

RM

REVALIDATIE MAGAZINE
jaargang 13 nummer 2 juni 2007

Deze prothese is slim

> In gesprek over het coalitieakkoord > Waarnemingsproblemen na hersenletsel > Slaapapneu belemmert revalidatie > Ontschotten in de kinderrevalidatie > Nieuwe directeur Revalidatie Nederland

6> Berichten

7> 'Het loont om te investeren in revalidatie'

Revalidatie Nederland heeft een nieuwe directeur, Jannie Riteco.

8> Ontschotten is samenwerken

De kinderrevalidatie is al ver als het om ontschotten gaat. Maar het kan nog beter.

10> Slaapapneu: belemmering voor revalidatie

Revalidanten hebben veel vaker dan gemiddeld last van slaapapneu.

11> 'Ik wist niets van revalideren'

Oud-revalidant Eddy Boerman.

15> Het centrum

Sophia Revalidatie.

17> Column

Wanneer zijn we compleet?

18> 'Laat de revalidant zelf zijn rugbehandeling kiezen'

Revalidatiearts Rob Smeets deed onderzoek naar de behandeling van lage rugpijn.

19> Hyperbare zuurstoftherapie bij cerebrale parese

Hyperbare zuurstoftherapie heeft geen bewezen effect bij deze groep kinderen.

20> Het standpunt

Revalidatie en re-integratie: partners of partijen?

21> Het werk

Jelle Ferwerda, hoofd keuken.



Prothesen en orthesen worden slimmer

Moderne prothesen kunnen nu al beperkt via zenuwen worden aangestuurd. In de toekomst zal dat waarschijnlijk direct via chips in de hersenen gebeuren.

• John Ekkelboom



16>

'Toon aan dat vernieuwing echt werkt'

Het nieuwe kabinet blijft 'in gesprek met de samenleving'. Als het om revalidatie gaat, biedt het coalitieakkoord daarvoor prettige uitgangspunten. Het kabinet zet immers in op participatie en solidariteit. Wat hebben politiek en revalidatie elkaar te zeggen?

• Marc van Bijsterveldt



Wel kijken, maar niet zien

Mensen met een hersenbeschadiging hebben regelmatig waarnemingsproblemen.

'De specialistische kennis in de revalidatie is op dit punt nog onvoldoende', zegt Mirjam den Oudendam van Sensis.

• René Bremer

Het nieuwe kabinet Balkenende blijft ‘in gesprek met de samenleving’. Als het om revalidatie gaat, biedt het coalitieakkoord daarvoor prettige uitgangspunten. Het nieuwe kabinet zet immers in op participatie en solidariteit. Wat hebben politiek en revalidatie elkaar te zeggen?

• Door Marc van Bijsterveldt

Overheidsbeleid biedt kansen voor versterken sector

‘Toon aan dat vernieuwing

Participatie en solidariteit zijn steekwoorden voor het nieuwe kabinetsbeleid. Maar de marktwerking – volgens sommigen moeilijk te verenigen met revalidatiezorg – is daarmee niet verlaten. Pieter Omtzigt, namens het CDA woordvoerder over het zorgstelsel: ‘Marktwerking is nooit een doel op zich. Zoals mijn voorganger Siem Buijs eerder zei in *RM* (van september 2006, red.): de patiënt staat centraal. Die moet de zorg krijgen die hij of zij nodig heeft, en marktwerking is een manier om vraagsturing te realiseren. Aan de overheid is het te zorgen dat de kwaliteit gewaarborgd blijft.’ Volgens Omtzigt kan de revalidatie nog wel wat ‘slagen maken’ als het gaat om vraaggericht werken. ‘Ik hoor bijvoorbeeld klachten dat mensen zich te veel moeten voegen naar de schema’s van een instelling.’

Handrem

Jan Geertzen is voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen en hoogleraar revalidatiegeneeskunde. Hij is voorstander van marktwerking, maar is ook kritisch op de huidige praktijk. ‘Het staat nu op de agenda, maar in mijn optiek is het nog vooral mooie praat. Met het nieuwe zorgstelsel is gekozen voor een gereguleerde markt, waarbij de overheid een stevige vinger in de pap houdt. Dat is toch een beetje als gas geven met de handrem aan.’ Er zou wat Geertzen betreft nog wel wat meer ruimte mogen komen. Hij is overigens niet voor een volledig vrije markt in de zorg, zoals in de VS. ‘Maar concurrentie is goed voor de kwaliteit. Het leidt tot een zinnige specialisatie in de sector. Je kunt niet in elke instelling alle takken van sport blijven doen.’ De kritiek van Omtzigt op de te geringe vraagsturing vindt Geertzen niet terecht. ‘Natuurlijk kan het beter, maar bij ons zitten revalidanten wél bij teambesprekingen over de behandeling. Waar zie je dat in de Nederlandse gezondheidszorg?’

Innovatief

Omtzigt is te spreken over de revalidatiesector, die hij ‘innovatief’ noemt. ‘Daarom heb ik me samen met D66 in de Kamer onlangs ook sterk gemaakt voor extra gelden voor de innovatiecentra. De sector moet wel aantonen dat het effect heeft. Nieuwe behandelingen moeten profijtelijk zijn voor de revalidant.’ Volgens Omtzigt is het terecht dat het om een tijdelijke injectie gaat. ‘Op termijn moet innovatie in de reguliere bekostiging van de behandeling opgenomen worden.’ Het initiatief om de Tweede Kamer in een amendement te vragen de innovatiecentra langer te steunen kwam van Fatma Koser Kaya, kamerlid voor D66: ‘Ik heb me daar met veel overtuiging voor ingezet. Innovatie is belangrijk om mensen straks een betere behandeling te kunnen garanderen.’ Ook zij vindt het goed dat het een tijdelijke regeling is. ‘Nu is de sector zelf aan zet om aan te tonen dat vernieuwing ook echt werkt.’

Krentenbrood

Geertzen is blij met de innovatiegelden, maar op het Kamerbesluit is wel wat af te dingen. ‘Het is een puur politieke beslissing geweest om die innovatiecentra op te richten. Het was te veel een kwestie van ouwe-jongens-krentenbrood waar dat geld naartoe is gegaan.’ De centra zijn niet aangewezen op basis van een goede analyse van het veld. Het is dus niet vanzelfsprekend dat de innovaties nu op de meest zinvolle plek worden ontwikkeld. Ondanks die kritiek vindt Geertzen de extra impuls voor innovatie vooral een uitdaging voor de sector. ‘Ik ben het met de politiek eens dat de revalidatiegeneeskunde zelf sterk moet zijn. Als het om innovatie gaat, zijn we dat ook. We boren zelf een forse tweede geldstroom aan. Dat lukt steeds beter naarmate er meer collega’s promoveren en er meer mensen hoogleraar worden.’



Illustratie: Roel Seidell

echt werkt'

Belemmeringen

Een van de speerpunten van Revalidatie Nederland (RN) is arbeidsrevalidatie. Omtzigt is daar enthousiast over: 'Mensen blijven nu nog vaak te lang in de intramurale zorg hangen. Met goede transmurale zorg kun je veel winst behalen. Niet alleen voor werkgevers, maar ook voor mensen zelf, die sneller geholpen zijn en eerder hun gewone leven weer kunnen oppakken.'

Arbeidsrevalidatie past goed bij de participatiedoelen van het nieuwe kabinet. Ook Koser Kaya vindt participatie belangrijk, maar zij ziet dat er te vaak

'Wij zijn niet van de helikopters, maar van de kwaliteit van leven'

nog praktische belemmeringen zijn. 'Tijdens een werkbezoek hoorde ik het verhaal van een meisje dat eigenlijk een nieuwe rolstoel nodig had. Die ze had was gewoon versleten, maar volgens de regels mocht ze nog geen nieuwe. Als je participatie serieus neemt, moet je het ook mogelijk maken dat mensen mobiel zijn. Doe dan niet moeilijk over een snellere afschrijving van zo'n stoel. Er moet veel meer per geval worden gekeken. Want wat nu ook gebeurt, is dat rolstoelen die nog goed zijn worden afgeschreven. Dat kan natuurlijk net zo goed niet.' Volgens Koser Kaya moeten de regels zo flexibel zijn dat maatwerk mogelijk wordt.

Naar buiten

Er liggen veel kansen voor de revalidatie. Maar, vindt zowel CDA als D66, dan moet de sector wel zelfverzekerd worden. Omtzigt: 'In de revalidatie is weinig spektakel, maar dat maakt het werk niet minder interessant. Breng dat maar in beeld bij het grote publiek. Op tv zijn zeker tien programma's te zien over acute zorg, maar geen enkele over revalidatie. Terwijl het zo'n mooi vak is.' Ook Geertzen vindt dat de sector meer naar buiten moet: 'Als er weer iemand promoveert, hoor je daar niets over. Revalidatieartsen zijn veel te weinig bezig met hun eigen pr. Schrijf niet alleen in je eigen wetenschappelijke tijdschriften, maar klop aan bij tv en radio, bij andere specialismen, bij patiëntenverenigingen, bij zorgverzekeraars. Natuurlijk: revalidatiegeneeskunde is niet echt stoer. Wij zijn niet van de helikopters, maar van de kwaliteit van leven.'

Creativiteit

Kick Visser, voorzitter van Revalidatie Nederland, hoopt ook dat de sector geprikkeld wordt meer naar buiten te treden. 'Als RN organiseren we marktwerkingslunches. Ik merk dat het begint te leven, je ziet de creativiteit ontstaan. Het is onze uitdaging onszelf te positioneren als expert in complexe zorg. We moeten ook beter aangeven wat onze maatschappelijke waarde is. Revalidatiegeneeskunde kost geld, maar het levert ook veel op. Iedereen die bij ons binnenkomt, heeft na gemiddeld zestig dagen weer een plek in de samenleving. Dat mag best duidelijk worden.'

Prijs elektronisch patiëntendossier



Foto: Jos Poelder

Het project Revalidatie EPD van Revalidatie Nederland is één van de vier winnaars van de prijsvraag van het Actieprogramma Maatschappelijke Sectoren en ICT. Dit programma is een

initiatief van zes Nederlandse ministeries en heeft als doel het bevorderen van succesvolle ICT-toepassingen in de sectoren onderwijs, mobiliteit, veiligheid en zorg. De voorstellen die de prijsvraag winnen, worden beloofd met een rijksbijdrage voor de projectuitvoering. Het project Revalidatie EPD ontving bijna een miljoen euro.

Directeur Generaal Mark Frequin van Economische Zaken overhandigde de prijs op 24 april jl. aan Jos Buijs, bestuurslid van Revalidatie Nederland en directeur van Revalidatiecentrum Amsterdam. Dit gebeurde tijdens de beurs *Overheid & ICT* in Utrecht. 'De prijs is een

geweldige aanmoediging en een erkenning voor het unieke initiatief van de revalidatiesector om gezamenlijk te komen tot een landelijk elektronisch patiëntendossier', aldus Buijs (op de foto rechts). Het project Revalidatie EPD moet ertoe leiden dat begin 2009 alle Nederlandse revalidatiecentra beschikken over een elektronisch dossier waarin alle patiëntgegevens worden geregistreerd. Een EPD heeft veel voordelen: patiëntinformatie is continu beschikbaar en gegevens hoeven slechts éénmaal te worden geregistreerd. Door de uniforme registratie wordt het bovendien veel eenvoudiger om gegevens te vergelijken en uit te wisselen. *Meer informatie: www.revalidatie-epd.nl.*

Medezeggenschap onderzocht

Het Landelijk Steunpunt cliëntenRaden (LSR) heeft onderzoek gedaan naar de praktijk van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) in ziekenhuizen en revalidatiecentra. Aanleiding was het tienjarig jubileum van de Wmcz. Uit het onderzoek blijkt dat de medezeggenschap in revalidatiecentra nog achterblijft bij die in ziekenhuizen. Cliëntenraden hebben minder middelen tot hun beschikking: minder uren ondersteuning, minder budget, minder vaak en lager vacatiegeld. De cliëntenraden werken ook minder professioneel: hebben veel minder ervaring met het maken van een eigen begroting en volgen minder cursussen. Lang niet altijd gaven raden van bestuur en cliëntenraden hetzelfde antwoord op een vraag. Zo antwoordde op de vraag of de raad van bestuur altijd advies vraagt als dat wettelijk verplicht is 30% van de cliëntenraden en 13% van de raden van bestuur dat dit niet zo is. In de revalidatiesector verschilden de antwoorden meer dan in de ziekenhuissector.



Marieke van den Heuvel, coördinator medezeggenschap bij het LSR: 'Het is duidelijk dat cliëntenraden in de revalidatiesector nog aan kracht moeten winnen. Er is de laatste jaren al veel verbeterd, maar het kan zeker nog beter. Met name de afstemming tussen cliëntenraden en raden van bestuur verdient de aandacht. Maar uit het


onderzoek blijkt ook dat medezeggenschap door zowel cliëntenraden als raden van bestuur belangrijk wordt gevonden. Bijna alle raden van bestuur zeggen dat ze voordeel hebben van de adviezen die hun cliëntenraad uitbrengt. Ze zijn blij met de inbreng vanuit cliëntenperspectief. *Het onderzoeksrapport kan worden opgevraagd bij het LSR, (030) 299 00 03, of via wmcz@lsr-clientenraden.nl.*

Meetinstrument arbeidsinnovatie

Ook in de revalidatiesector worden voortdurend werkprocessen gereorganiseerd, om efficiënter of beter te kunnen werken. Sinds kort is het 'meetinstrument arbeidsinnovatie' beschikbaar, waarmee zorgorganisaties op eenvoudige wijze kunnen uitzoeken welk effect zo'n innovatie zal hebben op de arbeidstijd en kwaliteit. Als je bijvoorbeeld overweegt om het opnameproces anders in te richten of als je een bepaald hulpmiddel wilt gaan inzetten in de verzorging, levert dat dan tijdswinst op? En blijft de kwaliteit van zorg gehandhaafd, of wordt deze zelfs beter? Het instrument werd ontwikkeld door TNO Kwaliteit van Leven, in het kader van Zorg voor Beter. Het kan gratis worden gedownload op www.zorgvoorbeter.nl/innovatie.

PROMOTIES EN BENOEMINGEN

- > Universiteit Twente. Per 1 januari 2007 is dr. Hans Rietman (46 jaar) benoemd als hoogleraar revalidatiegeneeskunde en -technologie. Hij richt zich op afwijkingen in het houdings- en bewegingsapparaat en op nieuwe technologie. Rietman werkt naast zijn hoog-leraarschap als revalidatiearts in het Medisch Spectrum Twente.
- > De Hoogstraat / UMC Utrecht. Op 25 januari 2007 promoveerde Herman Holtslag op het proefschrift *Prospects after major trauma*.
- > De Hoogstraat / UMC Utrecht. Op 26 april 2007 promoveerde Sven Schiemanck op het proefschrift *Long-term functional outcome after stroke: the impact of MRI-detected lesion characteristics*.
- > Revalidatiecentrum Breda. Per mei 2007 is Jan van Kampen na negen jaar vertrokken als directeur. Hij gaat werken bij InteraktContour, een instelling voor mensen met een handicap. Interim-directeur is Theo van Dun.
- > Erasmus MC / Universitair Medisch Centrum Rotterdam. Op 6 juni promoveerde Mieke van de Sandt-Koenderman op het proefschrift *Crossroads in aphasia rehabilitation*.

A portrait of Jannie Riteco, a woman with short brown hair, wearing a dark blazer over a white top. She is looking slightly to the right of the camera with a neutral expression. The background is a light blue wall with a grid pattern.

Jannie Riteco (41 jaar) studeerde gezondheidswetenschappen, richting beleid & beheer. Daarna werkte ze achtereenvolgens als onderzoeker bij het NIVEL, als beleidsmedewerker en coördinator bij de Ziekenfondsraad (nu College voor zorgverzekeringen) en als lobbyist bij farmaceutisch bedrijf MSD. En nu is ze dus directeur van Revalidatie Nederland: ‘Sommige mensen plannen hun loopbaan heel bewust, maar ik heb dat nooit gedaan. Het kwam steeds op mijn pad. Ik vond het iedere keer een uitdaging en een verrijking om weer een andere positie in te nemen, om de zaken van een andere kant te bekijken. De baan bij Revalidatie Nederland kwam op een goed moment. Deze nieuwe verantwoordelijkheid spreekt me aan.’

Heftig

‘Mijn andere banen waren meer op afstand van de zorg; deze baan komt dicht bij de inhoud. De revalidatiesector vind ik heel bijzonder. Er wordt goed werk verricht en, wat opvallend is, ook zeer goed multidisciplinair samengewerkt. Mijn zus is logopediste en zij werkt in de sector. Bij open dagen ging ik altijd trouw mee. Wat me trof, was dat het in de revalidatie echt gaat om de basis van het leven. De medewerkers doen er alles aan om mensen te helpen om weer een plek te vinden. Ik vond het heftig, maar belangrijk werk. Ik ben ook een aantal jaren lid geweest van de raad van toezicht van revalidatiecentrum De Trappenberg. Daar werd ik opnieuw geraakt door het enthousiasme van de medewerkers, hun motivatie om hun werk goed te doen. Diezelfde motivatie zie ik terug bij Revalidatie Nederland, bij het bureau, het bestuur, de leden. De betrokkenheid van de leden bij de brancheorganisatie is enorm. In de revalidatiesector wordt hard gewerkt, met veel inzet. Het is bijna commercieel, zal ik maar zeggen. Bij commerciële bedrijven lopen mensen hard omdat er een duidelijk doel is, dat geeft een drijfveer. Dat doel is er ook in de revalidatie, en dan is het ook nog eens een heel goed doel.’

‘Het loont om te investeren in revalidatie’

Per april kreeg Revalidatie Nederland een nieuwe directeur, Jannie Riteco:

‘Het belangrijkste vind ik dat je staat achter de boodschap die je uitdraagt. In de revalidatiesector is dat wel heel gemakkelijk.’

• Door Annelies van Lonkhuyzen

Onderbouwen

‘De afgelopen jaren is bij Revalidatie Nederland veel opgebouwd. In korte tijd is een zeer deskundig bureau neergezet. Ik vind het een mooie uitdaging om met elkaar te kijken hoe we dat zo goed mogelijk kunnen benutten. Er speelt veel – veranderende regels, marktwerking – dus de revalidatiesector moet er echt bovenop zitten en zich goed presenteren. Mijn eerste indruk is dat dat medisch-inhoudelijk al goed lukt, maar dat de onderbouwing van de meerwaarde nog beter kan. Als je nog meer laat zien wat de opbrengsten zijn, zowel in kwaliteit van leven als voor de maatschappij, wordt zichtbaar dat het loont om te investeren in revalidatie. Ik hoor nog wel geluiden als “we zijn maar klein als sector”, maar de realiteit is dat revalidatie belangrijk is en in een vergrijzende samenleving alleen maar belangrijker wordt. Ik ben een groot voorstander van het aangaan van partnerschappen buiten de eigen sector: gezamenlijk moet je nagaan hoe je mensen zo goed en snel mogelijk kunt helpen. Dat is een gedeeld maatschappelijk belang. De revalidatiesector levert in dat geheel een eigen unieke bijdrage; als brancheorganisatie moeten we dát laten zien.’

Al tijden wordt erover gesproken en eigenlijk is iedereen het erover eens; ontschotting in de revalidatie is noodzakelijk. Het vraagt om samenwerken, en wel over de grenzen van de eigen instelling heen. De kinderrevalidatie is hier al ver mee; verschillende revalidatiecentra werken volgens één kind-één plan, waarbij revalidatie en onderwijs geïntegreerd zijn. Maar is de ontschotting daarmee voltooid? Nee, vindt Greet Meihuizen-de Regt, arts en voorzitter van de Stuurgroep Landelijk Innovatieprogramma Kinderrevalidatie (LINK). • Door Inez Pelgröm

Kinderrevalidatie wil een stap verder

Ontschootten is samenwerken

In de kinderrevalidatie is de afgelopen jaren hard gewerkt om samenwerking vorm te geven. Het meest recent werd dat zichtbaar in de invoering van het kinderRAP, een rapportagesysteem dat de communicatie bevordert tussen de ouders, het behandelteam van het revalidatiecentrum en de school van het kind. Aan de samenwerking tussen die partijen hecht LINK veel belang. 'Je hebt te maken met één kind met een integrale hulpvraag', verklaart Meihuizen. 'Dat betekent dat je als hulpverleners een zorgaanbod moet doen, waarbij je samen een geheel vormt.'

Verbindend element

Hoewel alle revalidatie-instellingen achter ontschotting staan, is nog niet iedereen even ver met één kind-één plan. Dat heeft te maken met verschillende factoren, zegt Meihuizen. Zo zijn er verschillende organisaties bij betrokken, met elk hun eigen regels, werkwijze en cultuur. Daarnaast verschilt de inzet van plaats tot plaats. 'De medewerkers vinden één kind-één plan meestal wel nodig, want zij zien het nut in de praktijk. Maar ook het management van de revalidatiecentra en scholen moeten erachter staan', benadrukt ze. Het verbindende element is het kind helpen in de ontwikkeling. En dat vraagt om het erkennen van elkaars speciale deskundigheid. 'Want wat een onderwijzer weet, weet een fysiotherapeut niet en omgekeerd', aldus Meihuizen.

Logge organisatie

Ontschooting is niet alleen een zaak van de revalidatie-instellingen en scholen. Meihuizen benadrukt het belang van 'naar buiten' kijken. Een kind is onderdeel van de maatschappij en die omvat meer dan alleen onderwijs. Het programma *Vroeg, voortdurend en integraal* vindt ze bijvoorbeeld een goede ontwikkeling. In dit vroege interventieprogramma werken alle organisaties samen die een rol spelen bij signalering, diagnostiek, zorg, onderwijs en

ondersteuning van kinderen tot zeven jaar. Een dergelijke samenwerking, waarbij het kind centraal staat, is volgens LINK het ideaal. Met de inbreng van zoveel verschillende partijen kan echter ook een te logge organisatie ontstaan, waardoor de slagvaardigheid in gevaar komt. 'Daar moeten we voor oppassen', geeft Meihuizen toe, 'maar het in stukken knippen van een kind is geen alternatief. We overlappen elkaar in onze zorg en daarom moeten we samen verder.'

Pilots

De beleidsnotitie *Vroeg, voortdurend en integraal* is aangeboden aan minister Rouvoet van het ministerie van Jeugd en Gezin. Bovendien worden de komende maanden tien pilots gestart om het programma van de grond te tillen. Nog niet iedereen ziet het belang in van deze verdergaande ontschotting buiten de revalidatie-instelling. Sommigen hebben koudwatervrees, maar volgens de voorzitter van LINK is daar geen reden voor. Meihuizen: 'Openstaan voor de buitenwereld betekent niet dat je je vak los hoeft te laten.' Het liefste ziet zij dat revalidatie-instellingen blijven doen waar ze goed in zijn en meedenken over de vraag hoe met dergelijke projecten de samenwerking met externe partners versterkt kan worden. 'Als dit lukt, zijn we weer een stuk verder op de goede weg.'

In het programma 'Vroeg, voortdurend en integraal' werken de volgende organisaties samen: Actiz (jeugdgezondheidszorg), BOSK (motorisch gehandicapten en hun ouders), Landelijke Vereniging Cluster 3 (speciaal onderwijs, waaronder mytyl- en tytylscholen), MEE Nederland, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, Revalidatie Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (verstandelijk gehandicapten) en Zorgverzekeraars Nederland. Meer informatie: www.kinderrevalidatie.info.

‘Het voelt als een warm bad’



Tijmen Kuipers (9 jaar) heeft een milde cerebrale parese. Hij begon met veertien maanden aan een vroegbehandelingsprogramma in het Rijlands Revalidatiecentrum en ging zijn eerste jaren naar mytylschool de Thermiek, beide in Leiden. Tijmens ouders wilden hem graag een normaal leven geven, dus probeerden ze het vanaf zijn zesde jaar op een reguliere school. ‘Met leren ging dat super’, vertelt zijn moeder Claudia Kuipers. ‘Maar Tijmen is een kwetsbaar ventje, sociaal-emotioneel trok hij het niet.’ Na twee jaar kwam hij daarom terug op de mytylschool, waar hij nu helemaal op zijn plek zit.

De samenwerking tussen het Rijlands Revalidatiecentrum en de Thermiek bestond al voordat beide organisaties begin 2004 onderdak kregen in de nieuwbouw in Leiden. De samenvoeging was wel het moment dat er hernieuwde aandacht kwam voor één kind-één plan. Er waren visieverschillen, maar door steeds uit te gaan van het kind wisten onderwijs en revalidatie elkaar te vinden. Ook letterlijk, want de school is via een gang verbonden met de kindervleugel van het revalidatiecentrum. Dat is een prettig idee, vindt Claudia Kuipers. ‘Tijmen voelt zich hier thuis en weet zelf de weg als hij onder schooltijd naar de orthopedisch schoenmaker of fysiotherapeut moet.’

Buiten oefent Tijmen op de loopfiets. Als hij valt, laat hij zijn hoofd hangen. De fysiotherapeut praat rustig op hem in en even later rijdt hij stralend verder. ‘Typisch Tijmen’, lacht zijn moeder. ‘Op zo’n moment neemt hij van zijn therapeuten meer aan dan van mij.’ Tijmen is vertrouwd met alle teamleden, ook met de behandel-leercoördinator. Deze persoon is het eerste aanspreekpunt, de schakel tussen onderwijs en revalidatie. ‘Onze behandel-leercoördinator neemt ons veel werk uit handen’, zegt revalidatiearts Nathalie Warmenhoven. ‘Zij bewaakt het proces van behandeling en onderwijs, verzamelt alle verslagen en maakt na de teambespreking één behandel-leerplan.’ De behandel-leercoördinator geeft dus vorm aan één kind-één plan. Dat geeft rust en dat komt ten goede aan Tijmen en de andere kinderen.

Essentieel voor het succes van één kind-één plan zijn heldere communicatie en vaste overlegstructuren. Om te voorkomen dat er langs elkaar heen gewerkt wordt, zijn er regelmatig contactmomenten. Het rapportagesysteem zorgt voor de juiste informatie op het juiste moment. De lijnen zijn kort, zodat snel gereageerd kan worden. Zo nodig worden externe partijen, zoals een kinderpsychiater, bij het team betrokken. ‘Als het in het belang van het kind is, mag iedereen aanschuiven’, verklaart revalidatiearts Warmenhoven. De moeder van Tijmen is blij dat alle zorg voor haar zoon onder één dak zit: ‘Het geeft ons het gevoel dat we niet alleen staan.’

Ouders spelen een belangrijke rol in het overleg. ‘Er wordt naar ons geluisterd, de therapeuten zijn echt begaan met Tijmen’, aldus zijn moeder. Er blijkt ook veel mogelijk. Bijvoorbeeld toen Tijmen in korte tijd veel gewicht verloor. Claudia Kuipers: ‘Toen is het schema in de teambespreking gewoon omgegooid en schoof de doelstelling om te leren fietsen op twee wielen naar de achtergrond.’ In het RRC ligt de prioriteit bij het kind; dat is een vanzelfsprekendheid die bij elk teamlid te ontdekken is. ‘Het voelt als een warm bad’, besluit ze.

Revalideren is hard werken en daar moet je fit voor zijn. Maar mensen die lijden aan slaapapneu zijn niet fit. Hun ademhaling stukt regelmatig tijdens de slaap en daardoor rusten ze niet goed uit. Revalidatiecentrum Heliomare vroeg zich af in hoeverre revalidanten last hebben van slaapapneu. Veel vaker dan gemiddeld, blijkt het antwoord.

Slaapapneu: belemmering voor revalidatie

Het Slaap Apneu Syndroom (SAS) is een aandoening waarbij tijdens de slaap meerdere malen de ademhaling even vermindert of stopt. Bij mensen met SAS gebeurt dit minimaal vijftien keer per uur. Hierdoor is de kwaliteit van de slaap niet goed en voelen zij zich overdag moe en futloos. Het viel behandelaars bij Heliomare op dat veel revalidanten kenmerken vertonen van slaapapneu, zoals vaker ziek zijn, concentratieverlies, hoofdpijn, prikkelbaarheid en overdag in slaap vallen. Het idee dat slaapapneu bij mensen met een handicap – en dan met name mensen met een dwarslaesie of CVA – veel vaker voorkomt dan gemiddeld werd bevestigd door internationaal onderzoek. Cijfers uit Nederland ontbraken echter. Daarom startte Heliomare in 2006 een onderzoek.

Simpel

Na een jaar waren ruim honderd mensen onderzocht. Bij CVA-patiënten bleek slaapapneu in de helft van de gevallen voor te komen; bij dwarslaesiepatiënten in meer dan een kwart van de gevallen. Het gemiddelde in de volwassen bevolking ligt op circa 4%. In het algemeen komt slaapapneu vaker voor bij mannen, vooral vanaf veertig jaar, en bij mensen met overgewicht. Bij de onderzochte revalidanten blijkt echter leeftijd of gewicht nauwelijks een rol spelen. Wel is er een goede samenhang tussen zuurstofdalingen in het bloed en slaapapneu. Met een simpel meetinstrument, zo groot als een horloge, kunnen de nachtelijke zuurstofwaarden in het bloed worden bepaald. Als de zuurstofdalingen wijzen op slaapapneu, kan verder onderzoek worden gedaan.

Vershil

De gevolgen van slaapapneu kunnen het revalidatieproces flink belemmeren. Daarom zette Heliomare een respicare-team op voor de behandeling van slaapapneu. De meeste patiënten worden behandeld met *continuous positive airway pressure* (CPAP), waarbij ze 's nachts een maskertje dragen met een continue luchtstroom om de ademweg open te houden. Als de diagnose SAS is gesteld, wordt dit vergoed door de zorgverzekeraar. Patiënten en behandelaars merken direct het verschil als de behandeling aanslaat; mensen voelen



Foto: Inge Hondbrink

zich minder moe en presteren beter. Een pilot-studie bij mensen met een CVA door een student psychologie van de Vrije Universiteit bevestigd dit. CPAP blijkt een positief effect te hebben op geheugen, aandacht en waarneming en het vermindert depressieve klachten.

Goede nachtrust

Gezien het belang van een goede nachtrust voor mensen die revalideren, wil Heliomare vervolgonderzoek doen. Hiervoor is inmiddels een subsidieaanvraag ingediend. Het is de bedoeling om bij CVA-patiënten te kijken wat het effect is van slaapapneu op het cognitief functioneren en wat het effect is van de behandeling met CPAP. Ondertussen gaat Heliomare door met de slaapanalyses en worden vrijwel alle patiënten gescreend.

Tijs van Bezeij, revalidatiearts Heliomare, Wijk aan Zee, fellow longziekten en intensive care Medisch Centrum Alkmaar

Voor meer informatie kunt u mailen naar respicare@heliomare.nl.

GEBOREN > 1963

■ 30 NOVEMBER 2000 TOT

5 APRIL 2001

> OPNAME IN REVALIDATIECENTRUM

■ APRIL - OKTOBER 2001

> DAGBEHANDELING



‘Ik wist niets van revalideren’

Zeven jaar geleden ging Eddy Boerman (43 jaar) tijdens zijn werk als motoragent onderuit met de motor. Met honderd kilometer per uur gleed hij over het asfalt: zo raakte hij zijn linkerbeen kwijt. • Door Inez Pelgröm

‘Het was bij kilometerpaaltje 25.1. Ik remde iets bij, omdat ik wist dat er een flitspaal stond. Het voorwiel blokkeerde, waardoor de motor naar rechts weggleed en ik naar links, richting de vangrail. Toen ik mijn ogen opendeed en achterom keek, zag ik tien meter verderop mijn been liggen. Op dat moment wist ik genoeg en heb ik alles bij elkaar gevloekt. Tijdens de operatie was er al een instrumentmaker bij. Hij en de chirurg hebben besloten om de fractie van mijn knie die nog over was, te verwijderen. Ik had weinig te willen. Ze hadden de keus voor mij gemaakt en daar was ik blij mee. Nu kun ik verder. Op het beentrauma na had ik verder geen verwondingen, dus de dag na de operatie vroeg ik al wanneer ik mocht beginnen met revalideren.

Ik wist helemaal niets van revalideren. Maar direct had ik mijn doel helder voor ogen: ik wilde weer alles kunnen doen, en dan behalve een beenprothese zonder hulpmiddelen. Vooral in het begin kostte dat bloed, zweet en tranen. Ik dacht: knoop een prothese aan mijn been en ik ga weer lopen. Dat viel zo verschrikkelijk tegen. Ik miste de balans en coördinatie, daarnaast de durf. Het lukte me gewoon niet en daar baalde ik flink van. ’s Avonds ging ik voor mezelf oefenen om het toch voor elkaar te krijgen. Dat eigen initiatief vonden ze maar vreemd. Dat kenden ze niet op het revalidatiecentrum. Wel accepteerden ze het. Het stimuleerde mijn therapeuten om zelf ook de lat voor mij steeds hoger te leggen.

Het was fantastisch om de eerste stappen te kunnen zetten. De ontwikkeling ging daarna sneller. Ik ben redelijk nieuwsgierig en wil alles zelf doen. Bang om te vallen was ik niet meer. Letterlijk met vallen en opstaan leerde ik lopen, uiteindelijk ook zonder krukken. Naast dat doorzettingsvermogen zorgde de goede klik met het behandelteam ervoor dat de revalidatie heel voorspoedig verliep. Ik had het geluk dat mijn verzekering een C-leg* wilde betalen. Bovendien kon ik het de instrumentmaker goed aangeven als er problemen waren met de instellingen van de prothese. Toch bleef ik maar waggelen. Dus zette ik een spiegel neer en legde mezelf op om normaal te lopen. Dat is uiteindelijk gelukt, je ziet het nu nauwelijks meer.

Ik kan in principe alles weer. Mijn werk bij de politie heb ik voort kunnen zetten. De verplichte halfjaarlijkse sport- en zelfverdedigingstesten doorliep ik zonder problemen. Mijn doel om alles weer te kunnen doen wat ik voorheen ook deed, heb ik bereikt. Zo heb ik een dag van de Nijmeegse vierdaagse gelopen. Niet omdat ik iets te bewijzen had, wat veel mensen dachten, maar omdat ik het anders ook gedaan zou hebben.’

* Een C-leg heeft een computergestuurde knie.



Moderne prothesen en orthesen vervangen of ondersteunen niet alleen ledematen, ze bieden de gebruiker ook een betere motoriek. Kunnen ze nu al beperkt via zenuwen worden aangestuurd, in de toekomst zal dat waarschijnlijk direct via chips in de hersenen gebeuren. • Door John Ekkelboom

Prothesen en orthesen worden slimmer

Het gebruik van prothesen is vele eeuwen oud. Uit afbeeldingen op opgegraven vazen blijkt dat de Grieken in de oudheid ze al droegen. De oudste prothese die ooit is gevonden, dateert van 300 jaar voor Christus. Deze lag in een graf in Italië en was gemaakt van koper en hout. De kunstmatige ledematen zijn na die tijd eigenlijk altijd vrij eenvoudig gebleven. Pas de afgelopen eeuw, mede als gevolg van de twee wereldoorlogen waarin veel ledematen door ernstige verwondingen geamputeerd moesten worden, kwam de technologische ontwikkeling op dit gebied flink op gang. Prothesen werden lichter dankzij nieuwe materialen zoals koolstof en plastics, ze kregen steeds meer het uiterlijk van echte armen en benen en ook de beweging ervan werd natuurlijker. Orthesen, die zwakke of verlamde ledematen ondersteunen, voeren in het kielzog van deze ontwikkeling mee.

‘Ik probeer alles uit deze knie te halen’

Ineke Hoogwerf (54 jaar) uit Oud-Beijerland, lid van de Landelijke Vereniging van Geamputeerden (www.lvvg.nl) en van de stichting KorterMaarKrachtig (www.kortermaarkrchtig.nl): ‘Ongeveer dertig jaar geleden werd mijn been geamputeerd vanwege een bottumor. Vanaf die tijd heb ik allerlei beenprothesen gedragen. Ze werden in de loop der jaren steeds beter, maar ik moest bij iedere stap wel telkens goed blijven nadenken, wat erg inspannend was. Nu ik sinds december 2005 een Hybrid Knee heb, die door een microprocessor wordt gestuurd, is dat probleem opgelost. Mijn knie past zich automatisch aan mijn looppatroon aan.’

‘Ik wil proberen alles uit deze prothese te halen. Een fysiotherapeut begeleidt me daarbij. Hij maakt me er bijvoorbeeld van bewust dat ik bij het lopen mijn prothesebeen tot de tenen moet afwikkelen. Het kost me flink wat spierpijn, omdat ik voorheen die spieren nauwelijks heb gebruikt. Mijn man merkte laatst op dat ik tijdens het wandelen niet meer aan zijn arm trek. Ik loop soepeler. Verder plof ik als ik ga zitten ook niet meer neer. Nu gaat dat veel eleganter dankzij het hydraulische systeem.’

Microprocessor

Het zijn vooral Duitsland, Engeland, Frankrijk en de Verenigde Staten die het baanbrekende werk hebben verricht en nog steeds voor vernieuwingen zorgen. Een van de meest cruciale ontwikkelingen op dit moment vindt prof. dr. Jan Geertzen de met een microprocessor gestuurde knie. Hij is hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), met als aandachtspunten amputatie en prothesiologie. ‘Deze knie past zich aan het looptempo aan. Elektronische sensoren leveren de basisgegevens voor de stand- en zwaai fase, zodat de drager niet meer hoeft na te denken over het lopen. Het is een mooi hulpmiddel, dat helaas veelal niet wordt gefinancierd. Dit komt doordat dergelijke prothesen in het verleden te veel zijn voorgeschreven zonder goede indicatiestelling. We moeten daarom nieuwe criteria opstellen, zodat verzekeringsmaatschappijen wel bereid zijn deze hulpmiddelen te betalen.’ De elektronische knie heeft alweer een opvolger, die overigens nog niet op de markt is. Het betreft de zogeheten Power Knee, die dankzij een sterke interne motor – deze zit niet in de huidige elektronische knieën – tevens strekkrachten genereert die het lopen vergemakkelijken. Met minder inspanning is het dan mogelijk een trap of helling op te lopen of vanuit een stoel op te staan.

Bionische arm

Een andere interessante nieuwkomer vindt Geertzen de neuro-armprothese. Deze bionische arm reageert op prikkels van borstspieren, die via een operatie in verbinding zijn gebracht met de uiteinden van zenuwen in de bovenarmstomp. De drager hoeft alleen aan een arm-, hand- of vingerbeweging te denken, waarna de zenuwsignalen via een computer in de prothese de zes motoren in gang brengen. Hoewel de bewegingen redelijk nauwkeurig en snel zijn, zijn de mogelijkheden nog beperkt en is de techniek ontzettend duur, benadrukt de Groningse hoogleraar. Bovendien weegt zo’n arm maar liefst zes kilo. Toch verwacht hij dat de neuroprothese de toekomst zal worden.

Hersenschors

Die mening is ook prof. dr. Hans Rietman toegedaan. Hij is hoogleraar revalidatiegeneeskunde en technologie aan de UTWente en werkt tevens als revalidatiearts/onderzoeker bij Roessingh Research & Development in Enschede. >

‘Niet iedere patiënt zit te wachten op die technologische hoogstandjes.’



> Hij zegt dat de prothesetechniek al ver genoeg gevorderd is om bijvoorbeeld vingers selectief te kunnen bewegen, maar dat de aansturing vanuit het lichaam nog onvoldoende is om die mogelijkheden te benutten. ‘Via die borstspieren, die je voor dit doel moet trainen, is het nu mogelijk acht tot negen bewegingen tegelijkertijd aan te sturen. Hoewel dit nog experimenteel is, wordt er ook al aan een volgende stap gewerkt. Wil je namelijk meer differentiatie aanbren- gen in de arm- en handbewegingen, dan zul je de prothese direct vanuit de zenuwvezels in de zenuw of zelfs vanuit de hersenschors moeten aansturen, waarbij micro-elektroden in die hersenen de aansluiting op de prothese ver- zorgen. Dit is voor de praktijk nog sciencefiction, maar in de Verenigde Staten worden al experimenten gedaan met dergelijke systemen. Daarmee kunnen de proefpersonen via hun gedachten bijvoorbeeld een cursor op een beeldscherm laten bewegen. In de verre toekomst zal het mogelijk zijn om zo ook prothe- sen nauwkeuriger aan te sturen.’

Stimulator

Neuroprothesen zijn volgens Rietman belangrijk voor de toekomst van de orthesiologie. In dat geval worden dan geen orthesen aangestuurd, maar de spieren van verlamde of verzwakte ledematen. Al geruime tijd zijn er experi- menten gedaan met elektroden op de huid, maar deze methode werkt te grof, waardoor spieren snel vermoeid raken. Er worden nu systemen ontwikkeld waarbij elektroden en een stimulator – een soort pacemaker – de gewenste zenuwen apart stimuleren. Een uitwendige processor zorgt voor de juiste coördinatie en de selectieve aanspanning van de spieren. Rietman denkt dat directe aansturing vanuit de hersenen ook hierbij uiteindelijk de beste oplos- sing zal bieden. ‘Er moeten nog zeer veel problemen worden overwonnen,

maar in de toekomst zouden wellicht zelfs dwarslaesiepatiënten weer kunnen lopen als deze techniek verder is geëvolueerd.’

Oseo-integratie

Naast elektronische aansturing van prothesen en van verlamde spieren, ziet Geertzen nog een andere belangrijke aanwinst op het gebied van prothesen. Hij doelt op oseo-integratie, een Zweedse vondst waarbij de prothese wordt vastgeklikt op een titanium pin die in het bovenbeen of in de bovenarm is geïmplantéerd en vastgegroeid. Geertzen zegt dat de eerste publicaties daar- over veelbelovend zijn. Groot voordeel is dat de prothese niet meer beweegt ten opzichte van de stomp. Nadeel is dat hiervoor een operatie nodig is, met kans op infecties. Ook kan de titanium pin tijdens gebruik loslaten. Rietman benadrukt dat bij alle nieuwe ontwikkelingen telkens goed moet worden nagedacht voor welke doelgroep ze geschikt zijn. ‘Bovendien zit niet iedere patiënt te wachten op die technologische hoogstandjes. Niet volledig uitontwikkelde technieken zijn veelal storingsgevoelig en voor de patiënt dus relatief onbetrouwbaar. Het belangrijkste is dat wij ons als klinici en technici blijven realiseren dat een patiënt de keuze niet alleen maakt op basis van de technische mogelijkheden, maar ook nadenkt over wat hij of zij daarmee wil gaan doen en hoeveel het gaat kosten. Bij die keuze spelen effectiviteit, betrouwbaarheid, comfort, cosmetiek en eventuele risico's van een ingreep en duur van ziekenhuisopnames of revalidatie een belangrijke rol.’

Domotica

Geertzen juicht evenals Rietman de komst van hightech hulpmiddelen toe. Wel constateert hij dat de industrie zich vrijwel uitsluitend richt op jonge geamputeerden die verder gezond zijn, terwijl ongeveer 90 procent van de geamputeerde mensen ouder is dan 65 jaar. Deze ouderen hebben volgens hem minder profijt van al die nieuwe ontwikkelingen omdat zij vaak meerde- re medische problemen hebben, bijvoorbeeld met hun hart, bloedvaten of longen. ‘Voor hen heeft de industrie minder oog. Die doelgroep is minder sexy. Kijk maar naar de folders. Daarin staan mooie jonge mensen met een prothese en niet de patiënten die wij in onze spreekkamers zien.’ Geertzen weet dat veel prothesen voor mensen met een hoge amputatie in de kast belanden. Het lopen daarmee kost namelijk vreselijk veel energie. Elleboogkrukken zijn in dat geval soms een betere oplossing, zegt hij. ‘Ik denk dat we voor ouderen ook meer de omgeving moeten aanpassen. Met domoti- ca, waarbij in een woning veel elektronisch en computergestuurd is, maak je het voor hen veel gemakkelijker. Maatwerk is het sleutelwoord voor de toe- komst.’

Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

Veel locaties onder één paraplu

Door John Ekkelboom



Patiënten: 3000 per jaar
 Medewerkers: 600
 Revalidatieartsen: 27
 Vrijwilligers: 30
 Bedden: 82
 Poliklinische Revalidatiebehandeluren (RBU's)
 126.500 per jaar
 Klinische Revalidatiebehandeluren (RBU's)
 49.000 per jaar

Foto's: John Ekkelboom

Hans Borgsteede wil voor het interview het liefst naar de locatie Delft komen. Dat is niet de hoofdvestiging van **Sophia Revalidatie**, maar hij heeft daar vanmiddag een vergadering. Als lid van de Raad van Bestuur, die hij samen met kinderrevalidatiearts Eric Boldingh bemant, reist hij regelmatig de verschillende locaties af. Op dit moment zijn dat er vijf, in Gouda, Delft en Den Haag, waar ook de hoofdlocatie is gevestigd. In Zoetermeer hoopt Sophia Revalidatie over enkele jaren een apart onderkomen in 't Lange Land Ziekenhuis te krijgen.

Borgsteede: 'De multilocatievorm is een belangrijk kenmerk van ons centrum. Gezamenlijk bedienen we een gebied met circa 1,4 miljoen mensen. Ongeveer 8 procent van de revalidatiegeneeskundige behandelingen in Nederland gebeurt bij ons. Verder houden onze revalidatieartsen onder meer spreekuur in alle ziekenhuizen en veel verpleeghuizen. Onder de paraplu van het Leids Universitair Medisch Centrum hebben we permanent acht assistenten in opleiding. We zijn dus een grote opleider.'

Sophia Revalidatie is vernoemd naar de eerste echtgenote van koning Willem III. Na haar dood in 1877 werd geld bijeengebracht, waarmee drie jaar later de Sophia Stichting kon worden opgericht. De stichting opende een tehuis voor kinderen van minvermogens in Scheveningen. Deze kinderen leefden destijds in barre omstandigheden in steden en konden aan zee even op adem komen. In de loop van de vorige eeuw groeide de stichting uit tot een volledig revalidatiecentrum voor volwassenen en kinderen, dat zich in 1990 in het voormalige Haagse Bethlehemziekenhuis vestigde en later fuseerde met het Delftse revalidatiecentrum. 'Het Haagse gebouw is nu veel te klein en bovendien versleten. Daarom gaan we ter vervanging van die locatie op het terrein van het HagaZiekenhuis **nieuwbouw** plegen. Eind

2010 hebben we daar een centrum van 15.000 vierkante meter, waarin een klinische afdeling komt met 90 bedden.'

Bij Sophia Revalidatie zijn alle vormen van revalidatie vertegenwoordigd. Als groeiende aandachtsgebieden noemt Borgsteede de revalidatie van hart- en ALS-patiënten en van mensen met niet-aangeboren hersenletsel of ernstig handletsel. Voor deze doelgroepen zijn gespecialiseerde teams in het leven geroepen. Trots is de bestuurder ook op de nieuwe gangbeeldanalyse in Delft, waarmee het looppatroon van patiënten wordt geanalyseerd. 'Eveneens bijzonder op deze locatie is de **CVA-keten** waarin we samenwerken met het ziekenhuis en de verpleeghuizen in Delft. Dankzij deze ketenzorg krijgt iedere CVA-patiënt voortaan de juiste therapie op het juiste moment op de juiste plek. Bij overdracht reist het dossier met de patiënt mee. Nu is dat nog een papieren versie, maar we willen zo snel mogelijk overstappen op een elektronische.'

Cliënttevredenheid is een belangrijk speerpunt voor Sophia Revalidatie, zegt Borgsteede. Hij licht toe dat patiënten niet alleen te spreken moeten zijn over de behandeling zelf, maar ook over de dienstverlening. Zo staan er, net zoals in hotels, kaarten op de nachtkastjes waarop patiënten hun opmerkingen en hun wensen voor het verbeteren van die dienstverlening kunnen noteren. 'Ook proberen we zoveel mogelijk rekening te houden met de sterk groeiende groep allochtonen. De verschillende culturen vergen een verschillende benadering. Daarom hebben we sinds kort speciaal voor deze doelgroep een medewerker aangetrokken, die allochtone patiënten helpt bij problemen met taal en cultuur. Dat werkt erg goed.'

Veel is bekend over de lichamelijke en psychische aspecten die een rol spelen bij revalidatie na hersenletsel. Dat geldt in mindere mate voor de waarnemingsproblemen die na bijvoorbeeld een beroerte vaak optreden. 'De specialistische kennis in de revalidatie is op dit punt nog onvoldoende', zegt Mirjam den Oudendam van Sensis. • Door René Bremer

Meer aandacht voor waarnemingsproblemen bij hersenletsel

Wel kijken, maar niet

Het aantal mensen dat wordt getroffen door een hersenbloeding of -infarct stijgt. Daarnaast lopen jaarlijks velen een hersenbeschadiging op door een ongeval of tumor. Ook organisaties in de visuele sector, zoals Sensis en Visio, worden steeds vaker geconfronteerd met cliënten met niet-aangeboren hersenletsel. Want vaak brengt hersenletsel ook visuele complicaties met zich mee. Het verband tussen de hersenen en de ogen lijkt logisch, want visuele informatie kan op veel verschillende plekken in de hersenen worden verwerkt. Toch is hier nog niet altijd genoeg aandacht voor en worden waarnemingsproblemen bij hersenletsel nogal eens over het hoofd gezien.

Vreemde taal

De visuele gevolgen van een hersenbeschadiging zijn dan ook moeilijk te begrijpen. Ook als een oogarts aangeeft dat er niets mis is met de ogen, kan iemand toch ernstige waarnemingsproblemen hebben. Dat komt door het verschil tussen kijken en zien. Het eerste gebeurt met de ogen, het tweede met de hersenen. Als de hersenen de visuele informatie niet goed verwerken, kan iemand technisch gezien goed kijken maar begrijpt hij niet wat hij ziet. Het is als met een vreemde taal: je hoort wat er gezegd wordt, maar je verstaat er niets van. Marjolein Dik, neuropsycholoog bij Visio: 'Het blijkt dat er veel soorten klachten zijn. Bij de een is iets aangetast in zowel het oog als de hersenen, bij de ander gaat het alleen om de hersenen. Sommigen herkennen geen voorwerpen meer, anderen zijn hun ruimtelijke oriëntatie kwijt. Heel belangrijk is daarom een zorgvuldige diagnose, met een visueel functieonderzoek en een neuropsychologisch onderzoek. Zo brengen we in kaart waar de uitval zit en kunnen we aangeven welke behandeling het beste is.'

Voelsprietten

Bij revalidatiecentra en -afdelingen van ziekenhuizen wordt neglect doorgaans wel onderkend. Iemand met neglect is zich niet bewust van een

bepaald deel van de ruimte, bijvoorbeeld het linkerdeel van zijn gezichtsveld. Hij botst daardoor bijvoorbeeld tegen dingen aan of vergeet de linkerkant van zijn boterham op te eten. Neglect komt vrij vaak voor na een beroerte. Maar er kan ook sprake zijn van een zeldzamer probleem. Ergotherapeut Mirjam den Oudendam van Sensis noemt een voorbeeld: 'Iemand kan wel lezen en loopt moeiteloos rond zonder te botsen. Maar hij ziet niet wat er op tafel ligt en herkent geen gezichten van zijn familieleden. Onderzoek wijst vervolgens uit dat het ruimtelijk inzicht niet is gestoord, maar wel de gezichts- en objectherkenning.' Sensis heeft vier multidisciplinaire NAH-expertiseteams. Den Oudendam is lid van het expertiseteam in Breda en onderhoudt contact met het plaatselijke revalidatiecentrum: 'Zodra zij denken dat er mogelijk een visueel probleem is, word ik erbij gehaald. Binnen de revalidatiecentra en -afdelingen is te weinig specialistische kennis aanwezig, dus is het belangrijk om voelsprietten te ontwikkelen voor visuele problemen. Hoe sneller Visio of Sensis wordt ingeschakeld, hoe beter het is.'

Sterke punten

Den Oudendam: 'Bij het geringste vermoeden van een visueel probleem komen we graag even kijken. Als het inderdaad zo is, kunnen we van grote meerwaarde zijn in de behandeling en begeleiding, naast de huidige behandelaren. En als er geen sprake is van een visueel probleem, zijn we ook zo weer weg. Zien is een complexe aangelegenheid, zeker in combinatie met niet-aangeboren hersenletsel. Het is dus belangrijk elkaars sterke punten te benutten.'

Visio en Sensis bundelden in 2005 hun kennis om een betere dienstverlening mogelijk te maken. De samenwerking richt zich op zorg, onderwijs en revalidatie voor mensen met een visuele of meervoudige beperking. Voor advies, informatie en contactgegevens: kijk op www.sensis.nl en www.visio.nl.

zien

Uit de praktijk

Mirjam den Oudendammer, Sensis: 'Een mevrouw met een hersenaandoening mocht na revalidatie naar huis. Daar merkte ze dat ze haar tijdschriften niet meer kon lezen. De loeplamp die de oogarts haar gaf, bracht geen verbetering. Uiteindelijk, inmiddels zeven jaar na de beroerte, werd mevrouw naar Sensis verwezen. Uitgebreid onderzoek bracht aan het licht dat haar hersenen niet te veel verschillende informatie tegelijkertijd aankunnen. Een tekst in een plaatje kon ze niet lezen. En tijdens het lezen gingen haar ogen willekeurig van de ene naar de andere kolom. Toen we de problemen in kaart hadden, konden we haar eenvoudig helpen. Met zwarte tekst op wit papier heeft ze geen probleem. En in plaats van een leesloep heeft ze nu een standaard kader, waarbinnen ze prima kan lezen.'

Foto: Inge Handbrink

COLUMN



Wanneer zijn we compleet?

Hangt onze levenskwaliteit af van een perfect functionerend lichaam? Je zou vaak denken dat we het werkelijk geloven. Dat zie je ook in de revalidatie. Wie ledematen mist, moet ze weer aangemeten krijgen. Wie in een rolstoel terecht komt, moet liefst weer leren lopen. Een compleet mens met een compleet bestaan heeft kennelijk een compleet lichaam.

Niet voor de collega zonder onderbenen die ik ooit had op de marketingafdeling van een Amerikaans bedrijf. O ja, hij had protheses, en door die te dragen zou hij veel completer lijken. Maar daar had hij maling aan. Op zijn stompjes lopen ging sneller en voelde voor hem natuurlijker aan. Zijn lichaam was voor hem compleet.

Heather Mills – u weet wel, de bijna-ex van Paul McCartney – bewees dat je een man ook op één been miljoenen kunt ontfutselen. Waarvoor mijn oprechte dank. Niemand die zo snel vastgeroeste vooroordelen heeft doorbroken als zij. Boven mijn bureau hangt een prachtige foto. Daarop slentert Heather door Londen met een Guccitas om haar schouder waar frivool drie onderbeenprotheses uitsteken. De eerste heeft een Manolo Blahnik-hak. De tweede is voor *Dancing with the stars*. En de laatste is om met blote voeten op het strand naar schelpen te zoeken. Een bevrijdend plaatje.

Het complete lichaam als grote geluksbrenger. Het is, net als onze ideeën over de perfecte relatie, een mythe waarmee we opgroeien. Daarvoor hoef ik alleen maar naar mijn mooie vriendinnen te kijken. Ook in 'complete' lichamen wordt heel wat afgetobd.

Wanneer zijn we compleet? Ik weet het niet, maar ik denk dat het vaak juist onze incompleetheid is – op welk vlak dan ook – die ons als mens completer kan maken. 'Kijk Annemarie', zei een van mijn vriendinnen laatst. 'Ik beséef helemaal niet dat ik kan lopen en dat ik al die andere dingen kan. Iets dat vanzelfsprekend is verliest betekenis.' En juist die betekenis maakt ons rijk als mens.

Annemarie Postma

Eind 2006 promoveerde revalidatiearts Rob Smeets op een onderzoek naar de behandeling van lage rugpijn. Hij ging na welke van drie behandelingen het meeste effect heeft. Het onderzoek leverde verrassende resultaten op. Zo bleek het niet verstandig om standaard een gecombineerde therapie aan te bieden, zoals gebruikelijk is.

Revalidatiearts/onderzoeker Rob Smeets:

‘Laat de revalidant zelf zijn rugbehandeling kiezen’

In het onderzoek van Rob Smeets bleken alle drie de behandelingen bij 45 tot 50% van de revalidanten succesvol te zijn: zij ondervonden, ook op langere termijn, aanzienlijk minder beperkingen. Ten opzichte van de reguliere behandeling wordt de score in het onderzoek gedrukt doordat ook mensen zijn meegeteld die afhaakten, bijvoorbeeld wegens ziekte of een gebrek aan motivatie. De score wordt verder gedrukt doordat in het onderzoek mensen niet vooraf zijn gescreend op geschiktheid voor een bepaalde behandeling. Dit is in de dagelijkse praktijk wel gebruikelijk. Een belangrijke uitkomst van het onderzoek is dat de verwachting van de revalidant vooraf, samen met de sterkte van zijn geloof in de behandeling, invloed heeft op het eindresultaat. In totaal bepaalde dit 3 tot 11% van het succes van de behandeling. Voor een groot deel – 65 tot 80% – is nog onduidelijk wat het succes bepaalde. Daarvoor is nader onderzoek nodig. Maar zeker is dus dat het óók belangrijk is om na te gaan of een behandeling een revalidant aanspreekt, en of hij of zij er dus vertrouwen in heeft.

Vertalen

Rob Smeets krijgt vaak de vraag hoe je resultaten die worden gevonden in een onderzoekssetting nou zinvol kunt vertalen naar de praktijk. De onderzoekssetting is immers altijd anders dan de werkelijkheid. ‘Je moet érgens beginnen’, antwoordt Smeets. ‘In een onderzoek wordt verwacht dat je zuivere meetresultaten behaalt, waardoor je soms wel in een gekunstelde situatie móet werken. Zo hebben we in mijn onderzoek de revalidanten at random ingedeeld bij de drie behandelvormen. Zo’n behandelvorm bestond uit een strak geprotocolleerd programma, dat niet met de werkelijke praktijk overeenkomt. De revalidant heeft hierin geen keuzevrijheid gehad, dus kan het best zijn dat hij in een programma terecht is gekomen dat niet goed bij hem paste. Als onderzoeker moet je je dan afvragen of de behandelresultaten beter zouden zijn geweest als de revalidant zélf die keuze had mogen maken. En hoe het zou zijn als het team de revalidant eerst had onderzocht en hem had verwezen naar het programma dat het best bij hem paste.’

Verder onderzoeken

‘We bieden op dit moment met zijn allen zóveel behandelvormen aan voor lage rugklachten dat we niet voldoende de diepte ingaan met onderzoek. Ik pleit ervoor om het aanbod klein te houden en de bestaande behandelmethoden aan te passen, verder te onderzoeken en te verbeteren. Ik zou voorzichtig willen omgaan met nieuwe behandelmethoden en ze pas aanbieden als ze wetenschappelijk onderzocht zijn. Mijn onderzoek geeft nog zoveel aanleiding tot verfijning. Bijvoorbeeld over het fysieke programma: daarin wordt een serie van dertig trainingen aangeboden. Je kunt je afvragen of je wellicht ook hetzelfde resultaat kunt boeken met vijftien trainingen. En je kunt je afvragen of en hoe we de aangeboden behandeling kunnen matchen met de verwachtingen van de revalidant. Een mogelijkheid is om vooraf uitgebreid uitleg te geven over het idee achter de behandeling. Ook kunnen we meer energie steken in het voorbereiden van een revalidant op de behandeling, door bijvoorbeeld motiverende gesprekstechnieken toe te passen.’

Zelf keuzes maken

‘Eigenlijk zijn we in de praktijk nog steeds erg aanbodgericht bezig. De tijd is rijp om revalidanten zelf keuzes te laten maken die aansluiten bij hen als persoon. Iemand die erg fysiek is ingesteld, kiest dan bijvoorbeeld de fysieke training. Een belemmerende factor is hier dat het heel moeilijk is om de zuivere hulpvraag boven tafel te krijgen. Als hulpverlener sturen we de hulpvraag al snel naar ons aanbod. Kom je dan uit op de juiste behandelkeuze?’ Smeets vindt het allerbelangrijkste dat professionals kritisch blijven kijken naar hun eigen handelen. ‘Het verhoogt de kwaliteit van onze zorg alleen maar. We kunnen nog wel even vooruit met de discussiestof die mijn onderzoek heeft opgeleverd. Dat vind ik waardevol: blijven discussiëren en doorgaan met verdiepen van onze kennis door onderzoek.’

*Anja Mertens, communicatiemedewerker Libra Zorggroep
(amertens@librazorggroep.nl)*



Foto: Inge Honedriink

Hyperbare zuurstoftherapie bij cerebrale parese

In navolging van onder andere de VS krijgt hyperbare zuurstoftherapie bij kinderen met cerebrale parese in Nederland steeds meer media-aandacht. Op enkele plaatsen wordt de therapie al aangeboden. Ouders hebben er hoge verwachtingen van, want er worden spectaculaire verbeteringen gemeld. In dit artikel een waarschuwing uit wetenschappelijke hoek: het effect is alles behalve bewezen.

Cerebrale parese is een hersenbeschadiging die ontstaat rond de geboorte. Kinderen zijn hierdoor spastisch en ze kunnen daarnaast allerlei andere beperkingen hebben, zoals geheugen- of gedragsproblemen. In de revalidatie is cerebrale parese een veel voorkomende diagnose.

Hyperbare zuurstoftherapie betekent dat 100% zuurstof wordt toegediend onder een twee- tot driemaal hogere atmosferische druk. Door de hoge druk neemt de zuurstofspanning in de aderen en weefsels toe, wat een genezend effect kan hebben. Hyperbare therapie wordt daarom al langer met succes toegepast bij onder meer duikersziekte en moeilijk genezende wonden. Zo'n vijftien jaar geleden ging men de therapie toepassen bij hersenaandoeningen; ook – op verzoek van veel ouders – bij kinderen met cerebrale parese. De gedachte is dat door hyperbare zuurstoftherapie 'slappende' gebieden rond de hersenbeschadiging worden 'gewekt', waardoor de hersenen beter gaan functioneren en het kind minder belemmeringen ondervindt. Het is nu de vraag wat de wetenschap hierover heeft te melden.

In Canada is onderzoek gedaan naar de werking van hyperbare zuurstoftherapie bij kinderen met cerebrale parese. De controlegroep kreeg een schijnbehandeling – met zuurstof, maar zonder hoge druk. Het onderzoek liet verbetering zien, maar die verbetering gold zowel voor de onderzoeksgroep als voor de controlegroep. Dit zou kunnen samenhangen met wat het *powerful clinical trial effect* wordt genoemd. Door mee te doen aan zo'n studie ontstaan verwachtingen bij de ouders en dus ook bij het kind. Die verwachtingen zouden tot effecten kunnen leiden.

Het is logisch dat ouders alles willen doen voor de gezondheid van hun kind. Maar wetenschappelijk onderzoek onderschrijft dus zeker nog niet een positief effect van de hyperbare zuurstoftherapie bij cerebrale parese. Als dan toch in de pers en op het internet melding wordt gemaakt van wonderbaarlijke verbeteringen, heeft dat een duidelijk risico. Want hoewel mensen vaak denken 'baat het niet, dan schaadt het niet', toch kunnen bij hyperbare zuurstoftherapie wel degelijk ook schadelijke effecten optreden, zoals gehoor- of gezichtsproblemen of een epileptisch insult. Voorzichtigheid is dus geboden.

*Prof. dr. Paul Helders,
Wilhelmina Kinderziekenhuis-UMC Utrecht*

Het onderzoek

Rob Smeets is revalidatiearts bij revalidatiecentrum Blixembosch, een onderdeel van de Libra Zorggroep. Ook is hij voorzitter van de onderzoekscommissie van de Libra Zorggroep. In maart 2002 startte het onderzoek waarop hij promoveerde, Lobadis 3. Lobadis 3 maakte deel uit van een landelijk onderzoeksprogramma naar chronische lage rugpijn en werd gefinancierd door Zon/Mw en Blixembosch. De naam Lobadis staat voor *low back pain disability and rehabilitation strategy*. Lobadis 3 onderzocht de effecten van drie behandelmethoden voor mensen met beperkingen door chronische lage rugklachten: een fysieke, een cognitief-gedragstherapeutische en een gecombineerde behandeling.

U kunt het proefschrift van Rob Smeets downloaden via www.blixembosch.nl/actueel.

Revalidatie en re-integratie: partners of partijen?

De wereld van de zorg is in beweging. Marktwerking is het toverwoord dat bezit neemt van het 'zorgbedrijf'. Velen van ons kijken met gemengde gevoelens naar het strijdtoneel. Er is ongerustheid: hoe bewegen patiënt en kwaliteit van zorg zich over de assen van vraag en aanbod? Maar er is ook optimisme: door deze trend worden deuren geopend naar nieuwe mogelijkheden. Door verschuivingen in het traditionele werkveld kunnen we het patiëntbelang ongetwijfeld efficiënter dienen. Een voorbeeld van zo'n verschuiving zit in de factor werk. Er is een steeds luider wordende roep om arbeid een grotere rol te laten spelen binnen de revalidatie.

Werk is heel belangrijk voor de meeste mensen. Als zij klaar zijn met hun revalidatie hopen zij aan de slag te kunnen, in hun oude werk of in ander werk. Van oudsher is arbeid geen onderdeel van de revalidatie. Eerst revalideren en daarna is het vroeg genoeg om eens naar werk te kijken. Aparte re-integratiebureaus namen dit deel van de zorg op zich. Geleidelijk komt er echter meer aandacht voor een goede overgang tussen revalidatie en werk. Deze aandacht komt voort uit de behoefte aan ketenzorg. Bij marktgericht werken hoort een zorg die schotten weghaalt en mensen zonder omwegen brengt waar ze wezen willen. Daarbij hoort ook een goede, natuurlijke aansluiting tussen revalidatie en re-integratie. Dat biedt mensen met een gezondheidsprobleem de kans om mee te doen in de samenleving. Is dat niet waar het in de revalidatie om draait?

Er zijn her en der in het land initiatieven om arbeid een grotere plaats te geven in de revalidatie. In het netwerk Vroege Interventie bieden revalidatieteams hun expertise aan om mensen die uitvallen op hun werk terug te begeleiden naar dat werk. Het is een gunstige ontwikkeling, maar er is ook nog veel winst te behalen. Want de mensen die nu revalideren, krijgen doorgaans nog geen begeleiding naar werk. Om daarin verandering te brengen gaat Stichting Revalidatie Limburg binnenkort een arbeidspoli starten. In deze poli zullen revalidatiearts en re-integratiecoach hun expertise bundelen, om iedere cliënt een passend traject naar arbeid te kunnen bieden. Zij stellen dat traject samen op basis van een

voordeel van deze aanpak is bovendien de afstemming van revalidatie- en re-integratiedoelen: revalidatie helpt bij de terugkeer naar werk en werk helpt bij de revalidatie.

Het combineren van revalidatie en re-integratie biedt nieuwe financieringsmogelijkheden uit nieuwe markten. Werkgevers hebben veel belang bij een snelle en goede re-integratie van medewerkers met een arbeidsbeperking. Dit gegeven brengt de voorheen relatief gescheiden revalidatie- en re-integratieaanbieders als partners bijeen. Samen kunnen zij nieuwe markten betreden en bijvoorbeeld ook gaan bijdragen aan preventie van arbeidsongeschiktheid. De marktwerking

‘Het combineren van revalidatie en re-integratie biedt nieuwe financieringsmogelijkheden’

gecombineerd productaanbod van revalidatie en re-integratie zoals dit bestaat bij Hoensbroeck Revalidatiecentrum en Hoensbroeck Centrum voor Arbeidsperspectief.

Het is voor velen in de revalidatiesector nog een onwennige gedachte: iemand die revalideert en ondertussen ook de eerste stappen zet naar arbeid. Maar het is absoluut iets waar vraag naar is. Mensen willen als onderdeel van hun revalidatie werken aan hun terugkeer naar werk. Een groot

nodigt de revalidatiesector uit om in beweging te komen. Als creatieve professionals moeten we paden inslaan die nog niet eerder werden betreden en die, hoe onzeker en ongeplaveid ook, leiden naar een mooie toekomst. Voor ons, als zorginstellingen. Maar zeker ook voor onze klanten.

Raymond Clement, unitmanager Hoensbroeck Revalidatiecentrum, Hoensbroeck

Reacties zijn welkom op r.clement@srl.nl.

Jelle Ferwerda

Door Annelies van Lonkhuyzen

WERK > HOOFD KEUKEN BIJ DE SINT MAARTENSKLINIEK, EEN ZIEKENHUIS MET AFDELINGEN VOOR ORTHOPEDIE, REUMATOLOGIE EN REVALIDATIE IN NIJMEGEN **LEEFTIJD** > 37 JAAR **PRIVÉ** > GETROUWD, DRIE KINDEREN **HOBBY'S** > KOKEN, WIJN, MOUNTAINBIKEN, OP STAP MET DE KINDEREN **HEKEL AAN** > 'JA, MAAR...'

Jullie hebben een duidelijke visie op eten; wat houdt die in?

'Wij willen echt de patiënt centraal stellen, dus geven we zoveel mogelijk keuze. Dagelijks kunnen mensen kiezen uit verschillende menu's en componenten, ook wokgerechten. Patiënten mogen de maaltijd gebruiken in het restaurant of op hun kamer, wat ze willen. Voor de broodmaaltijden werken we met een serveerwagen, dat is ideaal. Patiënten kiezen uit verschillende soorten brood en beleg, 's middag is er soep: het is een hotelgevoel, het wordt ervaren als luxe. Toch kost ons eten niet meer dan elders. We eten 's avonds warm, want dat is wat de meeste mensen gewend zijn en prettig vinden. Het is ook rustiger, er is meer tijd. Maar als iemand graag tussen de middag warm wil eten, kan dat ook. We besteden aandacht aan de presentatie: we leggen een placemat onder het bord, we maken het bord mooi op en serveren er desgewenst een wijntje bij. We willen het eten aantrekkelijk maken, want het is voor veel mensen het hoogtepunt van de dag.'

Wat is jouw taak in het geheel?

'Ik regel alles om het koken heen. Ik maak de roosters, maak afspraken met leveranciers, verzorg de bestellingen, bewaak de prijs en de kwaliteit. Neem bijvoorbeeld aardappels: de ene aardappel is de andere niet en wij willen toch de beste aardappel. Met voeding blijf je altijd bezig. We praten ook veel met patiënten, bijvoorbeeld in patiënten-interviews. En onze koks eten mee op de afdeling. We willen graag horen wat we beter kunnen doen. Nu zijn we bezig met het invoeren van biologische producten en streekproducten. Verder gaan we



organiseren dat familieleden of vrienden kunnen mee-eten met patiënten, zodat ze weer eens gezellig samen aan tafel kunnen zitten.'

Instellingskeukens werken vaak niet zo klantgericht als ze zeggen te willen, omdat het op praktische bezwaren zou stuiten. Waarom kan het bij jullie wel?

'Ja, "het past niet in het proces", hoor je vaak. Maar je moet gewoon ergens beginnen en het doen. Het is een kwestie van organiseren. Ik kom zelf uit de horeca en daar krijg je dat mee: de gast staat voorop, die moet zich thuis voelen. Ik merk dat het wel begint door te druppelen in instellingen, maar er wordt nog veel te vaak gezegd dat iets niet kan. Wij kijken met ons team hoe het wél kan. Vorig jaar hebben we de Grootkeuken Award

gewonnen en we kregen als enige instelling het maximale aantal van vier sterren in de *Sterrengids voor Gastvrijheidszorg*. Dat is een prachtige erkenning, daar zijn we trots op. Maar de grootste voldoening blijft toch als je ziet hoe mensen genieten van het eten. Juist voor mensen die met een ziekte of handicap zijn opgenomen, is dat zó belangrijk.'

Zijn er ook lastige kanten aan je werk?

'Lastige kanten... nou nee, volgens mij heb ik de mooiste baan die er is! Het enige dat ik lastig vind, is dat het bij ons systeem niet altijd lukt om producten krokant te krijgen, zoals aardappels. Maar dat is voor mij dan weer een uitdaging, om verder te zoeken naar een oplossing. Want we blijven streven naar het allerbeste.'