen werd ik in het Vroege Interventie-programma opgenomen en een week na de quickscan kon ik al beginnen met revalidatie. Ik krijg fitness, arbeidstraining en groepsbijeenkomsten waarin we over gevoelens en problemen praten. Het gaat de goede kant op. Ik probeer mijn werk langzaam weer op te pakken.’



Sneller aan het werk door vroege interventie

Werknemers die langdurig ziek dreigen te blijven maar snel de goede behandeling krijgen, kunnen vaak eerder hun werk hervatten. Met die gedachte is dit jaar het landelijk netwerk Vroege Interventie gestart, waar dertien revalidatiecentra aan meedoen. Via een quickscan wordt de werknemer door een multidisciplinair team onder de loep genomen, waarna snel een behandeladvies volgt. • Door John Ekkelboom

Een van de pioniers in Nederland op het gebied van arbeidsrevalidatie is Heliomare in Wijk aan Zee. Sinds de jaren tachtig houdt dit revalidatiecentrum zich bezig met deze vorm van ondersteuning. Dat arbeidsrevalidatie in ons land soms nog steeds ter discussie staat, begrijpt Michel Edelaar niet. Hij is arbeidsrehabilitatiewetenschapper bij Heliomare. “Het is voor mij een groot raadsel. Als je mensen wilt revalideren en terugbrengen in de maatschappij, moet de factor arbeid daarbij een belangrijke rol spelen. Arbeid geeft waardering, zin in het leven en zorgt voor sociale contacten. Onderzoek geeft aan dat de gezondheid onder werkenden beter is dan onder niet-werkenden.” De kritiek die wel eens op de arbeidsrevalidatie wordt gegeven, is dat er andere professionals zijn die zich hebben gespecialiseerd in arbeid. Schoenmaker blijf bij je leest, is de gedachte die bij sommige revalidatiecentra leeft. Edelaar zegt dat een bedrijfsarts in bepaalde gevallen echter over onvoldoende middelen beschikt om ingewikkelde problematiek van het houdings- en bewegingsapparaat en van niet-aangeboren hersenletsel in kaart te brengen. Revalidatiecentra zijn daarin juist gespecialiseerd, legt hij uit.

Multidisciplinair

In de loop der jaren heeft Heliomare de methodiek Vroege Interventie ontwikkeld. Deze is bedoeld voor werknemers die het medische circuit doorlopen, van wachtlijst op wachtlijst komen en bij wie de verschillende behandelingen onvoldoende effect hebben. In dat geval kan de bedrijfsarts de patiënt naar de revalidatiearts verwijzen voor Vroege Interventie. Deze bekijkt of de werknemer alsnog het zorgcircuit in moet. Bij twijfel wordt de quickscan ingezet, waarbij een multidisciplinair team van het revalidatiecentrum binnen één dag de patiënt medisch, psychologisch en arbeidskundig onderzoekt. Uiterlijk drie weken later ontvangt de bedrijfsarts het advies.

Compact

Een instelling die sinds enkele jaren met de methodiek van Heliomare werkt, is Revalidatie Friesland. Revalidatiearts Gerlof Balk van dit centrum is erg enthousiast over het concept en noemt het origineel. “Het speelt in op de vragen die bedrijfsartsen hebben wanneer ze te maken krijgen met patiënten met complexe problemen. In de zorg is men niet gewend om compact een analyse te doen en vervolgens snel een advies te geven. Revalidatiecentra, waar verschillende professionals nauw met elkaar samenwerken, zijn daar uitermate goed in.”

Vooraan in de keten

Dit laatste beaamt Rienke Sijderius uit ervaring. Als bedrijfsarts was zij betrokken bij de ontwikkeling van de Vroege Interventie-methodiek. Zij zet zich al jaren in voor een betere samenwerking tussen bedrijfsartsen, huisartsen, specialisten en revalidatieartsen. Haar motivatie is dat werknemers maar al te vaak te horen krijgen dat ze van de ene arts wel mogen werken en van de andere niet. Ze vindt het belangrijk dat artsen op één lijn komen te staan en daar kan de Vroege Interventie-methodiek volgens haar een belangrijke bijdrage aan leveren. Zelf stuurt ze werknemers door naar een revalidatiearts wanneer ze merkt dat de situatie te ingewikkeld is en de gangbare hulpverlening onvoldoende effect heeft. “Voor een aantal aandoeningen is het belangrijk om snel in te grijpen. Laat je bijvoorbeeld bij een monteur zijn schouder drie maanden ‘bevrozen’, dan kan dat funest zijn voor zijn carrière. Het is mijn plicht mensen te begeleiden zodat ze zo snel en goed mogelijk weer aan het werk komen en blijven. In die moeilijke gevallen is het belangrijk om een revalidatiecentrum niet meer achter, zoals doorgaans het geval is, maar vooraan in de keten te brengen.”



Foto: Inge Hondelink

Slechte prognose

Karel Bootsman, arbeidsdeskundige bij Corus Staal, een bedrijf dat 9500 werknemers in dienst heeft, is eveneens enthousiast over de Vroege Interventie. Hij heeft regelmatig contact met Heliomare en is erg tevreden over de multidisciplinaire aanpak. Diverse keren zag hij werknemers met een slechte prognose toch terugkeren op hun werkplek. “Wat ik vooral op prijs stel, is de arbeidsgerichte training na zo’n quickscan. Eerst wordt in overleg met de arbeidsdeskundige van het bedrijf de belasting op de werkplek bekeken, om daarop vervolgens een revalidatietraject af te stemmen. Er wordt dus niet ins Blaue hinein actie ondernomen.”

Efficiënt

De afgelopen twee jaar heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) een pilot gefinancierd om de methodiek in de praktijk te toetsen. Naast Heliomare deden hieraan twaalf andere revalidatiecentra mee. Uit de evaluatie van het iRv, het kenniscentrum voor revalidatie en handicap, bleek dat de methodiek efficiënt is. Werknemers pakten eerder hun werk op, verzuimden minder, hadden een betere gezondheid, bezochten minder vaak de huisarts, specialisten en paramedici en gebruikten minder medicijnen. Walter Salzmans, beleidsadviseur innovatie bij CVZ, beschouwt de quickscan als een goed instrument. “Je onderkent daarmee snel wat echt gezondheidszorg is en wat onder arbeidsomstandigheden valt. Als een zieke werknemer bij een huisarts of bedrijfsarts komt, wordt dat onderscheid doorgaans onvoldoende gemaakt. En dat is juist zo belangrijk, omdat je dan weet of je middelen uit de zorg moet aanwenden of dat het de verantwoordelijkheid is van de werkgever. Het is bekend dat veel kosten onterecht ten laste van de zorg komen.”

‘Het gaat de goede kant op. Ik probeer mijn werk langzaam weer op te pakken’

Offerte

Dit jaar hebben de dertien revalidatiecentra de handen ineen geslagen en het landelijke netwerk Vroege Interventie opgericht. Michel Edelaar, coördinator van dit netwerk, licht toe dat met deze samenwerking wordt geprobeerd het onderdeel arbeid in de revalidatie op de kaart te brengen. Verder is het de bedoeling dat de professionals binnen het netwerk hun kennis en kunde uitwisselen, gezamenlijk de methodiek van Vroege Interventie verfijnen en proberen de quickscan in het basispakket te krijgen. Edelaar: “Na de quickscan, die wordt bekostigd door de zorgverzekeraars, zit onze taak er op. Blijkt uit ons advies dat arbeidsrevalidatie gewenst is, dan gaan wij daarmee verder op kosten van de zorg. Gaat het echter om arbeidstraining, een werkplekbezoek en reïntegratietraining, dan vragen we de bedrijfsarts of we een offerte mogen meesturen. Die arts kan dan zelf kiezen of hij met ons in zee gaat. Dit is een mooie gelegenheid om een stuk ondernemerschap binnen de revalidatiezorg te creëren. Nu we een landelijk netwerk zijn, zijn we een aantrekkelijke speler voor werkgevers.”

Meer informatie over het netwerk Vroege Interventie vindt u op www.vroegeinterventie.nl. Het netwerk wordt gevormd door: Centrum voor Revalidatie-UMCG, locatie Beatrixoord, Arbeid Revalidatie Friesland, Het Roessingh, De Trappenberg, Heliomare Arbeidsintegratie, Militair Revalidatiecentrum Aardenburg, Jan van Breemen Instituut, Rijndam Revalidatiecentrum, De Waarden, Revalidatiecentrum Breda, Leijpark, Blixembosch, Hoensbroeck Centrum voor Arbeidsperspectief.

GEBOREN > 1985

2 APRIL 2005 > ONGELUK MET CROSSMOTOR

■ AUGUSTUS 2005 TOT FEBRUARI 2006 > OPNAME IN REVALIDATIECENTRUM

■ FEBRUARI TOT MEI 2006 > DAGBEHANDELING

‘Zo is het nu gewoon’

Anderhalf jaar geleden kreeg Jospers Bouwer (21 jaar) een ongeluk tijdens het motorcrossen. Hij maakte een ongelukkige val, waardoor hij een dwarslaesie opliep. • Door Inez Pelgröm

“Ik had direct door dat het goed fout was. Na de val met de crossmotor had ik geen gevoel meer in mijn benen. Ik sloeg voorover met mijn borst in het zand. Mijn benen zijn er waarschijnlijk achter overheen geklapt. De dokters waren er meteen heel duidelijk over: ik had een complete dwarslaesie ter hoogte van de zesde thoracale wervel, net onder de borst. Ik zou nooit meer kunnen lopen. Door de hoogte van de dwarslaesie kon ik ook niet goed ademhalen. Er is een canule aangebracht, waardoor ik een half jaar lang niet heb kunnen praten. Dat vond ik toen bijna nog erger dan dat ik vanaf mijn borst verlamd was.

Na bijna vier maanden in het ziekenhuis was ik blij dat ik naar het revalidatiecentrum mocht. Ik wilde zo graag iets dóen. Maar in het begin mocht ik nog bijna niets. Dat was wel lastig. Bovendien kwam in het revalidatiecentrum eigenlijk pas de confrontatie met mijn handicap. In het ziekenhuis was ik zo gefocust op overleven dat het niet echt speelde. Nu kon ik er niet meer omheen. Mijn herstel ging op zich heel voorspoedig. Helemaal nadat ik aan mijn luchtpijp geopereerd was en weer kon praten. Dat was super; een flinker oppepper voor mijn motivatie. Ik heb veel fysiotherapie gehad en heb hard getraind. Pas aan het eind, toen ik graag naar huis wilde, werd het zwaar. Ik zag op dat moment zelf de vooruitgang niet meer.

Je kunt niet zonder revalidatie, daar ben ik van overtuigd. Toch waren er ook dingen waar ik het nut niet zo van inzag. Aan ergotherapie heb ik bijvoorbeeld weinig gehad. Het was vooral de verpleging, die me geleerd heeft hoe ik me kan redden in het dagelijks leven. Soms kreeg ik het idee dat mederolstoelgangers me beter konden vertellen hoe het zat dan de therapeuten, die net hun studie afgerond hadden. Ook vond ik het jammer dat mijn team terughoudend was over nieuwe ontwikkelingen. Zoals met de BerkelBike*, die ik graag wilde testen. Moest ik mijn therapeuten uitleggen wat dat was. Ik wist gewoon goed wat ik wilde, maar daar was niet altijd begrip voor. Dan leek het erop dat het team over mij wilde beslissen.

Uiteindelijk heb ik mijn revalidatie met een goed gevoel afgesloten en die BerkelBike komt er. Maar ik ben er nu wel klaar mee. Geen medicatie en geen revalidatie meer, maar gewoon weer normaal leven. Kortgeleden ben ik aan de HTS begonnen. Dat valt me best zwaar. Ik ben het absoluut niet gewend om zo lang in de stoel te zitten en om me zo lang te concentreren. Toch wil ik me er vol op richten en daarna een leuke baan vinden. Als technisch tekenaar of zo, machines ontwerpen op de computer. Een baan waarbij ik zelf aan machines kan sleutelen, zit er niet meer in. Als je zoiets gaat beseffen, is het even slikken en dan weer doorgaan. Zo is het nu gewoon.”

* BerkelBike is een kruising tussen een ligfiets en handbike, waarbij de benen door elektroden gestimuleerd worden om mee te trappen.



Oscar Pistorius: 'Ik heb geen idee waar de limiet ligt, maar ik ben zeer gemotiveerd om de grenzen op te zoeken'



Sporten met een prothese. In Nederland zijn er maar weinig mensen die het doen. Toch ging in september van dit jaar de aandacht ernaar uit tijdens het WK Atletiek voor gehandicapten in Assen. Euforie overheerste op de baan, gematigd enthousiasme kwam van het medisch sport-symposium, waar de problematiek rond sporten met een prothese aan bod kwam. In dit artikel is het woord aan de sporter en de arts. • Door Inez Pelgröm

Sporten met prothese niet altijd zonder problemen

De keerzijde van driemaal goud

DE SPORTER

De Zuid-Afrikaanse Oscar Pistorius (19 jaar) is een atleet die sport met prothesen. Toen hij elf maanden oud was, zijn zijn beide benen tot onder de knie afgezet; zijn kuitbeenderen ontbraken. Maar nog nooit heeft Pistorius zich laten tegenhouden door zijn beperkingen. Al sinds zijn jonge jeugd speelde hij succesvol rugby en cricket met prothesen. In 2004 begon hij met atletiek en meteen bleek hij een groot talent. "Ik heb mezelf nooit als invalide beschouwd; alles hangt af van de houding die je er tegenover hebt." Zijn houding bracht hem in zijn korte carrière ver, met goud op de 200 meter en brons op de 100 meter tijdens de Paralympics in Athene in 2004.

Driemaal goud

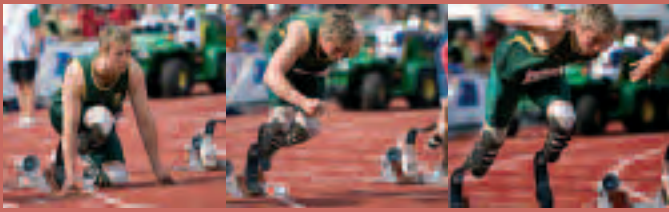
Op het WK Atletiek voor gehandicapten in Assen was de Zuid-Afrikaan ook weer succesvol. Hij stond aan de start van de 100, 200 en 400 meter sprint in de klasse T44 (amputatie beneden de knie). Hij won driemaal goud en liep twee wereldrecords. De blijdschap straalt van zijn gezicht af: "Het lopen ging goed, de concurrentie was sterk en dan drie gouden medailles winnen: echt fantastisch!" Toch blijft hij kritisch kijken naar zijn prestaties; een perfectionisme dat kenmerkend is voor topsporters. "De laatste finale had beter gekund", meent hij, "gezien mijn wereldrecord eerder deze week had er meer in gezeten." Slechts negentien jaar oud en nu al drievoudig wereldkampioen. Dat doet vermoeden dat deze man nog tot veel in staat is. Grijnzend zegt hij: "Ik heb geen idee waar de limiet ligt, maar ik ben zeer gemotiveerd om de grenzen op te zoeken."

Hart en nieren

Bang is Pistorius niet dat zijn lichaam dit topniveau niet aan kan. "Mijn dokters hebben me altijd volledig gesteund, ze moedigen me zelfs aan. Zij gaan ervan uit dat beweging gezond is. Bovendien: het gaat ontzettend goed, dus waarom niet?" Hij gaat de uitdaging aan, haalt voldoening uit de sport en stelt zichzelf steeds voor nieuwe doelen. Op dit moment rent hij de 200 meter in 21.66 seconden, terwijl het valide wereldrecord op 19.32 seconden staat. Hij is hard op weg de tijden van de valide sprinters in te halen. "Wie weet kan ik me over een tijdje op hen revancheren", zegt hij met een twinkeling in zijn ogen. Oscar Pistorius is duidelijk een sportman in hart en nieren; het enige verschil is dat hij twee onderbenen mist.

DE ARTS

Gedurende het WK gaf Jan Geertzen, professor in de revalidatiegeneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Groningen, een lezing over de problematiek rond sporten met een prothese. Hij vertelt dat bij dragers van een prothese veel huidproblemen voorkomen. Eén op de drie heeft er last van. "En omdat er bij sporters een veel grotere kracht op de prothese wordt uitgeoefend, is het aannemelijk dat bij deze groep de huidproblematiek nog groter is." Daarnaast blijkt de pasvorm vaak voor problemen te zorgen. Geertzen legt uit dat een goede fitting erg belangrijk is, zeker bij het sporten. De toename van spiermassa door het trainen en de afname hiervan als iemand een weekje trainen overslaat, maken dat de prothese niet meer goed aansluit. Dat geeft moeilijkheden. Als laatste is ook het materiaal van de prothese van invloed. >



Fabrikanten springen met grote reclamebudgetten in op deze kleine groep sporters. Of dit echter ten goede komt aan de kwaliteit van het product - en daarmee het verschil tussen wel of geen problemen - is volgens hem zeer de vraag. "Het kan ook heel goed gaan, maar een sporter die sport met een prothese moet zeker rekening houden met fysieke problemen."

Tweezijdige prothese

In het algemeen geldt: hoe hoger de amputatie, hoe groter de problemen. Geertzen: "Bij een bovenbeenamputatie mis je de buffer van een normale knie. Als je zo'n elementair lichaamsdeel moet vervangen door een prothese, functioneert het altijd minder goed dan je eigen knie zou doen." Hij voegt daaraan toe dat de atleet met tweezijdige onderbeenprothesen duidelijk in het voordeel is ten opzichte van die met een enkelzijdige onderbeenprothese. De verklaring daarvoor is dat iemand met twee prothesen veel beter symmetrisch kan lopen. "En dan ben je in staat een hogere snelheid te behalen, zoals Oscar Pistorius. Het was fantastisch om hem zo hard op twee prothesen te zien lopen." Geertzen voegt er wel aan toe dat de uitstekende resultaten die werden behaald op het WK mede te danken zijn aan de kwaliteit van de gebruikte prothesen. "Je moet niet vergeten dat zo'n sporter beschikt over materialen van hoogwaardige kwaliteit, vaak mogelijk gemaakt door sponsors."

Voorzorg

In zijn praktijk ziet Geertzen ook mensen die sporten met een prothese. Meestal kiezen zij echter voor een rolstoelsport. Sporten met een prothese kost hen te veel energie. Het vraagt namelijk nogal wat spierkracht en inspanning van je lichaam. "Ze kiezen daarnaast voor de rolstoel uit voorzorg", vervolgt hij. Deze sporters willen volgens hem voorkomen dat het sporten voor problemen zorgt, waardoor ze in het dagelijks leven enige tijd niet meer met de prothese kunnen lopen. Wat Geertzen tegen de borst stuit, is het feit dat sportprothesen niet door verzekeraars vergoed worden. "Dit is een groot knelpunt, omdat je afhankelijk bent van sponsors om erover te kunnen beschikken. Ik vind het jammer dat mensen zo de mogelijkheid wordt ontnomen om voor sporten met een prothese te kunnen kiezen."

Afweging

Er zijn artsen die het sporten met een prothese afraden. Geertzen kijkt daar anders tegenaan. Hij is van mening dat iedere sporter zelf de afweging moet maken tussen het plezier dat het sporten met een prothese geeft en de risico's die eraan verbonden zijn. Als arts staat hij achter de patiënt als deze besluit te sporten met een prothese. "Natuurlijk komt het wel voor dat ik het mensen afraad. Maar dat is dan puur op medische gronden, bijvoorbeeld als iemand een amputatie heeft moeten ondergaan vanwege vaatproblemen. Dan is sporten met een prothese soms gewoon niet mogelijk. Maar verder zal iedere sporter zelf de balans moeten zien te vinden tussen voldoening uit de sport en de blessures die je daarbij kunt oplopen. Dat moet ik net zo goed als een sporter die sport met een prothese", aldus Geertzen.

Vernieuwde RM de wereld in

In september jl. verscheen het eerste *RM* nieuwe stijl. Het nummer opende met een interview met Iris van Bennekom, directeur van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. De redactie maakte die keuze om te onderstrepen hoe belangrijk de patiëntenbeweging is voor de revalidatiesector. Zoals Van Bennekom zei: "Bij revalidanten ligt de legitimatie van de revalidatie." Reden genoeg om het eerste *RM* aan te bieden aan Iris van Bennekom.

Kick Visser, bestuursvoorzitter van Revalidatie Nederland, bedankte Van Bennekom voor de boodschap die ze de revalidatiesector had meegegeven in het vernieuwde *RM*. Hij vatte die boodschap samen: "Revalidatie let op je zaak. De sector doet een heleboel dingen goed en mag daar zeker trots op zijn, maar moet oppassen voor zelfgenoegzaamheid. Want er is veel aan het veranderen in de gezondheidszorg en daardoor is niemand meer zeker van zijn positie. Het betekent dat je als sector je meerwaarde permanent zichtbaar moet maken. En dat gebeurt nog te weinig." Visser zei dat juist om die reden *RM* is vernieuwd: "Het blad richt zich veel meer naar buiten en zet daarmee een stap in de ontwikkeling die zo hard nodig is."

Iris van Bennekom: "De revalidatie heeft veel potentie, want zonder houden we de samenleving niet draaiend. Maar er zit een eind aan wat we kunnen betalen met zijn allen én er wordt geschoven: een revalidatie-instelling is niet meer automatisch de enige die revalidatie kan leveren. In deze tijd kunnen we het ons niet meer veroorloven om ons oude gedrag te handhaven. Dat geldt voor ons in de patiëntenbeweging evenzeer als voor de revalidatiesector. We kunnen niet meer op de gebaande paden blijven, we moeten een visie vormen over hoe het óók kan, hoe het beter kan. Mijn advies aan *RM* is: laat zien wat er in de wereld gaande is. *RM* kan mensen tot nadenken stemmen, juist ook de mensen die denken 'wat zeur je nou, we doen het toch goed'."

Als u wilt reageren op RM, kunt u mailen met rm@bsl.nl of bellen met (030) 638 37 66.



Van links naar rechts: Annelies van Lonkhuyzen (eindredactie *RM*), Kick Visser, Iris van Bennekom, Frans van den Broek (samen met Sjoerd Vegter hoofdredactie *RM*)

Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

Zorg, wetenschap en commercie

Door John Ekkelboom



Medewerkers: 863
 Aantal bedden: 148
 Poliklinische Revalidatiebehandeluren (RBU's): 83.740
 Klinische Revalidatiebehandeluren (RBU's): 70.695
 Aantal revalidanten: 4138, van wie 82% uit eigen regio

Op zijn kantoor heeft Jan van Amstel de stamboom hangen van de familie Van Heek. Die ontving hij onlangs van de kinderen van de gelijknamige Twentse textielabrikant, die in 1964 de villa en het landgoed **Het Roessingh** verkocht aan het revalidatiecentrum in Enschede. Vanaf dat moment was de huidige naam van het centrum een feit. Van Amstel, nu bijna drie jaar algemeen directeur van Het Roessingh, vertelt dat zijn centrum een van de eerste in Nederland was. “Revalidatie is nog niet zo oud. We zijn in 1948 begonnen als loopschool voor oorlogsslachtoffers met ernstig lichamelijk letsel. Inmiddels hebben we onze activiteiten fors uitgebreid en zijn we, wat productie betreft, uitgegroeid tot het grootste revalidatiecentrum van ons land.”

Van Amstel spreekt van een uniek concern waarin **zorg, wetenschap en commercie** zijn samengebracht. Zo beschikt Het Roessingh niet alleen over een behandelcentrum, maar ook over een afdeling Research & Development (R&D) en de commerciële onderdelen Roessingh Revalidatie Techniek bv en Roessingh Diensten Groep. Het geld dat beide laatste onderdelen verdienen, is bestemd voor onderzoek. De commerciële tak omvat tevens werkplaatsen voor orthopedisch instrumentmakers verspreid over het land en een adviesgroep voor indicatiestelling en voor verkoop en innovatie van kunsthulpmiddelen op het gebied van spraaktechnologie. Voor dit laatste is een internet-bv opgericht, waarmee de hele Europese markt kan worden bediend. Verder is Het Roessingh een opleidingsplaats voor revalidatieartsen.

R&D is een belangrijke poot van Het Roessingh, zegt Van Amstel. “Er werken daar maar liefst 50 onderzoekers en drie hoogleraren: een ingenieur, een fysiotherapeut en een revalidatiearts. Alle drie zijn ze verbonden aan de

Universiteit Twente. We hebben een status aparte omdat de UT geen medische faculteit heeft. Bovendien heeft Het Roessingh twee erkende innovatiecentra voor revalidatietechnologie en pijnrevalidatie. De innovaties worden binnen het Roessingh geïmplementeerd en naar buiten toe verspreid. We zorgen dat kennis ook voor de andere revalidatiecentra ter beschikking komt.” Als voorbeeld noemt de algemeen directeur het recente project Telefysi, wat staat voor Teleconsultatie in Fysiotherapie. Daarbij wordt het lopen van kinderen gefilmd en geanalyseerd door artsen van Het Roessingh. Deze opnamen gaan via internet naar de fysiotherapeuten op afstand, met wie de artsen de beelden bespreken om vervolgens adviezen te geven voor verdere behandeling. De bedoeling is dat dit project landelijk wordt. Van Amstel: “We willen graag **innovatief** zijn. Veel mensen die hier werken, hebben affiniteit met onderzoek en innovatie. Ik denk dat dat typerend is voor Het Roessingh.”

Bij innovatie denkt Van Amstel overigens niet alleen aan producten. Ook **interne processen** moeten waar nodig aan de vernieuwingsdrift van Het Roessingh geloven. Zo kampte het centrum enige tijd geleden met wachtlijsten. Een extern adviseur raadde aan artsen bereid te krijgen om zo nodig collega's bij te springen die met andere revalidantengroepen werken. De interne organisatie moest hiervoor op de schop, maar de wachtlijsten verdwenen inderdaad. “Om de patiëntlogistiek verder op de rails te krijgen, werd het project Flow bedacht”, zegt Van Amstel. “Het gevolg zal zijn dat we minder mensen inzetten als er minder vraag is en meer mensen als de vraag toeneemt. Medewerkers moeten dus flexibel inzetbaar zijn. Het is een andere manier van denken, maar zo kun je wel optimaal de vraag bedienen.”



Foto: Inge Hondbrink

Het onderzoeksprogramma heet officieel *Functionele belasting, belastbaarheid en mechanismen van herstel van mobiliteit in de revalidatie van personen met een dwarslaesie*. Alle deelonderzoeken van het programma zijn erop gericht meer inzicht te krijgen in factoren die het herstel positief beïnvloeden. Tot nu toe zijn zes mensen gepromoveerd op onderzoek uit het programma; waarschijnlijk volgen nog zes promoties. Drie van de twaalf promovendi zijn revalidatiearts of in opleiding daarvoor en vier zijn klinisch werkzaam als paramedicus. Doordat de meeste promovendi ook zorgverlener zijn, wordt de zo gewenste onderzoekservaring in de dagelijkse revalidatiepraktijk ingebracht. Over het onderzoeksprogramma zijn al 50 internationale wetenschappelijke publicaties verschenen.

Elektrische stimulatie

Het is natuurlijk niet mogelijk om alle onderzoeksresultaten samen te vatten in één artikel. We doen dus een kleine greep. Onderzoek van Patricia de Groot heeft de snelle verandering van het biologische systeem na een dwarslaesie in kaart gebracht. Gebleken is dat slechts enkele weken na de dwarslaesie het vaatstelsel onder de laesie zich al heeft aangepast. Zo is het vaatbed kleiner geworden, net als de diameter van de slag-

aderen. Deze veranderingen geven - samen met de spieruitval als gevolg van de dwarslaesie - een dramatische afname van de fysieke belastbaarheid. Het lijkt mogelijk om de veranderingen in het vaatbed te voorkomen, door lichamelijke inspanning in de verlamde gebieden. Dat kan voornamelijk alleen via elektrische stimulatie van de verlamde spieren. Deze stimulatie moet dan al heel snel na het ontstaan van het letsel worden gestart. Elektrische stimulatie is een veel gebruikte techniek in de revalidatie; onderzoek is nodig om inzicht te krijgen in het effect ervan. Zo heeft Arjan van der Salm in zijn promotieonderzoek gekeken naar de mogelijkheid om middels stimulatie van enkele beenspieren een vermindering van spasticiteit - en daarmee een verbetering van de loopfunctie - te bewerkstelligen.

Schouder- en armklachten

Ook boven de dwarslaesie verandert het lichaam, door de overgang van been- naar armarbeid. Uit de literatuur was duidelijk dat na tien tot vijftien jaar rolstoelgebruik 50 tot 70% van de mensen met een dwarslaesie klachten aan hun armen en schouders hebben. Onderzoek van Stefan van Drongelen heeft nu laten zien dat deze klachten al zeer vroeg in de revalidatie lijken te ontstaan. De mechanische belasting in het schoudergewricht

tijdens bijvoorbeeld rolstoelrijden lijkt niet hoog (40 kilo compressiekracht in de schouder), maar is wel hoogfrequent: een uurtje rolstoelrijden per dag betekent zo'n 1800 duwbewegingen! Als iemand met een hoge dwarslaesie zichzelf met de armen uit de rolstoel omhoog duwt, is die compressiekracht maar liefst 170 kilo. En dat opduwen wordt ter ontlasting van het zitweefsel vaak vijftien keer per dag gedaan. Niet zonder reden wordt de opwaartse lift dus steeds meer vervangen door het voorwaarts of zijwaarts bewegen van de romp en armen. Het nadenken over vroeger preventie van overbelasting is een taak voor behandelaars én onderzoekers. Voor bescherming van de armen en schouders moet gedacht worden aan andere oefenvormen, met een meer uitgebalanceerde spierbelasting, zoals handbiken, het gebruik van minder belastende transfer- en lifttechnieken en vroegtijdige instructie en voorlichting.

Nazorg

Ook andere facetten van de secundaire problematiek bij een dwarslaesie zijn onderzocht. Hierbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld pijn, problemen met de longfunctie en botontkalking. Dit soort problematiek heeft een negatief effect op de dagelijkse hoeveelheid activiteit, op het kunnen

Kennis met een doel

Al acht jaar loopt een onderzoeksprogramma onder mensen met een dwarslaesie. Achttien deelonderzoeken en 2.7 miljoen euro later is het tijd om te kijken wat het opleverde.

volgen van trainingsprotocollen en op bijvoorbeeld de rolstoelvaardigheid en fitheid, zoals o.a. Janneke Haisma recent heeft aangetoond. Secundaire gezondheidsproblematiek komt veel voor, juist ook na afsluiting van de klinische revalidatie. Jos Bloemen maakt in haar proefschrift de omvang van deze gezondheidsproblemen en de consequenties voor het functioneren van mensen zeer duidelijk en onderstreept het belang van een systematische levenslange nazorg in de dwarslaesierevalidatie. Onderzoek van Govert Snoek naar het gevoerde 'handenbeleid' heeft laten zien dat mensen met een tetraplegie, bij wie ook de armen deels verlamd zijn, en professionals niet altijd hetzelfde denken over ingrijpende interventies, zoals operaties die de handfunctie moeten verbeteren. Verder blijkt dat het in een klein land als Nederland wenselijk is dat enkele centra zich specialiseren in deze behandelingen.

Uitdaging

Proefschriften zijn mooi, zeker als ze komen van revalidatieartsen en paramedici die in het veld werkzaam zijn. Het versterkt de academische basis in de revalidatie en helpt bij de verdere professionalisering van behandelaars. Kennis over de revalidatie moet echter niet alleen in schrift verankerd liggen: deze kennis moet worden gebruikt

en waar mogelijk worden omgezet in richtlijnen, protocollen en strategieën. Dit proces van implementatie is de grootste uitdaging voor het dwarslaesieprogramma. Het vereist een intensieve samenwerking tussen behandelaars, onderzoekers en cliënten. Door organisatie van halfjaarlijkse minisymposia wordt aan die interactie mede invulling gegeven. Een grote uitdaging is het project *Patiëntmonitoring*. De acht deelnemende revalidatiecentra hebben een aantal meetinstrumenten die zijn gebruikt in het onderzoek omarmd om de individuele voortgang van mensen met een dwarslaesie tijdens de revalidatie in kaart te brengen. De centra zijn geleidelijk meetinstrumenten aan het invoeren voor arm-handfunctie, rolstoelvaardigheden, spierkracht van de armen, longfunctie, aërobe fitheid en zelfredzaamheid. Om deze meetinstrumenten ingevoerd te krijgen, zullen onderzoekers en behandelaars elkaars taal moeten leren spreken, om zo theorie en praktijk bij elkaar te brengen. Het is een verandering die in het komende anderhalve jaar verder vorm zal krijgen.

Vervolgonderzoek

Plannen voor vervolgonderzoek zijn in de maak; een vooraanvraag is ingediend bij het IIe Programma Revalidatieonderzoek van ZonMw.

Het geplande onderzoek is gericht op de wetenschappelijke onderbouwing van de preventie van secundaire problematiek en van de nazorg voor mensen met een dwarslaesie. Ondertussen wordt ook nog uitgebreid gewerkt aan lopend onderzoek. Zo is Casper van Koppenhagen, revalidatiearts in opleiding bij De Hoogstraat, bezig met het voorbereiden van de voorlopig laatste in een serie metingen die over de tijd is gedaan bij mensen met een dwarslaesie. De metingen geven inzicht in hun functioneren en de factoren die daarop van invloed zijn. Drie metingen zijn tijdens de klinische revalidatie gedaan en één meting een jaar daarna. De vijfde en laatste meting wordt vijf jaar na de revalidatie gedaan. Ook dit onderzoek gaat weer inzichten opleveren waarmee de behandelpraktijk kan worden verbeterd. Is daarmee het dwarslaesieonderzoek zijn investering waard geweest? Het is aan u om dat te beoordelen, maar wij denken dat de praktijk gaat uitwijzen dat dit zeker zo is!

*Namens het onderzoeksnetwerk dwarslaesierevalidatie,
Luc van der Woude (lvdwoude@fbw.vu.nl),
Marcel Post (m.post@dehoogstraat.nl),
Sonja de Groot (s.de.groot@fbw.vu.nl)*

*Meer informatie op
www.fbw.vu.nl/onderzoek/A4zon/ZONenglish/index.htm*

Mensen weer op weg helpen naar het 'gewone leven': dat is een belangrijk doel van revalidatie. RM sprak enkele initiatiefnemers van reïntegratieprojecten waarin revalidatiecentra samenwerken met andere organisaties. 'Na de revalidatie begint het echte leven pas.' • Door Marc van Bijsterveldt

Drie voorbeelden van samenwerken aan reïntegratie

Revalidatie voorbij

Uitstroom- en nazorginitiatieven zijn er veel, maar een structurele samenwerking 'buiten de poort' is voor de revalidatie nog tamelijk nieuw. Ap Hilhorst, bij Groot Klimmendaal in Arnhem verantwoordelijk voor het project Netwerkondersteuning, vindt de sector nog te veel naar binnen gekeerd. "Revalidatie is eindig. Je moet dus al tijdens dat proces nadenken over wat erna moet gebeuren. En daar heb je anderen bij nodig." De afdeling Netwerkondersteuning adviseert de eigen behandelteams en onderhoudt structureel contact met organisaties die zich bezighouden met maatschappelijke integratie. De regionale afdeling van MEE, een landelijke organisatie voor mensen met een beperking, is daarvan een voorbeeld.

Informatie

Jolanda Faber, coördinator patiëntenvoorlichting bij het Rijnlands Revalidatie Centrum (RRC), is het met Hilhorst eens. "Het probleem is dat wij revalidanten tot aan de poort begeleiden. Maar dan begint het echte leven natuurlijk pas." Om goed te functioneren moet je keuzes kunnen maken, en voor die keuzes heb je weer goede informatie nodig. Voor Faber was MEE een vanzelfsprekende partner om een informatiepunt in het RRC mee in te richten. MEE heeft een grote databank met zorginformatie en bijvoorbeeld een juridische afdeling. "Wij bieden de faciliteiten voor het informatiepunt, MEE zorgt voor het personeel en het informatiemateriaal. Als achter een informatieverzoek een intensievere begeleidingsvraag zit, verwijzen de mensen van MEE naar onze hulpverleners. Andere vragen gaan direct naar hun eigen organisatie." Veronica Miltenburg werkt bij het informatiepunt. Heldere afspraken en goede communicatie over taakafbakening zijn volgens haar essentieel. "Het moet niet zo zijn dat twee hulpverleners prakti-

sche zaken met een cliënt regelen. Dat werkt verwarrend. Dus hier in huis doen wij de informatie en het RRC de ondersteuning. Als de revalidatie afloopt, kunnen wij die ondersteunende rol nu veel makkelijker overnemen." Dat kan Faber beamen. "Door MEE bij cliënten goed in beeld te brengen, maak je echt werk van ketenzorg."

Bewegen

Een ander voorbeeld van gestructureerde reïntegratie vinden we bij Kastanjehof in Apeldoorn. Kwaliteitsfunctionaris Jacques Schilder vertelt waarom ze zich hierbij als eerste op CVA-patiënten hebben gericht. "Die vallen na hun revalidatie vaak in een gat. Ze lopen tegen reïntegratieproblemen aan, en hebben het gevoel na verloop van tijd ook fysiek veel minder te kunnen." Kastanjehof startte in 2003 het project CVA-Nazorg, dat nu in een vergelijkbare opzet voor amputatiepatiënten beschikbaar komt. "Nazorgtrajecten zijn niet uniek, maar de structurele manier waarop wij het aanpakken is nog vrij zeldzaam. Het centrale thema van ons CVA-programma is 'plezier krijgen in bewegen'. Ex-revalidanten komen na werktijd bij ons, en werken met fitness en aerobics aan het vertrouwen in hun eigen lichaam. Zo verbetert hun loopvaardigheid en conditie." Met de VU in Amsterdam is een evaluatieonderzoek opgezet. Schilder hoopt dat daaruit straks blijkt dat de aanpak ook echt werkt. De ex-revalidanten zijn in elk geval enthousiast.

Dag één

De revalidatie heeft verschillende disciplines in huis voor het bevorderen van herstel en het leren omgaan met beperkingen. Dat is de essentie van reïnte-



Illustratie: Roel Seidell

de poort

gratie, stelt Hilhorst, maar het is nog maar een eerste fase op weg naar participatie. “We moeten niet de illusie hebben dat we met revalidatie alles oplossen voor onze cliënten. Ergens stopt onze zorg, en dan pas komt de échte confrontatie met wat ze niet meer kunnen.” Participatie is een prachtig doel in de revalidatie, zegt Hilhorst, maar hoe realiseer je dat in de praktijk? “Volgens ons betekent het vanaf dag één concrete participatiedoelen stellen, samen met de cliënt. Soms zijn dat procesdoelen, want het is in het begin lang niet altijd duidelijk wat je uiteindelijk kunt bereiken.” Groot Klimmendaal heeft de prestatie-indicatoren voor de behandelteams aangevuld met indicatoren op het gebied van wonen, werken en tijdsbesteding. “Dan kunnen we toetsen of we daar met onze samenwerkingspartners op de langere termijn bij onze revalidanten echt iets in bereiken.” Hilhorst vindt het niet vreemd dat zo’n omvattende aanpak van participatie nog nieuw is. Hij constateert een zekere blikvernuwing bij behandelaars. “Die richten zich sterk op het weer leren lopen, of bijvoorbeeld op het opnieuw leren plannen van je dag. Maar hoe gebruikt een revalidant die vaardigheden in de praktijk van alledag? Daar gaat het uiteindelijk om.”

Core business

Schilder: “Wij vinden dat nazorg er nadrukkelijk bij hoort. Op dat vlak hebben we de afgelopen jaren als sector echt kansen laten liggen. Nazorg past uitstekend in allerlei transmurale concepten, en je kunt het prima inpassen in je bestaande samenwerking met verpleeghuizen of ziekenhuizen. Vanuit patiëntenorganisaties is daar ook een duidelijke vraag naar.” Faber vindt het een herkenbaar beeld. Ze schrikt er vaak van hoe de verschillende disciplines nog voor hun eigen winkel blijven staan, zowel binnen als buiten de revali-

datie. “Er zijn allerlei regionale initiatieven, de GGD maakt een digitale sociale kaart en een ouderenorganisatie doet min of meer hetzelfde. Ik denk dan: laten we veel meer afstemmen!” Organisaties steken liever geld in hun core business, hoort Faber dan. “Maar voor mij is het volstrekt helder dat het in elk geval bij ónze core business hoort om samen te werken met anderen om revalidanten te helpen.”

Domeinangst

De revalidatiesector moet dus verder kijken dan de eigen poort. Faber is daar overigens wel optimistisch over: “De ketenzorggedachte leeft steeds sterker. Maar de uitwerking vergt nog de nodige zorg en tact bij het afwegen van de belangen van alle betrokkenen.” Ook Miltenburg ziet dat veel mensen nog moeten wennen aan samenwerking. Deze ‘domeinangst’ vervaagt wel, is haar ervaring, juist wanneer de samenwerking intensiever wordt. Schilder vindt het jammer dat revalidatie-instellingen nog zo weinig bij elkaar in de keuken kijken. “Iedereen ontdekt het op zijn eigen manier. Misschien kan het netwerk van kwaliteitsmedewerkers van Revalidatie Nederland, waarin alle 23 revalidatiecentra meedoen, daarin nog wat betekenen. Daar is dit thema nog niet aan de orde geweest.” Hilhorst ten slotte: “We moeten helder afgrenzen wat revalidatie is, en ook wat we doen in het voor- én natraject. Andere instellingen in de eerste en tweede lijn bieden inmiddels vergelijkbare diensten aan. Als we niet met ze samenwerken, prijzen we onszelf uit de markt.” Hilhorst ziet nog wat koudwatervrees in het veld. “Mensen zijn soms bang dat de krenten uit de pap gehaald worden, waardoor hun werk minder interessant wordt. Maar uiteindelijk is iedereen het erover eens dat je alleen samen echt kunt werken aan de kwaliteit van je zorg.”

Wikipediëren

‘If we can’t standardize appropriate parts of our processes to absolute reliability, we can not approach perfection.’ Deze uitspraak van Donald Berwick (*), in 2005 derde op de lijst van *Most Powerful People in US-Healthcare*, geldt natuurlijk ook voor ons werk in de revalidatie. Dat weten we al lang. Het is niet voor niks dat we al sinds de jaren tachtig proberen om het werk dat we doen, te beschrijven in handelingsprotocollen en behandelprogramma’s. En we proberen ons werk al minstens net zo lang voor onze klanten uit te leggen in folders en, recenter, op websites. Geregeld komen daarvan mooie resultaten voorbij. Wij zijn dan, wetend hoeveel tijd en moeite het kost, over het algemeen onder de indruk van de geleverde prestatie.

Toch ontkomen we, even vaak, niet aan het gevoel dat op vele plekken in de Nederlandse revalidatiewereld vele wielen steeds opnieuw weer worden uitgevonden. Vaak zien we folders met boodschappen die we zelf verkondigen of zouden willen verkondigen. Vaak zien we protocollen die we zelf zouden willen invoeren. Maar dat doen we niet. We lijden aan het bij-ons-is-het-toch-net-even-anders- óf aan het not-invented-here-syndroom. Als we het niet zelf hebben bedacht, tot op het bot hebben bediscussieerd, alle onvolkomenheden eruit hebben gehaald en onder toezicht oog van vele meelezers hebben opgeschreven, kunnen we er niet mee uit de voeten.

Dat is toch vreemd. Als we van mening zijn dat standaardisatie van werkprocessen de enige

manier is om ze te verbeteren. Als we van mening zijn dat richtlijnen, gebaseerd op wetenschappelijke bevindingen, leidend moeten zijn voor de inrichting van die werkprocessen. Dan kan het niet zo zijn dat de werkwijze in het ene revalidatiecentrum veel verschilt van de werkwijze in het andere revalidatiecentrum. En meestal is dat ook niet zo. Desondanks ontwikkelen we, allemaal apart, dezelfde behandelprogramma’s en schrijven we, allemaal apart, dezelfde patiëntinformatie.

‘We lijden aan het bij-ons-is-het-toch-net-even-anders-syndroom’

Dat is natuurlijk al eerder onderkend. Met kwaliteitsprofielen en, sinds kort, met behandelkaders (een halffabriek ergens tussen richtlijn en behandelprogramma in), worden pogingen gedaan een stap verder te gaan op de weg naar standaardisatie. Maar het zijn te voorzichtige pogingen. We zouden niet een stap maar een sprong moeten wagen, door niet de kaders maar de inhoud te standaardiseren.

Als we bereid zouden zijn doordacht werk van anderen eerst in te voeren en vervolgens, met elkaar, stap voor stap te verbeteren, kunnen we de kwaliteitscyclus enorm versnellen, kunnen we de resultaten op de verschillende plaatsen veel makkelijker vergelijken en stoppen we geen tijd

en dus geld in het uitvinden van zaken die al uitgevonden zijn. Minder verspilling en meer kwaliteit, dáár wordt de revalidant toch beter van?

Wij pleiten voor de wikipediëring van de revalidatie. Leer van Wikipedia (**), de encyclopedie die altijd groeit, een groei waaraan iedereen die dat wil kan bijdragen. Of het nou om een folder gaat of om een behandelprogramma, als je er trots op bent, stel het beschikbaar voor gebruik én verbetering door anderen. Of het nou om een

folder gaat, of een behandelprogramma, als het beter is dan wat je nu hebt, vraag die ander of je het mag gebruiken, voer het in en draag bij aan de verbetering ervan. “Approach perfection” door te ervaren, te evalueren en vooral ... te delen.

*Steven Berdenis van Berlekom,
manager Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde
Utrecht, De Hoogstraat*

*Mia Willems, hoofd kwaliteit en voorlichting
De Hoogstraat*

* Donald Berwick is President en CEO van het Institute for Healthcare Improvement, Cambridge/MA, USA.

** www.wikipedia.nl

Marga Tepper

Door Annelies van Lonkhuyzen

WERK > REVALIDATIEARTS BIJ HET CENTRUM VOOR REVALIDATIE-UMCG IN GRONINGEN/HAREN (ZOWEL IN HET REVALIDATIECENTRUM ALS OP DE REVALIDATIEAFDELING VAN HET ZIEKENHUIS); WERKT MET VOLWASSENEN MET EEN CVA, NEUROMUSCULAIRE AANDOENING OF CEREBRALE PARESE **LEEFTIJD** > 45 JAAR **GROOTSTE HOBBY** > ZWEMMEN; ALS LID VAN DE WERKGROEP REVALIDATIE TANZANIA KENNIS OVERDRAGEN AAN REVALIDATIEWERKERS DAAR **HEKEL AAN** > MENSEN DIE "JA" ZEGGEN EN "NEE" DOEN



Waarom heb je dit vak gekozen?

"In de vijftien jaar dat ik arts ben, heb ik onder meer een aantal jaren in Tanzania gewerkt. Daar doe je alles, ook spectaculaire dingen zoals bevalingen en operaties. Toen ik terugkwam, ben ik me gaan specialiseren als revalidatiearts. In dit vak voel ik me als een vis in het water. Een revalidatiearts is een arts die niet zozeer de ziekte behandelt, als wel de gevolgen daarvan. Je helpt mensen optimaal te functioneren binnen de beperkingen die ze hebben. Als iemand bijvoorbeeld een CVA krijgt, staat zijn leven op zijn kop en moet hij weer een toekomstperspectief gaan vormen. Het is bijzonder om daarbij te begeleiden. Voor mij zit de voldoening als arts niet in de heroïsche momenten, maar in het mee helpen bouwen aan iemands leven."

Wat zijn zoal je taken?

"In de revalidatie ben je onderdeel van een behandelteam. In dat team heb ik als revalidatie-

arts de coördinatie, ik ben eindverantwoordelijk voor de behandeling. Ik moet er ook op toezien dat de samenwerking binnen het team goed verloopt. Ook heb ik gesprekken met patiënten en hun naasten over behandeldoelen en de voortgang van de behandeling. Daarnaast zie ik in het ziekenhuis patiënten, die voor het eerst contact hebben met de revalidatie. Als hun diagnose niet duidelijk is, probeer ik via anamnese en onderzoek meer duidelijkheid te krijgen. Na de diagnosestelling ga ik na of patiënten een hulpvraag op revalidatiegeneeskundig gebied hebben. Soms krijgen patiënten alleen advies of medicatie. Anderen worden naar het revalidatiecentrum verwezen. Verder neem ik bijvoorbeeld deel aan het stroke-overleg en aan een schouder-hand-spreekuur. Ik heb de supervisie over arts-assistenten, werk mee aan wetenschappelijk onderzoek en geef onderwijs. Mijn werk is heel divers en veelzijdig, het omvat méér dan mensen vaak denken."

Wat zou je willen bijstellen aan het beeld dat bestaat van je vak?

"Veel mensen - ook medisch specialisten - zien alleen de coördinerende kant van ons werk. Ze zien een praatdokter. Ze beseffen onvoldoende dat je als revalidatiearts wel degelijk ook medisch-specialistisch handelt. Moet bijvoorbeeld iemand met een spasme, dus verkrampte spieren, wel of niet spasmemedicatie krijgen, of moeten we lokaal behandelen, en hoe dan: met fysiotherapie, spalken, lokale medicatie? Of verwijzen we de patiënt naar een chirurg? Wat ook onvoldoende gezien wordt is wat we doen aan secundaire preventie, bijvoorbeeld het voorkomen van contracturen. Ik heb wel discussies gehad met collega-artsen die de revalidatie een luxevak noemden. Het tegendeel is waar. We voorkomen veel problemen en dus veel medisch handelen. En revalidatie kan voor de patiënt het verschil betekenen tussen wel of niet weer aan het werk kunnen."

Waar zit voor jou de grootste uitdaging in het werk?

"Ik vind het een uitdaging om een revalidatietraject uit te zetten dat bij iemand past. Daarom probeer ik mensen goed 'in de vingers te krijgen': wat motiveert ze, wat is belangrijk in hun leven? Een oudere patiënt was steeds maar aan het trainen en had daardoor niet meer de energie om in de tuin te werken of zijn dagelijkse ommetje te maken, wat hij graag deed. Ik kon hem duidelijk maken dat in de tuin werken en een ommetje maken óók trainen is. Het geeft me een goed gevoel als iemand zo'n omslag maakt en zijn leven weer naar eigen wens kan invullen. Het zit vaak in kleine dingen, dat is juist zo mooi!"