


# RM

REVALIDATIE MAGAZINE

jaargang 17 nummer 1 maart 2011



## Kennis beter delen

- > Ervaringsdeskundigen in loondienst > DBC's volop in beweging
- > Omgaan met omgaan met > Sociale media > Goal Attainment Scaling
- > Structurele inbedding van Revalidatie, Sport en Bewegen?

## Dynasplint® dynamische neurologische spalken.



Voor patiënten met: CVA, MS, Hersenletsel, Ruggermergletsel, Cerebrale Parese, Spina Bifida en andere neurologische aandoeningen. Voor volwassenen, kinderen en baby's.

Een Dynasplint Neurologische Spalk kosteloos 30 dagen proberen? Neem contact met ons op:

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

Dynasplint Europe,  
De Koumen 82, 6433 KE HEERLEN  
Tel. 045-5230418  
Email: [info@dynasplint.nl](mailto:info@dynasplint.nl)



### 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)

## Persoonlijk in Orthopedie



### Onderdeel van Bewegingsvisie zijn:

Van Dinter-Buchrhorn Orthopedie • Van Dinter Den Haag • Gardeslen Orthopaedie BV • Heckert Orthopedische Hulpmiddelen BV • Kamer Orthopedie BV • Van Lierop Orthopedie • Van Luijn & Van der Meer Orthopedie BV • Meijer Orthopedie • Orthopedie Techniek Heiloo BV • Orthopaedie 2000 • Plexus Orthopedie • Guido Schoenen Orthopedie • Stel Orthopedie BV • Vermolen O.M.S.

**bewegingsvisie**

### Voor algemene informatie:

[www.bewegingsvisie.nl](http://www.bewegingsvisie.nl) • [info@bewegingsvisie.nl](mailto:info@bewegingsvisie.nl) • 0900 - 225 54 51

# inhoud

## RM<sup>1-11</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)!

### 6 > Berichten

7 > **Sociale media: de kracht van de cliënt**  
Sociale media zijn een hype, maar: wat doe je ermee als revalidatie-instelling?

10 > **Meten of je behandeldoelen haalt**  
Een van de door ZonMw gehonoreerde innovatieprojecten is gericht op Goal Attainment Scaling.

11 > **'Ik zag mogelijkheden'**  
Paul Kampshoff.

15 > **Het centrum**  
Rijnlands Revalidatie Centrum.

16 > **Omgaan met omgaan met**  
Hoe gaan revalidanten om met wat hen is overkomen, en hoe ga je er als professional mee om?

18 > **Wie eenmaal gaat sporten, blijft sporten**  
Komt er een structurele inbedding van het programma Revalidatie, Sport en Beweging?

19 > **Column**  
Duurdere oplossing.

20 > **Het standpunt**  
Regering, kijk ook naar de langere termijn!

21 > **Het werk**  
Mirjam Wierda, beleidsmedewerker kwaliteit.



### 'Een ervaringsdeskundige deelt het gevoel'

Revalidatiecentra zetten steeds vaker oud-revalidanten in om nieuwkomers de weg te wijzen. Reade in Amsterdam heeft als eerste centrum ook ervaringsdeskundigen in loondienst.  
• Alice Broeksma

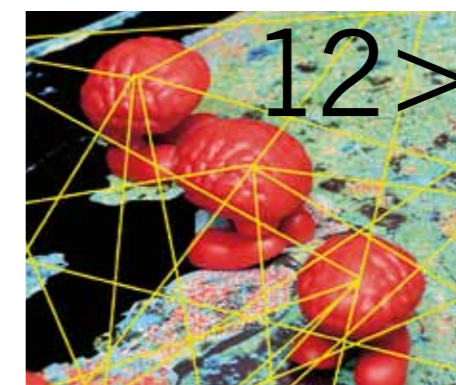
### DBC's volop in beweging

Tegenwoordig wordt een deel van de medisch-specialistische zorg afgerekend in DBC's. Ook de revalidatiegeneeskunde is bezig om over te stappen op deze systematiek, maar moest er een eigen draai aan geven.  
• Adri Bolt



### Kennis beter delen

Beschikbare kennis wordt nog onvoldoende verspreid binnen de revalidatiesector. Het Innovatieprogramma Revalidatie streeft ernaar kennis te delen. Een van de middelen daartoe is de introductie van een kennisportal.  
• John Ekkelboom



**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 Rijnlands Revalidatie Centrum) • John Ekkelboom (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 Slotman (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 € 36,95, studenten € 18,48, instellingen € 72,95 • Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag • Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd • Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 17 juni 2010. De voorwaarden staan op [www.bsl.nl](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, gedeponeerd ter griffie van de rechtbank te Utrecht onder nummer 281/2003 van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De standaard publicatievoorwaarden zijn in te zien op [www.bsl.nl/auteurs](http://www.bsl.nl/auteurs) of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd. • ISSN 1382-6174

Revalidatiecentra zetten steeds vaker oud-revalidanten in om nieuwkomers de weg te wijzen. Reade in Amsterdam heeft nu als eerste centrum ook ervaringsdeskundigen in loondienst. • Door Alice Broeksma



Foto: Inge Hontebriink

# ‘Een ervaringsdeskundige deelt het gevoel’

Reda Haouam dook in 2003, tijdens vakantie in Marokko, op een zandplaat in zee en brak zijn nekwervels. Als zeventienjarige kwam hij met een hoge dwarslaesie in een rolstoel terecht. Ruim een jaar werd hij klinisch behandeld in het Revalidatiecentrum Amsterdam (nu Reade), daarna nog een tijd poliklinisch. Reade nam hem onlangs in loondienst als ervaringsdeskundige, om lotgenoten voor te lichten en de inzet van ervaringsdeskundigen breder te organiseren. Wekelijks wordt Haouam acht uur betaald ingezet binnen het behandelprogramma voor mensen met een dwarslaesie. Er is ook een ervaringsdeskundige in dienst voor het amputatieprogramma: Klaas Timmer. Reade is met deze aanstellingen, voor zover bekend, pionier binnen de somatische gezondheidszorg in Nederland.

## Ontdekkingsreis

Reda Haouam noemt zijn betaalde baan een mijlpaal. ‘Het is heel goed dat de kennis van ervaringsdeskundigen nu zo op waarde wordt geschat. De behandelaar spreekt vanuit een theoretische achtergrond en dat kunnen revalidanten soms moeilijk aannemen. De ervaringsdeskundige moet zelf iedere dag weer de uitdaging aangaan met zijn handicap. Hij moet ondanks de revalidatie toch nog heel veel zelf uitzoeken. Dat is een grote ontdekkingsreis. De daardoor vergaarde kennis door te geven aan lotgenoten is nuttig.’ Want als nieuwe revalidant zit je vol vragen, herinnert hij zich. ‘Op mijn spreekuur is de kernvraag vaak of een normaal leven, vooral een sociaal leven, nog mogelijk is. Als ik dan in mijn rolstoel zeg “ja, dat kan”, geeft dat

een bepaalde rust.’ Haouam benadrukt hij in zijn werk niet concurreert met de behandelaars, maar een aanvulling is. Hij is onder meer ook bij rolstoeltraining, samen met de fysiotherapeut en de ergotherapeut. ‘Ik kan trucjes laten zien en deel het gevoel.’ Hij schat dat hij sinds zijn aanstelling afgelopen zomer inmiddels al zo’n vijftig lotgenoten heeft begeleid.

## Sportersmentaliteit

Toen hij revalideerde bij het Revalidatiecentrum Amsterdam was het inzetten van ervaringsdeskundigen nog helemaal niet gebruikelijk, zegt Haouam. Zelf kwam hij meer ervaren lotgenoten tegen door te gaan sporten, bij rolstoelrugby. ‘Plotseling waren daar allemaal mensen zoals ik, die heel goed met hun handicap omgingen. Het motiveerde enorm om daaraan mee te doen.’ Hij is nu co-aanvoerder van het nationale team en traint vier keer per week. Reist daardoor veel, komt veel mensen tegen. Hij denkt dat hij ook daardoor gekozen is uit de sollicitanten voor de post bij Reade. ‘Ik ben een people’s person en vind het heel prettig samen te werken.’ Hij hoopt dat het anderen, ook ouderen, helpt te zien dat hij zelf grote klappen in zijn jonge leven heeft kunnen overwinnen. Na zijn ongeluk overleed zijn moeder: ‘Je kunt bij de pakken neer gaan zitten, of je neemt de uitdagingen aan. Mijn sportersmentaliteit heeft me geholpen.’ Haouam studeerde business logistics aan de Hogeschool van Amsterdam. Onderdeel van zijn functiebeschrijving bij Reade is het opzetten van een database met ervaringsdeskundigen. ‘Wij willen voor elk denkbaar scenario iemand kunnen inschakelen. Niemand

heeft alle informatie in huis. Zo heb ik bijvoorbeeld geen antwoorden op specifieke vrouwenzaken.’

## Ad hoc

Het verschilt sterk in hoeverre revalidatiecentra ervaringsdeskundigen inzetten in de behandeling. De meeste centra doen wel iets op dit vlak, meestal onbetaald en soms ook tegen vergoeding, maar doorgaans blijft de inzet beperkt tot bijvoorbeeld enkele voorlichtingsbijeenkomsten en tot een enkele diagnosegroep. En het hangt erg af van ervaringsdeskundigen die zich beschikbaar stellen. Clusterhoofd Behandeling bij Reade, Angélique Huele, vertelt dat het inzetten van ervaringsdeskundigen bij hen tot dusver ook ad hoc was. ‘Wij zijn toen met zorgvernieuwingsgeld gaan kijken of zij ook vast deel zouden kunnen uitmaken van ons professionele team.’ Voordat Haouam en Timmer op de loonlijst kwamen, deed Reade uitgebreid onderzoek. Huele: ‘Vooral ook naar wat de functieomschrijving moest zijn. Normaal gesproken werft een werkgever personeel op basis van diploma’s, maar ervaringsdeskundigen werf je omdat ze een bepaalde medische diagnose hebben. Zij hebben heel uiteenlopende professionele achtergronden.’ Reade ontdekte dat de Hanzehogeschool in Groningen een cursus heeft voor ervaringsdeskundigen en besloot dat de nieuwe medewerkers die moeten volgen. ‘Om onder meer te leren hoe je je inzet zonder al te betrokken te raken bij een cliënt.’ In januari zijn Haouam en Timmer met de cursus gestart, samen met een aantal vrijwillige ervaringsdeskundigen uit de database die Haouam en Timmer hebben opgezet. Huele: ‘Om de vrijwilligers aan het centrum te binden, maar hen door het diploma ook de kans te geven bij andere instellingen aan de slag te kunnen. Want dat deze formule navolging zal vinden, is vrijwel zeker. Bij ons is de opzet al een groot succes, en we willen hem ook uitbreiden naar andere diagnoses. Eerst was er nog terughoudendheid onder collega’s, maar de meerwaarde is zó duidelijk. Binnen ons centrum kennen alle behandelaars, ruim honderd, Reda Haouam en Klaas Timmer inmiddels. We moeten nu al hun uren bewaken, want ze staan erg in de belangstelling.’

## Ervaringsdeskundige muziektherapeut

Mensen met een handicap kunnen natuurlijk ook vanwege hun beroep op de loonlijst staan. Dus niet als ervaringsdeskundige, maar bijvoorbeeld als therapeut. Ook zij kunnen dan in hun werk een levend voorbeeld zijn. Hoewel er geen cijfers over worden bijgehouden, is wel duidelijk dat in de revalidatiecentra nog erg weinig ervaringsdeskundigen werken. Marco Habets, muziektherapeut in opleiding en werkzaam bij zorggroep Adelante in Hoensbroek, is een van de uitzonderingen. Habets overleefde in 1996 de Herculesramp, waarbij vier bemanningsleden en 37 leden van het fanfarekorps van de Koninklijke Landmacht op vliegbasis Eindhoven om het leven kwamen. De muzikant lag drie maanden met ernstige verwondingen in het brandwondencentrum in Beverwijk en revalideerde bij Adelante. Over zijn huidige werk zegt hij: ‘Ik voel me als een vis in het water. Ik zit precies op de goede plek.’ Habets is door zijn werkgever, het ministerie van defensie, als muziektherapeut gedetacheerd bij Adelante. Daar zet hij sinds een jaar muziek in als ondersteuning bij revalidatie. Hij doet dit twee dagdelen, maar komt door de grote belangstelling tijd te kort. Cliënten worden naar hem verwezen door artsen en therapeuten. Het type behandeling is afhankelijk van de vraag. ‘Samen met de logopedist kunnen het liedjes en taal oefeningen zijn, op ritme en zang. Maar soms maak ik met iemand een melodie die past bij zijn of haar ervaring. Bij het ongreepbare gevoel, dat ook na veel behandeling kan overblijven en niet onder woorden valt te brengen. Ik heb dat zelf ook gehad. Door bij dat gevoel, bij een overgebleven beeld, een eigen melodie te maken met een cliënt, wordt het zijn of haar lied. Door die melodie te beluisteren komt hij bij de emotie terecht.’ Habets, die op het conservatorium werd opgeleid tot uitvoerend en docerend musicus, voltooit op dit moment een hogere beroepsopleiding muziektherapie. Daar wordt hij getoetst op competentie. Heel goed, vindt hij. ‘Want iedereen kan wel zeggen: ik heb wat meegemaakt. Maar als therapeut moet je ook professioneel kunnen reflecteren op je werk.’

## Ratificatie VN-verdrag

In 2006 publiceerde de Verenigde Naties (VN) het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. 147 landen hebben dit verdrag inmiddels ondertekend. Deze landen zeggen hiermee dat ze ervoor willen zorgen dat mensen met een beperking gelijkwaardig aan de samenleving kunnen deelnemen. Nederland ondertekende in 2007, maar heeft als een van de laatste Europese landen het verdrag nog niet geratificeerd. Na ratificatie moeten bestaande wetten en regels zo worden aangepast dat ze voldoen aan het VN-verdrag. Pas na ratificatie verplicht een land zichzelf dus echt om het beleid aan te passen. De Coalitie voor Inclusie, een samenwerkingsverband van betrokken organisaties en mensen, zet zich in voor spoedige ratificatie. Er worden tal van activiteiten georganiseerd. Zo is er op 29 maart een landelijke manifestatie onder de titel *VN-verdrag nu waarmaken!* Informatie staat op [www.coalitievoorinclusie.nl](http://www.coalitievoorinclusie.nl). Ook het onlangs uitgebrachte boek *Een land waar mensen met een handicap willen wonen* heeft de bedoeling om de discussie over de positie van mensen met een handicap gaande te houden. Schrijfster Yvette den Brok interviewde vijftien mensen met verschillende soorten handicaps. Zij geven allemaal een soortgelijk antwoord op de vraag wat ze willen: ze willen waar mogelijk meedoen in de samenleving. Grote vraag is hoe dit ondanks de voorgenomen bezuinigingen gerealiseerd kan worden. Meer informatie over het boek staat op [www.kennispleingehandicaptensector.nl](http://www.kennispleingehandicaptensector.nl), onder 'Uitgelicht'.

## Certificaten voor revalidatiecentra

Sophia Revalidatie en MRC Aardenburg hebben het HKZ-certificaat voor medisch- specialistische revalidatiezorg behaald. Eerder werd dit certificaat uitgereikt aan de Libra Zorggroep (revalidatiecentra Leijpark en Blixembosch) en aan Revalidatie Friesland.

De pijnrevalidatie van Het Roessingh in Enschede heeft voor de derde keer het kwaliteitscertificaat van Carf behaald. Carf is een Amerikaans kwaliteitsinstituut dat internationaal werkt. Het Roessingh is de enige Nederlandse revalidatie-instelling met een Carf-certificaat. De mening van patiënten telt zwaar in het oordeel van het Amerikaanse instituut. Daarnaast zijn alle procedures en behandelprogramma's getoetst op inhoud en kwaliteit. Het Roessingh is niet alleen landelijk, maar ook internationaal een voorbeeld van excellente pijnrevalidatie, stelt Carf in haar rapport. De organisatie roemt de samenwerking tussen artsen, behandelaars en patiënten, en de continue verbetering van de behandeling.

## Prinses Margriet wint revalidatieprijs

Prinses Margriet ontving op 3 december 2010 de Nationale Revalidatie Prijs. Ze kreeg de prijs voor 'haar uitzonderlijke persoonlijke betrokkenheid bij mensen met een lichamelijke beperking of chronische ziekte'. De Nationale Revalidatie Prijs wordt jaarlijks door het Revalidatiefonds uitgereikt. De prijs bestaat uit een oorkonde, een beeldje en een bedrag van 12.000 euro. Prinses Margriet schenkt dit geld aan een project van revalidatiecentrum de Hoogstraat in Utrecht: *Ieder zijn eigen (revalidatie)pad*. De Hoogstraat wil door het toepassen van innovatieve technieken de effectiviteit van de revalidatie van mensen met ernstige lichamelijke beperkingen aantoonbaar vergroten.

## Website LEARN2MOVE

Het landelijke onderzoeksprogramma LEARN2MOVE heeft een eigen website: [www.cp-research.nl](http://www.cp-research.nl). LEARN2MOVE onderzoekt de effecten en werkingsmechanismen van behandelingen voor kinderen en jongeren met cerebrale parese. Het onderzoek is verdeeld in vier deelprojecten die zich elk op een bepaalde leeftijdscategorie richten.



## ORGANISATIE EN WETENSCHAP

- > Universiteit Utrecht. Op 17 december 2010 promoveerde Janke de Groot op het proefschrift *Physical fitness, ambulation and physical activity in ambulatory children with spina bifida*. De Hogeschool Utrecht en de Universiteit Utrecht werken samen aan promotietrajecten voor docenten van de hogeschool. De Groot was de eerste docent die promoveerde.
- > Rotterdam. Drs. Guido van den Bogaert is per 3 januari 2011 benoemd tot lid van de raad van bestuur van Rijndam revalidatiecentrum, naast dr. Michael Bergen. Van den Bogaert volgt Hans van Dijk op. Hij was eerder onder meer directeur van het cluster Universitair Kinderziekenhuis van het UMC St. Radboud.
- > Universiteit Utrecht. Op 13 januari 2011 promoveerde Dirk-Wouter Smits op het proefschrift *Daily activities of school-age children with cerebral palsy: development and learning*.
- > Radboud Universiteit, Nijmegen. Op 14 januari 2011 promoveerde Céline Crajé op het proefschrift *(A)typical motor planning and motor imagery*.
- > Hoensbroek. Op 1 februari 2011 werd drs. Pieter van Dreumel benoemd tot voorzitter van de raad van bestuur van zorggroep Adelante. Hij vormt samen met Jean-Paul Essers MBA de raad van bestuur. Hij volgt Anke Meijs op. Van Dreumel was onder andere orthopedisch chirurg en voorzitter van de raad van bestuur bij VieCuri medisch centrum.
- > Rijksuniversiteit Groningen. Op 2 februari 2011 promoveerde Jaap van Netten op het proefschrift *Use of custom-made orthopaedic shoes*.
- > Universiteit van Amsterdam. Op 4 februari 2011 promoveerde Erik Slim op het proefschrift *Functioning with leprosy impairments in The Netherlands: the consequences and diagnosis of foot abnormalities*.

## Lessen over zorglogistiek

Het grote landelijke project om de zorglogistiek te verbeteren, Revalidatie in Beweging, is inmiddels afgesloten. Er is een eindrapportage verschenen en een boekje waarin de acht belangrijkste lessen voor een succesvol logistiek verbetertraject zijn verzameld. De publicaties kunnen worden gedownload van [www.revalidatienederland.nl](http://www.revalidatienederland.nl), knoppen 'Actueel' en 'Publicaties'.

# Sociale media: de kracht van de cliënt

Je komt er ook als zorgorganisatie niet meer omheen: de sociale media. Het is onmiskenbaar een hype, maar de vraag is: wat heb je eraan en wat doe je ermee? Twee bestuursadviseurs gaan in op de impact van sociale media op de revalidatiesector.

De samenleving verandert en stelt andere eisen aan zorginstellingen. Zij staan voor de uitdaging om de juiste kwaliteit zorg te leveren, die het beste bij de zorgafnemer past, tegen de juiste prijs. Gebruikers baseren hun oordeel over de kwaliteit van zorg op de reputatie van de zorgaanbieder, en die reputatie wordt grotendeels bepaald door de individuele ervaringen van cliënten met de zorgaanbieder. Je kunt als instelling komen met mooie brochures en een mooie website, maar die zijn beperkt in hun kracht. Klanten zijn eerder geneigd andere klanten te geloven dan de corporate communicatie van de instelling zelf. Hierin schuilt de kracht van sociale media.

### Onverbiddelijk

Wat de zorgsector daar dan ook van vindt, de sociale media hebben hun onverbiddelijke entree gemaakt. Werd bijvoorbeeld in het verleden een slechte ervaring in de zorg gedeeld met 20 of 30 anderen, inmiddels gaat het om het kwadraat hiervan. Dankzij sociale media zoals Twitter, Hyves, Facebook, weblogs en fora verspreiden ervaringen zich razendsnel naar grote groepen mensen. En dit neemt alleen maar toe. Meer en meer mensen maken gebruik van de sociale media om zorg te vergelijken, steeds vaker delen ze hun mening met anderen. Dit zal veel impact hebben, allereerst voor de reputatie van een zorginstelling. Instellingen die dit doorhebben, werken daarom aan het monitoren, maar ook het managen van hun online reputatie. De sociale media zullen daarnaast impact hebben op het kwaliteitsbeleid van instellingen. Naast onderzoeken naar de ervaren kwaliteit en de tevredenheid bij cliënten, bieden de sociale media een nieuw middel om de perceptie van de zorg in kaart te brengen. Wat vinden cliënten wel en niet goed aan de zorgverlening en wat zouden ze anders willen zien?

### Promotie

Het omgaan met sociale media is nieuw voor de revalidatiesector. De eerste revalidatie-instelling waarvoor voor zover bekend een online-reputatieonderzoek is gedaan is De Trappenberg, onderdeel van Merem Behandelcentra. Uit dit onderzoek bleek onder meer dat het beeld van het centrum in de sociale media nog heel beperkt is. Vermeldingen zijn over het algemeen neutraal en er vindt geen promotie voor het centrum plaats. De meeste informatie over het centrum is te vinden op patiëntensites en -blogs. Cliënten met chronische problemen discussiëren in de sociale media volop over te gebruiken medicijnen en de deskundigheid van hun behandelaars.

Als je dit soort dingen weet, kun je als instelling vervolgens nagaan hoe je sociale media wilt gebruiken in je communicatie en zorginnovatie. Daar zijn tal van mogelijkheden voor. Zo kun je je cliënten informeren over behandeling en nazorg, kun je met behulp van een forum cliënten in staat stellen om hun mening te geven over je dienstverlening, of kunnen behandelaars meewerken aan voorlichting middels patiëntenfora. De komende tijd zal de inzet van sociale media in de revalidatie vorm moeten krijgen. Zeker is dat die media een belangrijke rol kunnen spelen bij reputatiemanagement en bij zorginnovatie, bijvoorbeeld door het toegankelijker maken van de zorg, het ondersteunen van cliënten, ook op langere termijn, en het verbeteren van zorginformatie. Ontwikkelingsmogelijkheden en kansen genoeg!

Lucien Roelofs en Hub Urlings,  
*DeZorgscanner.nl*

Een uitgebreider artikel over dit onderwerp staat op [www.dezorgscanner.nl](http://www.dezorgscanner.nl).  
Voor contact: [info@dezorgscanner.nl](mailto:info@dezorgscanner.nl).

DBC staat voor diagnose-behandelingcombinatie. DBC's zijn de eenheden waarin tegenwoordig een deel van de medisch-specialistische zorg wordt afgerekend. Ook de revalidatiegeneeskunde is bezig om over te stappen op deze systematiek, maar moest er een eigen draai aan geven. • Door Adri Bolt

# DBC's volop in beweging

Door het invoeren van DBC's wilde de overheid komen tot duidelijke zorgproducten met een duidelijk prijskaartje. Die transparantie zou meer marktwerking mogelijk moeten maken. De DBC-systematiek gaat ervan uit dat er duidelijke koppelingen tussen diagnoses en behandelingen mogelijk zijn. 'Maar een diagnose zegt vaak weinig binnen de revalidatie', stelt Rienk Harkema. Harkema is als (deeltijd) beleidsmedewerker bij Revalidatie Nederland al een kleine twintig jaar betrokken bij de ontwikkeling van DBC's in de revalidatie. 'Zo zijn er beroertes met minimale gevolgen en beroertes met zeer ernstige gevolgen. Het behandelproces kan bij mensen met dezelfde diagnose sterk in lengte verschillen, en er kunnen ook inhoudelijk grote verschillen zijn.' Daarom koos de revalidatiesector voor een andere systematiek. De huidige revalidatie-DBC's worden bepaald door de som van behandelingen die een patiënt binnen een bepaalde periode krijgt. De poliklinische revalidatie-DBC's, bijvoorbeeld, bestaan uit zeven 'mandjes': 'Een mandje van nul tot twee behandelingen, een mandje van twee tot zes behandelingen, van zes tot zestien uren, et cetera. Per mandje heeft de Nederlandse Zorgautoriteit een prijs vastgesteld, waar ook de overheadkosten binnen vallen.' Dat betekent dat pas na de behandeling duidelijk is onder welke DBC een patiënt viel. 'Het gaat dus nog niet om een zorginhoudelijke systematiek, maar puur om een manier om de bekostiging te regelen.' Na een proef in 2008 startten in januari 2009 alle revalidatie-instellingen met de registratie en facturering volgens de nieuwe DBC-systematiek. Het is de bedoeling dat deze systematiek per 2012 de basis vormt van een nieuw bekostigingssysteem, waarbij het 'garantiesysteem' dat er nu nog steeds is in Revalidatiebehandelingen (RBU's) en verpleegdagen losgelaten wordt.

## Doorontwikkeling

Er is op verzoek van de overheid landelijk veel geëxperimenteerd met

de DBC-structuur. Dat gebeurde onder andere bij de Nijmeegse Sint Maartenskliniek, een in houding en beweging gespecialiseerd ziekenhuis met een revalidatiecentrum. In het kader van dat experiment introduceerde de organisatie in 2005 een eigen, experimentele DBC-structuur in een marktomgeving met vrije prijsvorming. Inmiddels declareert de Sint Maartenskliniek medische revalidatiezorg volgens de landelijke structuur voor revalidatie-DBC's, maar dat ging niet helemaal van harte. 'Onze eigen structuur was veel inhoudelijker en eenvoudiger', vertelt Berthe de Jong, lid van de raad van bestuur van de Sint Maartenskliniek. 'De structuur was gebaseerd op zo'n veertig redelijk homogene productgroepen die uitgingen van diagnose en zorgvraag. Die structuur was niet te gedetailleerd, en vooral gericht op de vraag wat je voor de patiënt wilt bereiken. Zo hadden we één DBC voor een klinische CVA. Dat systeem gaf veel vrijheid om te kiezen welke middelen je hoe wilde inzetten. In de RBU-systematiek worden alleen uren vergoed waarin de behandelaar aan het werk is met de patiënt. Wij konden bijvoorbeeld behandelingen vervangen door e-health of meer tijd besteden aan het aanvragen van hulpmiddelen en voorzieningen, als de patiënt dat nodig had.' De Jong wil graag terug naar meer inhoudelijke DBC's voor de medische revalidatie. 'Dat is belangrijk om inzichtelijk te maken wat de revalidatiesector precies doet. Het maakt meer marktwerking mogelijk, onder andere omdat patiënten kunnen kiezen op basis van transparantie.'

## Verzekeraar

Ook zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea vindt het belangrijk dat de revalidatie-DBC's inhoudelijker worden, aldus accountmanager Medisch Specialistische Zorg Richard van Calcar. 'Wij hebben nog veel vraagtekens bij de huidige revalidatie-DBC's. Er is eigenlijk maar één diagnose, "behoefte



Illustratie: Roel Seidell

aan medische revalidatiezorg", en er zijn geen behandelingen benoemd. Zo is het voor ons heel moeilijk te volgen wat revalidatie-instellingen precies doen.' De huidige revalidatie-DBC's maken de revalidatiezorg dus nog niet transparanter, zegt Van Calcar, en ze bevorderen 'op geen enkele manier' de marktwerking. De revalidatie-DBC's moeten veel meer gaan lijken op de DBC's in de ziekenhuizen, vindt hij. 'Diagnosegroepen en behandelvormen moeten gekoppeld worden, voor zover dat mogelijk is. Wij zouden het erg waarderen als de revalidatiesector daar nog eens heel actief en kritisch naar kijkt.' En de accountmanager denkt dat die koppeling vaak gemaakt kan worden. 'Zo ontwikkelen de verpleeghuizen momenteel DBC's voor de ouderenrevalidatie, omdat die revalidatie onder de Zorgverzekeringswet gaat vallen. Daar zijn inmiddels enkele diagnosegroepen onderscheiden, waar nu behandelingen aan worden gekoppeld. De revalidatie-instellingen zouden onder andere daarop kunnen inhaken.'

## Innovatie

En er is nog een argument voor meer inhoudelijke DBC's, stelt Berthe de Jong. 'De financieringssysteem moet ruimte geven voor innovatie en ontwikkeling. Hij moet behandelaars stimuleren om voortdurend te werken aan verbetering van kwaliteit, efficiency en patiënttevredenheid. Onder andere door de patiëntervaringen te gebruiken bij het verbeteren van je zorgpaden, en door te kijken hoe je onderzoeksresultaten kunt gebruiken om de behandeling te verbeteren.' Wanneer instellingen zelf inhoudelijk hun DBC's kunnen invullen, laten die meer ruimte daarvoor. 'Er is steeds meer evidence dat de kwaliteit van bepaalde behandelingen toeneemt als je ze vaker uitvoert. Dus zal de specialisatie toenemen. Ook zullen er steeds vaker samenwerkingspartners van buiten de sector komen. Dat zien we zelf bijvoorbeeld al op het terrein van de spraak- en taaltechnologie. Een finan-

ciëringstructuur met inhoudelijke DBC's die niet direct gekoppeld zijn aan behandelingen, ondersteunt dergelijke ontwikkelingen.'

## Tussenstap

Wat vindt Rienk Harkema van deze kritiek? 'De Jong en Van Calcar hebben gelijk. De huidige revalidatie-DBC's zijn een tussenstap, we moeten inderdaad naar sterker inhoudelijke DBC's. Daar werken we op dit moment hard aan. En ook wij vinden het belangrijk dat er meer ruimte komt voor innovatie. We hebben nauw contact met de Sint Maartenskliniek. Maar we konden niet aansluiten bij de ontwikkelingen daar omdat zij in het kader van het landelijk experiment helemaal hun eigen prijzen konden bepalen. Wij moesten kostenhomogene DBC's opstellen voor alle medische revalidatie in Nederland. Daarbij moesten we uitgaan van de bestaande financieringssysteem, waarin jaarlijkse productieafspraken worden gemaakt tussen instellingen en zorgverzekeraars. Anders gezegd: we hebben eerst de financiering geregeld, en werken nu verder aan de inhoud. Want ook wij streven naar die transparantie.' Ondertussen gaat de hele DBC-systematiek alweer veranderen. Het plan *DBC's op weg naar Transparantie* (DOT) introduceert 'DBC-zorgproducten', die de huidige DBC's moeten opvolgen. Mogelijk volgt invoering vanaf 2012. Harkema: 'Het is de bedoeling dat er veel minder DBC-zorgproducten komen dan dat er DBC's zijn. Die DBC-zorgproducten hebben veel weg van de DBC's die wij voor de revalidatie ontwikkelden. Mogelijk komen wij op vergelijkbare producten uit, als we onze DBC's inhoudelijk verder ontwikkelen.'

Meer informatie staat op [www.dbconderhoud.nl](http://www.dbconderhoud.nl) en [www.werkenmetdot.nl](http://www.werkenmetdot.nl).

# Meten of je behandeldoelen haalt

Het Innovatieprogramma Revalidatie ondersteunt innovatie binnen de revalidatie. Onlangs werd in het kader van dit programma aan negentien innovatieprojecten financiële steun verleend. Een van die projecten is gericht op Goal Attainment Scaling (GAS).



In de piratengroep van de Sint Maartenskliniek in Nijmegen wordt getoetst in hoeverre GAS-doelen gehaald zijn.

Goal Attainment Scaling werd in 1969 ontwikkeld om het effect van een behandeling te meten. Bij GAS wordt de mate waarin behandeldoelen worden behaald vastgelegd. In de nieuwste variant bestaat GAS uit een zes-puntsschaal, waarin voorafgaande aan een behandeling met een cijfercode wordt gedefinieerd wanneer sprake is van achteruitgang, een gelijkblijvende situatie, het gedeeltelijk of helemaal bereiken van een behandeldoel, of het overtreffen van dat doel.

## Aanvullende waarde

Doelgericht werken is niet nieuw in de revalidatie. We werken graag met voor de patiënt zinvolle doelen. Het gaat bijvoorbeeld niet zozeer om het herwinnen van een gewrichtsfunctie of spierkracht, maar om hetgeen de persoon daarmee kan in termen van hobby en werk. Ook het gebruik van GAS in de revalidatie is zeker niet nieuw, alleen zijn er voorstanders en tegenstanders. Voorstanders benadrukken dat je met GAS precies kunt meten wat je wilt, omdat voor iedere revalidant eigen schalen worden geconstrueerd. Tegenstanders vinden de methode te subjectief: hoe lager je je doel stelt, hoe beter het gemeten behandelresultaat. Deze controverse was reden voor onderzoek. Recent rondden drie Nederlandse wetenschappers promotieonderzoek af naar het gebruik van GAS in de revalidatie voor volwassenen en kinderen. Ondanks de subjectiviteit blijkt GAS een betrouwbare

uitkomstmaat, die belangrijke aanvullende waarde heeft ten opzichte van de bestaande maten. Zo brengt GAS in de regel veranderingen gevoeliger in beeld, kunnen behandeldoelen gemeten worden die op geen enkele andere wijze meetbaar zijn en is GAS bijzonder patiënt-vriendelijk vanwege de eenvoud en transparantie. Uit de onderzoeken blijkt ook dat de kwaliteit van revalidatiezorg verbetert door invoering van de methode.

## Consensus

GAS wordt in de praktijk verschillend toegepast. Er zijn bijvoorbeeld verschillen in het aantal punten op de schaal, en in de criteria waaraan de doelen moeten voldoen. Het innovatieproject moet leiden tot consensus en heldere werkafspraken over de wijze waarop we GAS in Nederland gaan toepassen. Het eindproduct is een handleiding voor artsen en therapeuten die werken in de volwassenen- en kinderrevalidatie. Om de handleiding te kunnen maken, is een werkgroep samengesteld met nu 21 leden. Deelnemers zijn hoogleraren, wetenschappers in de klinimetrica en paramedici met veel ervaring met GAS. Er is gestreefd naar een groep deskundigen met bij

aanvang zoveel mogelijk uiteenlopende meningen. Als zij het eens zijn geworden over de toepassing van GAS, wordt een concept van de handleiding gemaakt en getoetst in teamtrainingen. Daarbij wordt ook cursusmateriaal ontwikkeld. Met de feedback van de cursisten wordt het draagvlak verbreed. De handleiding zal in november 2011 gratis ter beschikking komen. Daarmee is de Nederlandse revalidatiesector weer beter in staat om te meten in hoeverre doelen worden gehaald, op een voor patiënten herkenbare en aansprekende wijze.

Duco Steenbeek,  
kinderrevalidatiearts Revant Revalidatiecentrum, Breda

De promotieonderzoeken naar GAS werden gedaan door Sharon Bouwens, Thamar Bovend'eerdt en Duco Steenbeek. Informatie over het GAS-project staat op [www.revant.nl](http://www.revant.nl), knoppen 'Kwaliteit en onderzoek' en 'Projecten'.

Revalidatie Nederland en ZonMw geven sturing aan het Innovatieprogramma Revalidatie. Eén van de doelen is het ontwikkelen van nieuwe innovaties op basis van relevante actuele kennis. Inmiddels zijn voor dit doel 35 projecten, waaronder GAS, geselecteerd. Kijk voor informatie op [www.revalidatie-innovatie.nl](http://www.revalidatie-innovatie.nl).



# 'Ik zag mogelijkheden'

Paul Kampshoff was 23 en woonde en werkte in Zuid-Afrika. Tijdens een dagje watersporten met vrienden werd hij in het water geduwd en kwam met zijn hoofd op een rots terecht. Hij liep een hoge dwarslaesie op. Paul: 'Ik werd op de kant gelegd en ik hoorde "knak". Het voelde letterlijk alsof de dood vanaf mijn voeten door mijn lichaam naar boven kwam.' • Door Rosanne Faber

'Na drie maanden ziekenhuis kon ik naar huis, revalidatie kenden ze daar niet. Ik probeerde zelf te trainen, maar het ging niet goed. Ik zag mijn leven door mijn handen glippen en dacht: "Ik móet verder komen." Daarom ben ik na twee jaar teruggegaan naar Nederland. In het revalidatiecentrum vroeg de revalidatiearts wat ik wilde en ik zei: "Ik wil alles, zelf in en uit bed, aan- en uitkleden, autorijden." Daar zijn we aan gaan werken, acht maanden lang. Het was een leuke tijd, maar ook heel zwaar. Ik weet nog dat ik mezelf voor het eerst had gedoucht en aangekleed. Ik was drie uur bezig geweest en totaal kapot. Maar ik had daarvoor zo lang niks gekund, dus ik was enorm gemotiveerd om door te gaan.

Ik speelde rolstoelrugby en versleet een aantal sportrolstoelen. Ik vond de stoelen te zwaar en veel te duur, en begon met ontwerpen. Ik liet een paar stoelen maken, maar daar bleef het bij, er was te veel concurrentie. Inmiddels werkte ik bij de gemeente als technisch tekenaar. Op een gegeven moment was mijn douche-toiletstoel aan vervanging toe. Toen ik het aanbod zag, ben ik toch weer gaan ontwerpen. Ik wilde graag een stoel die mee kon op reis. En ik zag meer mogelijkheden waar ook anderen wat aan zouden kunnen hebben: de stoel kon lichter, comfortabeler, wendbaarder en hij mocht er ook minder "gehandicapt" uitzien.

Met mijn vriendin Corine begon ik een bedrijf vanuit huis, de stoelen werden door vrijwilligers in elkaar gezet. Er bleek behoefte aan de stoel: inmiddels

werken we met vier man in een bedrijfsruimte en hebben we zo'n tweehonderd stoelen geproduceerd. Een douche-toiletstoel lijkt een eenvoudig product, maar er is oneindig veel aan te verbeteren. Er was dertig jaar niets aan gedaan, terwijl op het gebied van rolstoelen verder zoveel is ontwikkeld. Ik vind ook dat het belang wordt onderschat. De zit, de vorm en plaats van het gat, de hoogte en het materiaal van het kussen, het zijn allemaal factoren die invloed hebben. Als je verkeerd zit kun je makkelijk een drukplek oplopen, waardoor je weer maanden moet revalideren. En ook voor het laxeren is het heel belangrijk hoe je zit. Met een goede stoel spaar je tijd en energie, en voorkom je complicaties.

Toen ik tien was kon ik al zelf mijn fiets uit elkaar halen en in elkaar zetten, dus dat technische zat er wel in. En nog steeds ben ik elke keer als een kind zo blij als er een nieuw onderdeel binnenkomt: werkt het, doet het wat ik had verwacht? Het mooie van ons bedrijf vind ik dat we iets gemaakt hebben wat nog niet bestond, en dat we daarmee andere mensen blij maken. Onlangs hebben we een stoel gemaakt voor een jongetje met een spierziekte. Hij is zo gelukkig dat hij nu zelf kan rijden in de badkamer. Zijn moeder vertelde dat hij steeds met de kraan zit te spelen, waar hij voorheen niet bij kon. We doen veel moeite om de stoelen zo goed mogelijk aan de persoon aan te passen. Als dat dan lukt, is dat geweldig.'

Informatie over de douche-toiletstoel: [www.lagooni.nl](http://www.lagooni.nl).

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, brancheorganisatie voor aanbieders van zorg- en dienstverlening aan mensen met een handicap, ontwikkelde eerder al een kennisportal. Alice Dallinga is senior beleidsmedewerker op de afdeling Zorgbeleid: 'Omdat verspreid binnen onze sector heel veel kennis was, zijn we in 2006 met een kennisportal begonnen. We zagen internet als een handig hulpmiddel om die kennis te ontsluiten en te delen. Zowel onze leden als onderzoekers en andere kennisdragers kunnen er gebruik van maken, wat ook op grote schaal gebeurt. Per maand hebben we gemiddeld 3500 bezoekers. Ze kunnen showcases uploaden, best practices kenbaar maken, nieuws inzien en via communities met elkaar communiceren. Wel is de techniek van de portal nu achterhaald. Zo zijn blogs, waarmee je makkelijk kennis kunt delen, niet mogelijk. Inmiddels hebben we samen met Vilans en MEE Nederland het Kennisplein ontwikkeld voor de gehele gehandicaptensector. Op dat plein zijn blogs bijvoorbeeld wel mogelijk. Bovendien is het veel breder van opzet, want het gaat niet uitsluitend over zorg aan mensen met een beperking, maar ook over hun rol in de samenleving. Via deeplinks is de kennisportal overigens nog steeds bereikbaar. Onze ervaringen zijn erg positief. Dit is vooral te danken aan de gedegen voorbereiding. Als je tevoren goed communiceert met de gebruikers en inspeelt op hun behoeften, heeft zo'n portal of plein een grote kans van slagen.' Zie [www.kennispleingehandicaptensector.nl](http://www.kennispleingehandicaptensector.nl).



Foto: Inge Hondebrink

'Communiceer en evalueer met je gebruikers'

De afgelopen jaren is er op het gebied van de revalidatie veel kennis ontwikkeld. Echter deze wordt nog onvoldoende verspreid binnen de sector, terwijl dit juist noodzakelijk is om revalidanten overall de optimale behandeling te kunnen geven. Het Innovatieprogramma Revalidatie streeft ernaar kennis met elkaar te delen. Een van de middelen daartoe is de introductie van een kennisportal: Revalidatie Kennisnet. • Door John Ekkelboom

# Kennis beter delen

Sinds 1997 is de wetenschappelijke kennis over revalidatie snel toegenomen. Het ministerie van VWS, de revalidatiecentra en enkele particuliere fondsen onderkennen destijds de noodzaak van wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied en bleken bereid te investeren in twee omvangrijke programma's voor revalidatieonderzoek. In 2004 en 2005 wees het ministerie van VWS bovendien vijf revalidatie-instellingen aan als innovatiecentra, gericht op vernieuwing van de behandeling van chronische pijn en spraak- en taalproblemen en op de ontwikkeling van technologische innovaties. Dit alles heeft tot resultaten geleid waar de revalidatie van kan verbeteren. Het blijkt echter lastig om nieuwe kennis over te dragen en niet alle centra hebben van de mogelijkheden geprofiteerd.

## Drie doelstellingen

Aan deze ongelijkheid moet volgens Revalidatie Nederland en ZonMw een einde komen. Zij streven ernaar dat innovaties sectorbreed hun ingang vinden. Om dat te bereiken, hebben ze het Innovatieprogramma Revalidatie opgezet, dat het ministerie met een bedrag van zes miljoen euro subsidieert voor de periode van 2009 tot en met 2011. Bianca van Wesep, programma-coördinator Innovatie bij Revalidatie Nederland, licht toe dat het programma drie doelstellingen heeft. 'Zo willen we een landelijke implementatie van effectief gebleken innovaties. Verder richt het programma zich op nieuwe innovaties waarvan de effectiviteit nog niet is bewezen. Tot slot hebben we als doel kennis meer beschikbaar en toegankelijker te maken, wat we onder meer willen bereiken via Revalidatie Kennisnet.'

## Grenzen slechten

De regie over het programma is verdeeld: ZonMw concentreert zich op de innovaties die zich nog niet hebben bewezen en Revalidatie Nederland legt zich toe op de overige twee doelstellingen, waarvoor de brancheorganisatie de Stuurgroep Innovatie in het leven heeft geroepen. Deze stuurgroep heeft een

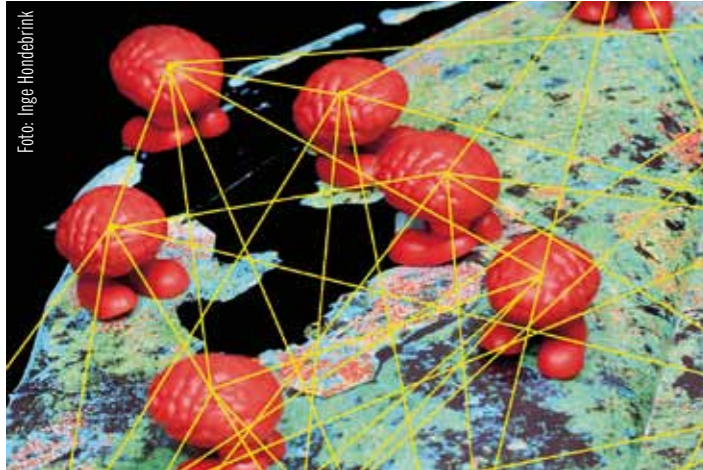
aparte Begeleidingscommissie Ontwikkeling Revalidatie Kennisportal ingesteld, bestaande uit zorgverleners vanuit alle disciplines in de revalidatie. Jan van Amstel, voormalig bestuurder van revalidatiecentrum Het Roessingh en inmiddels met pensioen, is voorzitter van deze commissie en tevens lid van de stuurgroep. Het Roessingh in Enschede was een van de vijf instellingen die destijds waren aangewezen als innovatiecentrum. Van Amstel: 'Intern hebben we de kennis die we opdeden in dat innovatiecentrum zoveel mogelijk verspreid. Dit bleef wel beperkt tot onze eigen organisatie. Revalidatie Kennisnet moet dergelijke grenzen slechten, zodat ieder centrum kan meeprofiteren van de kennis van collega-instellingen.'

## Kennis moet stromen

Volgens Van Amstel gebeurt kennisuitwisseling tussen de revalidatiecentra nu geheel willekeurig. Hij noemt als voorbeeld de diagnosegerichte werkgroepen binnen de vereniging van revalidatieartsen VRA. 'Ze geven hun kennis wel door, maar dat gebeurt ad hoc. Een goede basis om op een uniforme manier kennis uit te wisselen ontbreekt. Bovendien blijft de uitwisseling doorgaans beperkt tot slechts één discipline, terwijl de revalidatie juist multidisciplinair is. Artsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en maatschappelijk werkers komen zo onvoldoende op de hoogte van elkaars kennis. Dat is jammer.' Steven Berdenis van Berlekom, directeur Zorg en Innovatie in revalidatiecentrum De Hoogstraat in Utrecht, herkent deze situatie en betreurt de versnippering van kennis eveneens. Hij vindt dat kennis moet stromen en weet dat de verdere ontwikkeling ervan alleen mogelijk is als er in het openbaar discussie over is.

## Not-invented-here-syndroom

In 2006 deed Van Berlekom samen met Mia Willems, hoofd Kwaliteit en Voorlichting in De Hoogstraat, een poging om kennisuitwisseling te stimuleren door een Standpunt te schrijven in het decembernummer van Revalidatie Magazine. Daarin schreven zij: 'Toch ontkomen we, even vaak, niet aan het >



> gevoel dat op vele plekken in de Nederlandse revalidatiewereld vele wielen steeds opnieuw weer worden uitgevonden. We lijden aan het bij-ons-is-het-toch-net-even-anders óf aan het not-invented-here-syndroom.' Van Berlekom constateert dat er sinds die tijd niet veel is veranderd. Wel ziet hij dat op sommige domeinen op basis van nieuwe kennis richtlijnen zijn ontstaan die ook worden toegepast. 'Zo geven we de CVA-behandeling steeds meer vorm volgens dezelfde inzichten. Maar zo'n eenvormigheid geldt nog lang niet voor alle behandelingen in de revalidatie. Daardoor zijn de uitkomsten ervan ook nog moeilijk te vergelijken.'

#### Knowledge brokers

Een ander probleem is volgens Van Berlekom dat de richtlijnen die nu worden geschreven, nog te weinig zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en te veel op ervaringsdeskundigheid. Hij pleit ervoor dat wetenschappers hun bevindingen toegankelijker maken voor de behandelaars. 'Dat vraagt om een vertaalslag, zodat therapeuten begrijpen wat van hen wordt gevraagd. De gemiddelde behandelaar leest niet de internationale literatuur. Het is ook vreselijk moeilijk om die bij te houden, omdat de ontwikkelingen zo snel gaan.' Om zo'n brug tussen wetenschap en praktijk te slaan, ziet hij verschillende mogelijkheden. Hij raadt de revalidatiesector aan meer gebruik te maken van de wetenschappelijke VRA-werkgroepen, die op hun beurt richtinggevend advies zouden moeten geven gebaseerd op moderne inzichten. De werkgroepen fungeren dan als motor van de vakinhoudelijke ontwikkeling. Verder is hij voorstander van het vaker inzetten van knowledge brokers, een fenomeen dat is overgenomen uit Canada. Behandelaars brengen hierbij in hun behandelteam kennis in en zijn de aanjagers van de toepassing van kennis. 'In vier revalidatiecentra hebben we belangrijke meetinstrumenten, die uit wetenschappelijk onderzoek bij kinderen waardevol bleken, met hulp van knowledge brokers geïmplementeerd. Dat werkte erg goed.' Inmiddels hebben nog acht revalidatiecentra zich bij het netwerk van knowledge brokers aangesloten.

#### Interactief

Ook Revalidatie Kennisnet beschouwt Van Berlekom als een waardevol

## 'Ze geven hun kennis wel door, maar dat gebeurt ad hoc'

hulpmiddel bij kennisuitwisseling. Van Amstel vertelt dat zijn commissie, mede dankzij onderzoek naar bestaande kennisportals binnen en buiten de gezondheidszorg, inmiddels een globaal beeld heeft van hoe de revalidatieportal zal moeten functioneren. Zo zal Revalidatie Kennisnet gebruik maken van de informatie van de VRA-werkgroepen, maar ook van de kennis van andere disciplines, zoals fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de revalidatie. De portal zal bron van informatie over actuele kennis en ontwikkelingen zijn, maar ook interactieve functies hebben, zoals discussiefora en e-learning. Van Amstel: 'Een deel van Revalidatie Kennisnet zal openbaar zijn, zodat ook onze verwijzers daar terecht kunnen. De rest is alleen toegankelijk voor de revalidatiesector zelf. Daar krijgen professionals de mogelijkheid om bijvoorbeeld groepen te vormen waarbinnen ze met elkaar kunnen discussiëren en samenwerken.'

#### Redactie controleert

Het plan is om in september de eerste pilotversie van Revalidatie Kennisnet klaar te hebben. Enkele centra zullen daarmee gaan experimenteren, waarna in het eerste kwartaal van 2012 de volledige implementatie zal volgen. Van Amstel verwacht er veel van, maar beseft dat de portal alleen goed zal werken als veel mensen er gebruik van gaan maken en als de kwaliteit van de informatie goed is. 'Om dit laatste te bereiken, moet er een redactie komen die de informatie controleert, zodat de bezoekers weten dat het om betrouwbare gegevens gaat.' Op de vraag of hij niet bang is dat door de marktwerking revalidatiecentra minder geneigd zijn kennis met elkaar te delen, geeft hij een ontkennend antwoord. 'Als er één branche hiervoor geëquipeerd is, is dat wel de revalidatiesector. Er wordt al op heel veel terreinen samengewerkt. We hebben bijvoorbeeld een gemeenschappelijk automatiseringssysteem, iets wat je nergens anders aantreft. We verwachten dat iedereen een bijdrage gaat leveren aan Revalidatie Kennisnet. Het is geven en nemen. Voor free-riders ben ik niet zo bang, maar die kunnen we wellicht tegengaan door abonnementen in te voeren. Daar denken we nog over na.'

Voor verdere informatie: [www.revalidatie-innovatie.nl](http://www.revalidatie-innovatie.nl).

## Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

# Meer openheid en betrokkenheid

Door John Ekkelboom



Foto's: John Ekkelboom



|  |
|--|
| Klinische revalidanten per jaar: 259                           |
| Poliklinische revalidanten per jaar: 3408                      |
| Medewerkers: 453   |
| Revalidatieartsen: 13  |
| Bedden: 70   |
| Klinische Revalidatiebehandeluren (RBU's) per jaar: 26.716     |
| Poliklinische Revalidatiebehandeluren (RBU's) per jaar: 98.121 |
| Aantal locaties: 3   |

**A**ls jonge tiener liep Frans van den Broek al rond in het Rijnlands Zeehospitium in Katwijk aan Zee, dat in 1908 door zijn overgrootvader was gesticht. Van oorsprong was het een herstellingsoord voor **tuberculosepatiënten**, dat in de loop der jaren overging in een instelling voor revalidatie. Met zijn opa, die later in het bestuur kwam, ging Van den Broek regelmatig mee: 'Ik zie nog al die kinderen daar in hun bedden liggen. Ik heb hen toen mijn elektrische trein cadeau gegeven,' vertelt hij met een glimlach.

Van den Broek werd zelf bestuurder in de ouderenzorg. Vanuit die functie kwam hij door de gezamenlijke CVA-doelgroep weer in contact met het Katwijkse Zeehospitium. Dat vroeg hem de plaats in te nemen van de toenmalige bestuurder die net was vertrokken. Op dat verzoek ging hij in, en sinds 2002 is hij directeur-bestuurder van het **Rijnlands Revalidatie Centrum (RRC)**. Niet alleen de naam was inmiddels gewijzigd, ook kreeg het centrum een andere locatie. In 2003 verhuisde het naar nieuwbouw in Leiden. Van den Broek: 'We zijn vlak voor die verhuizing gedefuseerd. De woonvorm bleef achter in Katwijk en wij gingen als zelfstandig revalidatiecentrum verder.'

Die splitsing beschouwt Van den Broek achteraf als een belangrijke mijlpaal. 'Door bij elkaar te blijven, zou de ontwikkeling van de revalidatie worden belemmerd. Deze scheiding heeft ons **geen windeieren** gelegd. Sinds 2004 zijn onze productie en ons financiële budget maar liefst verdubbeld. Ook heeft de scheiding voor inhoudelijke verdieping gezorgd. We zijn nu samen met andere partijen bezig met de ontwikkeling van een kenniscentrum.' De directeur is ook blij met de nieuwe locatie, die centraler ligt en beter bereikbaar is. Verder vindt hij het een

aanwinst dat door een kleinere organisatie de lijnen korter zijn en dat het centrum nu beschikt over specialistische teams gericht op doelgroepen. De medewerkers zijn eveneens content over hun centrum, bleek vorig jaar uit landelijk tevredenheidonderzoek. Het RRC kreeg de mooie kwalificatie gouden werkgever.

De raad van bestuur, die bestaat uit Van den Broek en revalidatiearts Marc van Gestel, propageert zoveel mogelijk openheid binnen de organisatie. Om dat streven in de praktijk te brengen, organiseerde het duo enige tijd geleden een **assessment** van het eigen functioneren, samen met het managementteam en de specialisten. De uitkomsten werden gezamenlijk besproken om uiteindelijk ieders deskundigheid onder de loep te nemen en te verbeteren, legt Van den Broek uit. 'Zoiets is natuurlijk heel persoonlijk. Dat je dit samen durft te doen, is belangrijk voor de openheid binnen de rest van de organisatie.'

Openheid leidt automatisch ook tot meer betrokkenheid. Was voorheen alleen de raad van bestuur van het RRC verantwoordelijk voor de continuïteit van de organisatie, nu leveren de revalidatieartsen en managers daar ook een bijdrage aan. Volgens Van den Broek waren de revalidatieartsen eerder vooral bezig met de inhoud van hun vakgebied. Dankzij de nieuwe gezamenlijke aanpak ziet hij hun betrokkenheid enorm toenemen. 'Door hen inzicht te geven in de organisatie, begrijpen ze ook hoe het financieel in elkaar zit. Ze maken zich zelfs **zorgen over de begroting** en onze uitgaven. Ik vind dit een geweldige ontwikkeling, want onze artsen komen hierdoor zelf steeds meer met ideeën. Bijvoorbeeld over hoe we de zorg beter kunnen organiseren of over nieuw aanbod dat we kunnen ontwikkelen. Ons centrum, en niet te vergeten onze patiënten, profiteren daar enorm van.'



Foto: Inge Homelbrink

# Omgaan met omgaan met

Revalidatieprofessionals willen graag weten hoe hun cliënten omgaan met wat hen is overkomen. Kunnen ze de situatie aan? Hoe is hun aanpassingsstrategie? Staat die strategie het herstel niet in de weg? Welke begeleiding kan hen helpen om zo goed mogelijk de draad weer op te pakken? 'Coping', zoals het in jargon heet: hoe ga je ermee om?

Coping is een vakterm die gebruikt wordt voor 'het omgaan met omstandigheden die aanpassing vereisen'. Ook het krijgen van een handicap is zo'n omstandigheid. Mensen hebben zo hun eigen 'copingstijl', hun kenmerkende manieren om zich aan te passen. De een zet zijn schouders eronder, terwijl de ander het over zich heen laat komen. Copingstijlen zijn op verschillende manieren te ordenen. In het dagelijks taalgebruik spreken we bijvoorbeeld over denkers, doeners en emotionele types. Niet voor niets, want een copingstijl bestaat altijd uit cognitieve, gedragsmatige en emotionele elementen. Mensen die revalideren zijn door ziekte of een ongeluk uit hun normale levensbaan geslingerd. De vertrouwde beleving van wie ze zijn, wat ze kunnen en hoe hun toekomst kan zijn, wordt ruw verstoord. Het kan heel

bedreigend voelen als je jezelf en je leven niet meer herkent: als je bijvoorbeeld niet meer helder kunt spreken, of als je juist zo trots op jezelf was omdat je een goeie sporter was en nu ineens in een rolstoel zit. Gevoelens van eigenwaarde en van controle hebben, raken dan verstoord. Mensen zijn geneigd om deze verstoring op te heffen. Ze willen zich weer zichzelf voelen en grijpen dan die coping aan, die binnen hun bereik ligt en hen kan helpen bij het heroveren van hun identiteitsgevoel. Desnoods middels vermijdende copingstrategieën. Zo kan een Marokkaanse man met een dwarslaesie weigeren om rolstoel te leren rijden omdat hij de overtuiging koestert dat Allah zal zorgen dat hij weer gaat lopen. Zijn vermijdende coping helpt hem om zijn religieuze beleving overeind te houden.

## Verliesverwerking

Tijdens de revalidatie beleven mensen grote verliezen. Er is het verlies van lichaamsfuncties, waardoor veel niet meer zal kunnen, in ieder geval niet op de vertrouwde manier. Vrienden en kennissen reageren vaak anders dan verwacht, en de buitenwereld kan opeens vreemd en vijandig aanvoelen. Vaak voelen revalidanten zich niet veilig meer, zelfs niet in hun eigen lichaam. Ze zijn hun oude leven kwijt en het vraagt tijd om dat te verwerken en om een nieuw werkelijkheidsgevoel op te bouwen. Mensen die grote verliezen te verwerken hebben, zijn niet in hun normale doen. Iemand die normaal gesproken daadkrachtig is en gewend is om zijn moeilijkheden onder ogen te zien, kan nu bij de pakken neerzitten. Of een rustig mens kan ineens boos en onhandelbaar worden. Cliënten kunnen in verschillende fasen ook heel verschillend reageren. Zo kan de eerste schok ertoe leiden dat iemand zijn problemen ontkent en niet tot actie kan komen, en als de schok dan verwerkt is kan hij ineens extreem hard aan de slag gaan. De verliesverwerking kan heel verwarrend zijn, omdat cliënten zichzelf en hun coping niet herkennen.

## Professionele distantie

Revalidatieprofessionals worden dagelijks met menselijk leed geconfronteerd. Zij staan dicht bij de cliënten, en dat kan aangrijpend zijn. Tegelijk wordt van hen verwacht dat ze met de juiste distantie werken. De beroepsattitude vraagt een uitgebalanceerde verhouding tussen professionele betrokkenheid en distantie. Dit vereist terughoudendheid van de eigen reactie, zodat ruimte ontstaat om te kiezen welk handelen in de gegeven situatie het beste is. In de praktijk lukt het professionals niet altijd om deze bedachtzaamheid op te brengen. Bijvoorbeeld doordat de situatie van de cliënt hen confronteert met eigen onverwerkt verdriet of doordat machteloosheid van de cliënt overslaat op de professional. Dan kunnen de eigen emoties op de voorgrond raken. Of zorgprofessionals willen het zó graag goed doen en behulpzaam zijn, dat ze gaan redderen voor de cliënt. Deze reacties zijn heel normaal; ook professionals kunnen niet altijd 100% professioneel zijn. Juist daarom moeten ze bewust blijven reflecteren op hun eigen 'coping met coping'.

## Aansluiten

Professionals kunnen een cliënt het beste helpen als zij hem zien als de mens die hij is, mét de worsteling die hij doormaakt. Het gaat erom aan te sluiten bij de coping van de cliënt. Dit aansluiten vraagt een aantal vaardigheden, waaronder bewust kijken naar de cliënt: hoe gaat het eigenlijk met deze persoon, hoe gaat hij om met zijn situatie, wat gaat er in hem om? Nog zo'n vaardigheid is het bewust kijken naar jezelf: wat gebeurt er met mij als ik met die cliënt aan het werk ben, hoe reageer ik op de manier waarop hij met zijn situatie omgaat? Door zo te werken, wordt een professionele attitude gewaarborgd. Een professional die copingprocessen herkent en weet hoe die verlopen, die begrijpt waar een cliënt doorheen gaat en ook hoe hij zelf geraakt kan worden, straalt vertrouwen uit. Cliënten ervaren dit als veilig en bemoedigend en durven zich dan eerder zelf ook over te geven aan het proces van verliesverwerking en coping. Dat proces kan zwaar blijven, maar het sterkt mensen als ze erop vertrouwen dat ze ergens onderweg zichzelf weer kunnen terugvinden.

Margaretha van Eeden,  
gedragskundige bij Reade, locatie Overtoom, Amsterdam

Dr. Margaretha van Eeden geeft op aanvraag trainingen 'copen met coping' aan groepen professionals. Ze heeft een brochure geschreven over hoe om te gaan met coping bij verliesverwerking en een reader over 'copen met coping'. U kunt de brochure downloaden van [www.training-coaching-supervisie.nl](http://www.training-coaching-supervisie.nl). Meer informatie: [m.a.vaneeden@xs4all.nl](mailto:m.a.vaneeden@xs4all.nl).

## Duurdere oplossing

Eind 2010: ik lig een paar dagen in een ziekenhuis, op de afdeling cardiologie. Ik deel een kamer met meneer De Vries. Hij is boven de tachtig en dit is al zijn vierde opname in het jaar. Hij is thuis benauwd geworden en heeft in het ziekenhuis nieuwe medicijnen en een urinekatheter gekregen. Meneer De Vries is bang dat het thuis weer mis zal gaan omdat hij nu nog meer pillen moet slikken dan voorheen. Hij kan de pillen niet goed uit elkaar houden, kan er geen wijs uit worden wanneer hij ze moet nemen en of hij ze wel of niet moet oplossen.

Ook is hij bang voor de trap thuis. Hij heeft op de afdeling alleen nog maar met een rollator gelopen. Hij is zenuwachtig omdat pas vlak voor ontslag zijn katheter eruit gaat, en hij vreest dat hij zijn evenwicht verliest op de wc. Ik vraag of hij de dokter zijn zorgen heeft verteld. De dokter had gezegd dat het thuis vast wel gaat lukken. Krijgt hij hulp? Nee, dat niet. Hij heeft wel een zus bij wie hij kan eten, maar meer kan ze niet voor hem doen. Met de huisarts heeft hij weinig contact.

Ik heb te doen met meneer De Vries en ik kan het niet laten om me ermee te bemoeien. Ik vraag aan de dokter of ze hem kan helpen. Misschien wat maatschappelijk werk voor de zorg en een fysiotherapeut om even trappen lopen te oefenen en een toiletbeugel te regelen? De dokter zegt dat ze dat soort dingen aan de huisarts overlaat en die krijgt binnen een week een brief. Ik vertel dat ik vrees dat meneer De Vries dan alweer in het ziekenhuis ligt. Dat lijkt mij een duurdere oplossing dan een uurtje training en het regelen van wat zorg en een toiletbeugel. Er is in de ziekenhuizen nog best veel te doen voor de revalidatie.

Hans Slootman



Hans Slootman is revalidatiearts bij Heliomare.



## Begeleiding werpt vruchten af

# Wie eenmaal gaat sporten, blijft sporten

De gesprekken met het ministerie van VWS zijn begonnen. Komt er eindelijk een structurele inbedding van het stimuleringsprogramma Revalidatie, Sport en Bewegen? Dat kan de invoering van het succesvolle programma flink versnellen. • Door Renske Cramer

Valide mensen bewegen te weinig, maar mensen met een beperking bewegen meestal nog minder. Om revalidanten aan het sporten te krijgen, zetten Revalidatie Nederland en Gehandicaptensport Nederland in 1997 het programma Revalidatie en Sport op. Want sporten is goed voor lichaam en geest en bevordert de maatschappelijke participatie van mensen met een handicap of chronische aandoening. Belangrijke uitgangspunten van het programma: laat mensen al in een vroeg stadium van de revalidatie sporten en bewegen en laat hen kennismaken met veel vormen van sport en bewegen. Zodoende kunnen ze een afgewogen keuze maken. De overheid financierde de implementatie van Revalidatie en Sport, waar dertien

revalidatiecentra aan meededen. De resultaten waren positief, zo bleek uit onderzoek. Tussen 1997 en 2001 verwezen de revalidatiecentra bijna 13.000 mensen naar sportclubs. Van hen sportte 50 tot 70 procent na een jaar nog steeds.

### Op koers

Tijdens een effectiviteitsstudie, die liep van 2001 tot 2005, nam de aandacht voor een actieve leefstijl in de samenleving snel toe. Daarom ontwikkelden de onderzoekers een aanvullende module: Actief na Revalidatie (AnR), die het blijven bewegen na de revalidatie verder moest stimuleren. De behandelaars gingen, uitgaand van de behoeften en mogelijkheden van de revalidanten,

hen niet alleen doorverwijzen, maar hen zo nodig ook na de revalidatie begeleiden bij hun leefstijlverandering. In 2006 werd besloten Revalidatie en Sport om te dopen tot Revalidatie, Sport en Bewegen (RSB). De AnR-module maakte hier deel van uit. Doel was om RSB bij zoveel mogelijk revalidatiecentra ingevoerd te krijgen. In hoeverre is dat gelukt? 'De centra liggen aardig op koers', zegt Hans Leutscher. Hij is programmaleider Revalidatie, Sport en Bewegen van Gehandicaptensport Nederland. 'Vier centra hebben RSB volledig ingevoerd. De andere twintig werken allemaal met het programma, maar moeten nog wel wat puntjes op de i zetten. In de eindfase stellen ze bijvoorbeeld geen leefstijladvies voor de revalidant op. En dat is nu juist een belangrijke succesfactor. Advies en counseling achteraf moeten een gedragsverandering tot stand brengen, zodat mensen na de revalidatie blijven sporten', aldus Leutscher. Wat houdt de centra tegen? 'Geld. Voor een leefstijladvies moeten centra een sport- en bewegingsconsulent vrijmaken.' De programmaleider zou daarom graag zien dat het counselingtraject structureel wordt opgenomen in de behandeling, en dus onderdeel uitmaakt van het zorgpakket. 'Onderzoek wijst uit dat door een actieve leefstijl de zorgconsumptie op langere termijn afneemt', zegt hij. 'Inzetten op preventie is lonend.'

### Sportloketten

In 2007 ontstond het idee om RSB onder de naam 'sportloket' tevens in te voeren bij ziekenhuizen. Daar komen immers nog meer mensen met een handicap of chronische ziekte. Het eerste sportloket opende in 2009 zijn deuren in het ziekenhuis van Hoogeveen. Ook hier worden goede resultaten geboekt. In het eerste jaar volgden 120 mensen het programma; van hen sportte 75 procent na een jaar nog steeds. Vorig jaar werden sportloketten in Emmen en Schiedam geopend. Begin dit jaar gingen loketten in het UMC in Groningen en het Diaconessenhuis in Meppel open. Op de planning voor 2011 staan nog loketten in Almere, Amsterdam, Breda, Coevorden, Goes en Heerenveen. De sportloketten worden vooral betaald uit het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen van de rijksoverheid, dat loopt tot 2014.

Om te zorgen dat iedereen met een handicap of chronische ziekte een goed leefstijladvies kan krijgen, wil Gehandicaptensport Nederland een structurele financieringsregeling voor revalidatiecentra en ziekenhuizen. Begin dit jaar is de organisatie daarover verkennende besprekingen begonnen met het ministerie van VWS. Onderzocht wordt onder meer welke partijen welke onderdelen van het stimuleringsprogramma zouden kunnen bekostigen. Leutscher: 'Het ministerie wil mensen met een beperking ondersteunen en hun maatschappelijke participatie bevorderen. En we hebben een paar stevige argumenten: de gunstige resultaten van RSB en een advies van de werkgroep Sport en Bewegen van de vereniging van revalidatieartsen VRA. Die vindt dat elke revalidant sport én een leefstijladvies moet krijgen.'

### Samenwerking

De hoop is nu dus gevestigd op een goede financieringsregeling. Maar er is meer nodig om RSB effectief en blijvend te verbreiden, meent Lucas van der Woude. Hij is hoogleraar Bewegen, Revalidatie en Functieherstel bij het Centrum voor Bewegingswetenschappen van het UMC Groningen. 'De wereld van revalidatie- en gehandicaptensport is versnipperd. Er gebeurt overal van alles. Deels versterken die initiatieven elkaar, maar soms werken ze elkaar tegen. Het is tijd voor samenwerking, bijvoorbeeld onder de regie van Revalidatie Nederland.' Van der Woude pleit voor het uitbouwen van revalidatiecentra tot een landelijk dekkend, laagdrempelig netwerk van revalidatie- en sportexpertisecentra. Die zouden in hun regio informatie, beweegadvies en sport moeten aanbieden. Met een multidisciplinaire aanpak, waarbij bijvoorbeeld ook een bewegingswetenschapper wordt ingeschakeld. En deze centra moeten onderzoek doen: 'Want er is nog weinig kennis over het raakvlak tussen handicap en sport. En wat er aan kennis is, is niet goed toegankelijk. Dat is een gemiste kans.'



## 'Sportloket gaf me een deel van mijn leven terug'

Een van de velen die al profiteerden van Revalidatie, Sport en Bewegen is beeldend kunstenares Sandra Hofstee (60 jaar). Zo'n dertig jaar had ze op een behoorlijk niveau getennist, toen zich op haar vijftigste de ziekte van Parkinson openbaarde. 'Het tennissen ging steeds slechter en na een jaar of drie moest ik helemaal stoppen. Op een gegeven moment attendeerde mijn revalidatiearts me op het sportloket van het Vlietland-ziekenhuis in Schiedam. Ik ben daar een jaar geleden naartoe gegaan. Ze lieten me kennismaken met allerlei sporten, zoals golf, tafeltennis en toch ook weer tennis. Ik leerde een andere manier van tennissen, waarbij je met grote stappen op de bal af gaat. Dan is het makkelijker om je evenwicht te bewaren. Die vorm hebben ze daar ontwikkeld.'

Sandra Hofstee ging tennissen met mensen die ook beperkingen hebben. 'Dat gaat heel goed. Ik kan zelfs weer rennen en ballen terugslaan zonder ze te laten stuiten. En ik doe elk jaar mee aan een tennistoernooi voor Parkinsonpatiënten in Dordrecht', vertelt ze enthousiast. 'Ik heb echt een deel van mijn leven terug, geweldig!' Via het sportloket kwam Hofstee ook in aanraking met tafeltennis. Ze tafeltennist nu een aantal keren per week in verenigingsverband. 'Ook daar beleef ik veel plezier aan. Het is echt goud, dat ze me hiervoor enthousiast hebben gemaakt. Ik wil ook blijven sporten. Het geeft je zo veel power! Het houdt je lichaam soepel en het geeft je een gevoel van welbehagen. Ik hoop van de zomer weer op de baan te kunnen tennissen. Ik kan weer heel veel aan.'

# Regering, kijk ook naar de langere termijn!

De politiek van de nieuwe regering kent vele ambivalenties. Eén daarvan betreft de langdurige zorg. Enerzijds moet die zorg worden ingeperkt; anderzijds moet er worden geïnvesteerd in de kwaliteit van de zorg, vooral voor ouderen en chronisch zieken. Het adagium luidt: geen zorg voor mensen die dat niet nodig hebben, betere zorg voor mensen die het wel nodig hebben. De eerste vooronderstelling is hierbij dat er grote groepen mensen zijn die langdurige zorg kunnen missen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om mensen met lichte verstandelijke en psychiatrische beperkingen. De veronderstelling dat zij geen langdurige hulp nodig hebben, leidt tot navrante ontwikkelingen. Zonder goede langdurige zorg komen mensen met chronische beperkingen in allerlei problemen, en de zorg die nodig is om hen daar weer uit te helpen is vele malen duurder en intensiever.

De tweede veronderstelling van de regering is dat de langdurende zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen met louter financiële injecties is te verbeteren. Extra geld zal pas leiden tot betere zorg als dat geld niet wordt gebruikt voor meer van hetzelfde. Ondanks allerlei initiatieven rond meer vraaggerichtheid blijft een wezenlijk probleem van langdurende zorg dat medewerkers laag zijn opgeleid (tegenwoordig vind je nog nauwelijks een verpleegkundige in de ouderenzorg) en dat gemakkelijk blinde vlekken ontstaan. Medewerkers doen hun best, maar de relatief gesloten cultuur maakt dat dagelijkse routines nauwelijks onderwerp van reflectie zijn. Zo komt kwaliteit onder druk te staan. Kwaliteitsverbetering begint dus bij investeren in de kwaliteit van de medewerkers en van de cultuur. Daarbij zullen we meer oog moeten krijgen voor de mogelijkheden om cliënten en hun naasten zelf te betrekken bij de zorg. Om aan te sluiten bij hun leefwereld, henzelf met oplossingen te laten komen.

Wat nodig is, is een cultuuromslag waarbij kritische en leergierige medewerkers en assertieve cliënten en familieleden worden gestimuleerd.

Om de langdurige zorg te beperken, gaat de regering ook de somatische of geriatrische revalidatie, zoals die plaatsvindt in verpleeghuizen, overhevelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. De medisch-specialistische revalidatie door revalidatie-instellingen was daar al ondergebracht. Revalidatiezorg hoort thuis in de Zorgverzekeringswet omdat het een kortdurend karakter heeft, zo wordt gezegd. Deze visie op revalidatie is naar onze mening kortzichtig. Natuurlijk is de feitelijke revalidatie, in revalidatie-instelling of verpleeghuis, doorgaans van redelijk beperkte duur. Maar met het vertrek uit de instelling houdt het revalidatieproces niet

## ‘Met het vertrek uit de instelling houdt het revalidatieproces niet op’

op. Eenmaal weer thuis, uit de veilige revalidatie-omgeving, ervaren mensen aan den lijve wat hun beperking in praktische, financiële, psychologische en sociale zin betekent. Zij moeten zich opnieuw verhouden tot zichzelf in hun omgeving. Hebben ze daarbij een balans gevonden, dan dient zich vaak weer iets nieuws aan, zoals een complicatie, een vervelende bijwerking van medicatie of een echtscheiding, waardoor opnieuw gezocht moet worden naar een evenwicht. Het gaat in de revalidatie niet om eenvoudige genezing, maar om algeheel herstel van functioneren – en dat is een grillig proces. Veel mensen in revalidatie kunnen langdurige ondersteuning niet missen. De gedachte dat mensen via de Zorgverzekeringswet snel volledig te helpen zijn

en dat daarmee de kous af is, getuigt van een visie die juist in het huidige tijdperk met steeds meer chronisch zieken en multimorbiditeit in toenemende mate een illusie wordt.

Problematisch aan het voorgestelde beleid is dat het mensen stigmatiseert. Groepen die geacht worden met minder zorg toe te kunnen, worden bestempeld als profiteurs. Dit doet onrecht aan de vele inspanningen die minder valide mensen zich getroosten om maatschappelijk te participeren. Ook zorgverleners worden negatief onder de aandacht gebracht. De stereotype verwijzingen naar misstanden in de ouderenzorg zetten medewerkers in een kwaad daglicht en ontnemen het zicht op de betrokkenheid en deskundigheid van velen. De teneur van het beleid is dat alleen door ferme, topdown geïnitieerde en gestuurde maatregelen verbetering tot stand gebracht

kan worden. Wij willen de regering oproepen om die hautaine houding te verlaten en aansluiting te zoeken bij cliënten en medewerkers in de langdurende zorg, zodat zij zich gesterkt weten bij het werken aan participatie en kwaliteit.

*Prof. dr. Tineke Abma, drs. Karen Schipper (tevens GZ-psycholoog bij Reinaerde), prof. dr. Guy Widdershoven, afdeling Metamedica, VU Medisch Centrum, Amsterdam*

*De afdeling Metamedica van het VUmc richt zich op maatschappelijke en ethische vraagstukken rond de gezondheidszorg. De afdeling doet onder meer wetenschappelijk onderzoek in de chronische zorg, gehandicapten- en ouderenzorg.*

# Mirjam Wierda

Door Kitty Rotteveel

WERK > BELEIDSMEDEWERKER KWALITEIT BIJ REVALIDATIE FRIESLAND LEEFTIJD > 31 JAAR GROOTSTE HOBBY'S > VERRE REIZEN EN FOTOGRAFIE, 'OM TE ONTDEKKEN DAT IN EEN ANDERE OMGEVING WEER ANDERE REGELS GELDEN, EN DAARVAN TE LEREN' HEKEL AAN > 'MENSEN DIE NIET MEEDENKEN; ALS WE SAMEN DENKEN EN WERKEN, KOMEN WE EEN STUK VERDER'

**Wat doet een beleidsmedewerker kwaliteit?**  
‘Die helpt de organisatie bij het verbeteren van werkprocessen. Het mooie van de functie vind ik dat je op veel verschillende vlakken bezig bent. Ik schrijf stukken, dat is het beleidsmatige deel, maar ben ook veel in de praktijk bezig. Voorbeelden? We houden vanuit de verpleging regelmatig exit-gesprekken met patiënten. Ik vind het dan leuk om over de resultaten daarvan in gesprek te gaan en bijvoorbeeld te laten zien: patiënten zijn voor 80 procent tevreden en voor 20 procent minder tevreden. Het geeft medewerkers inzicht in wat beter kan, zodat ze de mogelijkheden weer gaan zien. Als een rolstoel stuk is, moet die snel gerepareerd worden. Dat gebeurt vanuit de revalidatietechniek. Maar welk systeem zit daarachter, werkt dat goed, wat zou er beter kunnen? Ik wil mensen graag laten nadenken over de processen die ze volgen en wil ook laten zien dat er reden is om trots te zijn als een proces goed verloopt. Daarbij kijken we natuurlijk ook naar processen achter de schermen, zoals legionallapreventie.’

### En het beleidsmatige deel?

‘Ik doe beleidsevaluaties: wat we indertijd hebben bedacht en ingevoerd, werkt dat nog steeds? Samen met een werkgroep schrijf ik verder het jaardocument, waarin de organisatie maatschappelijke verantwoording aflegt over het financieel, strategisch, personeels- en kwaliteitsbeleid. Daarnaast hebben we in 2010 na de Libra Zorggroep als eerste revalidatiecentrum de HKZ-certificering behaald. Daarmee toon je als organisatie aan dat je kwaliteitssysteem gewaarborgd is en dat je dit kunt onderhouden. We hebben nu een kwaliteitshandboek, een overzichtelijk en



Foto: Oege Kooyker

beknopt stuk waarin staat wat we doen en hoe we dat doen. Ik ben ook voorzitter van het landelijk kwaliteitsnetwerk van de revalidatiecentra; een club van ongeveer dertig mensen die deze functie vaak in hun eentje uitvoeren binnen hun revalidatiecentrum. Je ziet dat iedereen bezig is met de HKZ-certificering en met bijvoorbeeld de CQ-index, een index waarmee je ervaringen van patiënten kunt meten en onderling kunt vergelijken. Als je op dit soort gebieden kennis deelt met elkaar, kun je meer bereiken.’

### Zien de medewerkers in jullie centrum het nut van je vak?

‘Ja, medewerkers weten me te vinden, en anders ga ik zelf op stap binnen onze organisatie. Soms moet ik nog wel uitleggen wat mijn werk inhoudt, omdat de functiebenaming breed is. Maar ik doe

dat graag! Zo mocht ik afgelopen jaar aan de leden van de raad van toezicht uitleg geven over HKZ. Zij hadden er nog niet van gehoord, maar ik kon binnen een uur helder maken wat het is en wat het betekent voor onze organisatie. Ik vind het geweldig om kwaliteit inzichtelijk en praktisch te maken.’

### Wat stemt je het meest tevreden?

‘Het mooiste is en blijft de patiëntenzorg. Hartstikke handig, ondersteunende functies zoals de mijne, maar ook die zijn er uiteindelijk alleen om ervoor te zorgen dat de patiënt zo goed mogelijk wordt geholpen. Dat is het belangrijkste! Als ik iemand zie die in een rolstoel binnenkomt, later met krukken loopt en op een gegeven moment zonder hulpmiddelen weer naar buiten loopt, ben ik het meest tevreden.’



## Etac E800 serie elektrische rolstoelen

welcome to a new world

**etac**  
Creating Possibilities

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

### Loophulpmiddelen voor Revalidatie



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

### KMD Spraakmakend in sprakeloosheid

#### De T3, een grote stap vooruit!

De modulaire opbouw maakt van de T3 een zeer flexibel en gebruiksvriendelijk communicatiehulpmiddel. De T3 is voorzien van een internetapplicatie, waardoor op ieder moment de functionaliteit kan worden aangepast. Snel en kostenbesparend.



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

### Op zoek naar scholing in communicatiehulpmiddelen?

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

**'Omgaan met communicatiehulpmiddelen binnen de paramedische sector'**

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

**Meer informatie vindt u op [www.rtdkenniscentrum.nl](http://www.rtdkenniscentrum.nl)**

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



# PAKPAAL

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

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

**Pakpaal® producties** T 076-5614500



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



## Klaar voor een carrière switch?

Kijk op [www.medischebanenbank.nl](http://www.medischebanenbank.nl)

**medischebanenbank** Het grootste vacatureplatform in de gezondheidszorg

### revalidatiefonds

## Iedereen moet kunnen meedoen!

### Geef nu! Giro 953

Het Revalidatiefonds zet zich in om de positie van mensen met een lichamelijke handicap of chronische ziekte te verbeteren. Om dit te realiseren is uw steun hard nodig!



Kijk op [www.revalidatiefonds.nl](http://www.revalidatiefonds.nl) of bel 030 657 20 22



# 'Het tafelblad mocht niet te dik zijn'

## Ergotherapeute Theone Kampstra vertelt.

'Op onze school zitten blinde en slechtziende kinderen die ook verstandelijke of motorische problemen hebben. Het aangepaste meubilair is speciaal voor ons ontwikkeld door Maatwerk. Ze doen hun naam wel eer aan, want ze leveren altijd meubels die precies voldoen aan de eisen die wij opgesteld hebben. Onze samenwerking met hen is heel direct, het is echt samenwerken. De meubels die we hier hebben staan zijn door ons samen ontwikkeld. En veel van de modellen worden inmiddels door Maatwerk ook al weer op andere plekken gebruikt.'

Het ontwikkelen van een nieuw meubel gebeurt in drie stappen. Wij stellen in overleg met alle betrokkenen een lijst van eisen op. Maatwerk gaat daarmee aan de gang en komt met een proefmodel. Dat testen wij vervolgens in de praktijk. In de laatste fase verfijnt Maatwerk de afstellingen en wordt het definitieve model vastgesteld. Voor ons is dit de manier. Vaak gaat het dan om meubels die nog niet bestaan, die nog niet in de handel zijn. Dan ga je natuurlijk zoeken naar een bedrijf dat het letterlijk op maat maakt voor je.

De computertafel Altus is een voorbeeld van een product dat we samen met Maatwerk ontwikkeld hebben. We hadden nogal wat noten op onze zang. Hij moest bijvoorbeeld makkelijk hoog/laag verstelbaar zijn, er moest een flatscreen-arm op gemonteerd kunnen worden, de technische dienst moest makkelijk bij de achterzijde kunnen komen en, niet te vergeten, het blad mocht niet te dik zijn. Dit laatste heeft te maken met de braille-leesregel van de leerlingen, die heeft al een behoorlijke dikte, als het blad dan ook nog eens te dik zou zijn, wordt het lastig werken voor ze. Maatwerk maakte gewoon de perfecte tafel, en ik heb begrepen dat het basismodel inmiddels al op veel andere plekken ook gebruikt wordt.

De kinderen op onze school zijn wel gewend aan hulpmiddelen, ze weten niet beter dan dat ze aan aangepast meubilair zitten. Toch vinden ze het nog altijd leuk om betrokken te worden in het denkproces van tevoren. En we hebben een soort Certificaat ingesteld, dat je krijgt als je hebt laten zien dat je de tafel zelf kunt bedienen. Zijn ze trots op!

De contacten met Maatwerk verlopen prima en meestal vlot. Hoewel het voordeel van de firma (klein bedrijf, dus korte lijnen) tegelijk ook het nadeel kan zijn. Ze hebben het soms gewoon té druk. Dan moet ik er wel eens achteraan bellen. Maar dat doe ik graag bij Maatwerk!



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

