

Behandelen met bewijs



- > Erkenning voor activiteitetherapie > Eén taal voor de kinderrevalidatie
- > Het gaat goed met revalidatieonderzoek > Samenwerking met universiteiten
- > Leren van ontwikkelingslanden > Pionieren met de logistiek

inhoud

RM³⁻⁰⁸

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

6> Berichten

7> Het gaat goed met het revalidatieonderzoek

De eerste onderzoeken uit het IIe Programma Revalidatieonderzoek zijn gestart.

8> Leren van ontwikkelingslanden

Nederlandse behandelaars delen kennis met ontwikkelingslanden, maar wat kunnen wij op ons beurt leren van die landen?

9> Column

Voeten.

10> Eén taal voor de kinderrevalidatie

Binnenkort verschijnt de Nederlandse vertaling van de classificatie ICF-CY.

11> 'Nu bleek dat ik me niet aanstelde'

Astrid van Lennep.

15> Het centrum

De Hoogstraat.

18> Samenwerking met universiteiten: steeds beter en steeds belangrijker

In de revalidatiesector werken universiteiten en revalidatiecentra nauw samen.

20> Het standpunt

Kinderen met niet-aangeboren hersenletsel: een stille epidemie.

21> Het werk

Haidy Ricket, planningsmedewerker.



4 >

Erkenning voor een mooi vak

De activiteitentherapie heeft een officiële status en eenduidigheid hard nodig, vindt de werkgroep van activiteitentherapeuten WAAR.

- Anne Merkie



< 12

Behandelen met of zonder bewijs

De revalidatiesector doet er veel aan om het eigen handelen te beschrijven en onderbouwen. Maar een op bewijs gebaseerde onderbouwing is binnen de revalidatie niet altijd mogelijk.

- John Ekkelboom

16 >



Pionieren met de logistiek

Revalidatie in Beweging, zo heet het in april gestarte project dat de logistiek rond revalidanten moet verbeteren. Wat doen de vier pilotcentra precies? RM sprak met de projectleiders.

- Adri Bolt

COLOFON *Revalidatie Magazine* is een uitgave van Revalidatie Nederland. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door een bijdrage van het Johanna Kinderfonds. **Uitgever** Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Uitgeverij, Karin Linden (www.bsl.nl) **Redactie** Frans van den Broek MHA (hoofdredacteur, Raad van Bestuur Rijnlands Revalidatie Centrum) • John Ekkelboom (journalistiek adviseur) • Drs. Annelies van Lonkhuyzen (eindredacteur) • Sjoerd Vegter MHA (hoofdredacteur, Raad van Bestuur De Trappenberg) **Raad van Advies** Prof.dr. Hans Arendzen (hoofd afdeling revalidatiegeneeskunde Leids Universitair Medisch Centrum) • Drs. Chiel Bos (directeur Zorg Verzekerings Nederland) • Gijbvert van Es (lid hoofdredactie NRC) • Drs. Henk van Exel (cardioloog Rijnlands Revalidatie Centrum) • Drs. Karin van der Aa (directeur Johanna Kinderfonds) • Dr. Frank Weller (longarts Astmacentrum Heideheuvel) **Redactieraad** Dr. Renata Klop (programmacoördinator ZonMw) • Judith Boot (kwaliteitsfunctionaris Sophia Revalidatie) • Drs. Hans Sloomman (revalidatiearts Stichting Heliomare) • Drs. Ria Zondervan (communicatieadviseur Revalidatiecentrum Amsterdam) **Redactieadres** Bohn Stafleu van Loghum • Odette Winter • Postbus 246, 3990 GA Houten • Telefoon (030) 638 37 66 • Fax (030) 638 39 91 • rm@bsl.nl **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 • **Abonnementsprijs** Jaarabonnement particulieren € 31,50 • Jaarabonnement Instellingen € 63,- • Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag • Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd • Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Uitgeverij, gedeponoerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 1 januari 2008. De voorwaarden staan op 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 • Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en na schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de standaard publicatievoorwaarden van Bohn Stafleu van Loghum BV, gedeponoerd 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 of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd. • ISSN 1382-6174

Nederlands
Uitgeversverbond
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

Erkenning voor een mooi

Activiteitentherapeuten streven naar beroepsvereniging

Het begon als activiteitenbegeleiding, gericht op ontspanning en afleiding van revalidanten. Het ontwikkelde zich tot activiteitentherapie, als onderdeel van de behandeling. Sommige revalidatiecentra hebben deze ontwikkeling al wel doorlopen, andere nog niet. Een officiële status en eenduidigheid van het vak zijn hoog nodig, vindt de WAAR (Werkgroep Activiteitentherapeuten en Activiteitenbegeleiders binnen de Revalidatie). • Door Anne Merkies

Binnen de revalidatie zijn ze nog steeds de vreemde eend in de bijt. De enige behandeldiscipline zonder eigen beroepsvereniging, opleiding, naam en beleid. Dat maakt dat hun positie niet overal even sterk is. Voor de WAAR is het reden om in actie te komen. Op 3 oktober wordt een landelijke themadag georganiseerd over de vraag hoe de beroepsgroep zich in de toekomst vertegenwoordigd wil zien. Voor WAAR-leden Ine Wagenaar en Dina Breuker is het in ieder geval zo klaar als een klontje. Als activiteitentherapeuten binnen de revalidatie overal dezelfde, sterke positie willen bekleden, zullen ze zich moeten verenigen in een officiële beroepsvereniging. Pas dan kun je zaken gaan standaardiseren en formaliseren en krijg je landelijk een eigen identiteit.

Revalidatiedoel

Dina Breuker, activiteitentherapeut bij De Vogellanden in Zwolle: 'Juist ook bij alle ontwikkelingen in de zorg, is het van belang dat je als vakgebied een sterke positie hebt en iedereen overtuigd is van jouw bijdrage aan de totale revalidatiebehandeling. Gelukkig is die overtuiging er binnen steeds meer centra. Bij ons zijn de activiteitentherapeuten al jaren lid van het multidisciplinaire behandelteam. Vanaf het begin zijn we bij de behandeling betrokken en denken we vanuit onze expertise mee over wat er nodig is voor een bepaalde revalidant. Met pijnrevalidanten werken we bijvoorbeeld toe naar gedragsverandering. Vaak zijn dat creatieve mensen die moeite hebben grenzen aan te geven en dus regelmatig te lang doorgaan. Dat is één van de oorzaken voor hun problemen. Middels creatieve activiteiten geven wij ze inzicht in hun gedrag en leren we ze een balans te zoeken in ontspanning en belasting. Hierdoor bereiken we een revalidatiedoel. Ook geeft het afleiding wanneer je bezig bent iets moois te maken, zowel lichamelijk als geestelijk. Het behandelen integreren we met het creatieve; iemand die aan het kleien is, traint zijn hand-/armfunctie. Daarnaast zijn revalidanten door hun handicap vaak onzeker over zichzelf, doordat dingen niet meer lukken. Als je dan iets anders vindt waar je goed in bent, groeit het zelfvertrouwen vanzelf.'

Opleiding

Ine Wagenaar werkt bij Stichting Revalidatie Geneeskunde Zeeland: 'De WAAR wil dus dat activiteitentherapeuten overal lid worden van het behandelteam. En we zouden graag nog meer zaken geformaliseerd zien, zoals de naam van het vak. Op veel plaatsen wordt nog gesproken over activiteitenbegeleiding, maar activiteitentherapie dekt de lading beter. Die naam laat ook zien dat het vak thuishoort in het rijtje van therapieën die samen de behandeling vormen.' Een andere grote wens is een eigen opleiding, en dan liefst een hbo-opleiding. Nu is er de hbo-opleiding SPH (sociaal-pedagogische hulpverlening), die is ontstaan na samenvoeging van een aantal hbo-opleidingen. 'Het is een vrij algemene opleiding, dus het zou mooi zijn als er een specialisatie activiteitentherapie bij komt. Vroeger waren activiteitentherapeuten bijna allemaal mbo'ers, maar de tendens is om steeds meer hbo'ers aan te nemen. Ik vind dat een goede ontwikkeling. Als hbo'er leer je bijvoorbeeld analytischer te denken, waardoor je vaak beter kunt verwoorden in een team waarom je in de behandeling bepaalde keuzes maakt. Het zou logisch zijn als activiteitentherapie een eigen hbo-opleiding zou hebben, net zoals fysio- of ergotherapie.'

Exposeren

Voordat al dit soort zaken zijn geregeld, is er nog een lange weg te gaan. Maar zoals Wagenaar zegt: 'Als we er niet in zouden geloven, zouden we er niet aan beginnen; aan een dood paard gaan we niet trekken.' Het is duidelijk dat beide activiteitentherapeuten houden van hun vak. 'Het is een prachtig vak,' zegt Breuker. 'Het mooiste vind ik dat we mensen ook kunnen helpen bij het zoeken naar een nieuwe, zinvolle dagbesteding. Zoals de revalidant die bij ons het wasschilderen ontdekte, zijn werk nu verkoopt en dit najaar voor het eerst exposeert. Revalidanten hebben ook nog plezier van ons vak als ze weer thuis zijn; dat is toch geweldig!'

Meer informatie over de themadag vindt u op www.revalidatienederland.nl, knoppen 'Actueel' en 'Revalidatie Magazine'; bij het septemnummer 'activiteitentherapie' aanklikken.



Dina Breuker (links): 'Het behandelen integreren we met het creatieve.'

Foto: Inge Hondbrink

'Altijd weer een feestje'

Daniëlle Poeisz (37 jaar) revalideert vanwege fibromyalgie, een aandoening die gepaard gaat met chronische pijn en vermoeidheid. 'Mijn zelfvertrouwen is gegroeid door de activiteitentherapie. Behalve dat ik er mooie dingen maak, leer ik ook hoe ik moet werken zonder dat ik nog meer pijn krijg of oververmoeid raak. Vroeger ging ik maar door, want alles moest meteen af. Nu kan ik tijdig stoppen om mijn lichaam rust te geven. Ik wissel zitten af met staan en let op mijn houding. Het is heerlijk om creatief bezig te zijn. Mij geeft het rust, afleiding en ontspanning waardoor ik niet steeds met mijn pijn bezig ben. Voor mijn revalidatie was ik altijd voor anderen bezig, dit doe ik voor mezelf en ik krijg er ook nog iets moois voor terug. Het is voor mij altijd weer een feestje om naar de activiteitentherapie te gaan.'

'Ik heb meteen een laptop aangeschaft'

Els Boshuis (51 jaar) heeft een hoge dwarslaesie en was onlangs opgenomen vanwege een doorligplekje. 'Negen maanden lang kon ik alleen maar liggen, omdat het plekje moest genezen. Ik moet er niet aan denken dat ik geen activiteitentherapie had gehad, want heel veel meer kun je niet in zo'n situatie. Met bed en al werd ik elke morgen naar de activiteitenruimte gereden. Er was altijd koffie en iemand om mee te praten. Ik vond het fijn om deel uit te maken van een groep. Ondertussen was ik bezig met borduurwerk en

schilderen. De activiteitentherapeuten leerden mij hoe ik dat liggend vanuit mijn bed het beste kon doen. Ook kreeg ik computerles. Eigenlijk wilde ik dat al langer, maar het was er nooit van gekomen. Het werken op de computer beviel me zo goed dat ik meteen maar een laptop heb aangeschaft, waar ik nu thuis nog dagelijks plezier van heb. Als ik terugkijk op mijn tijd in het revalidatiecentrum, is de activiteitentherapie voor mij heel belangrijk geweest.'

'Je zelfvertrouwen groeit'

Reynoud van Rappard (72 jaar) is door een CVA halfzijdig verlamd geraakt. Momenteel revalideert hij in dagbehandeling. 'Activiteitentherapie zou een vast onderdeel moeten zijn van de revalidatie. Het is geweldig dat je iets kunt maken waar een ander wat aan heeft. Je telt weer mee en het zelfvertrouwen groeit. Ook kreeg ik ineens een andere functie als opa toen ik voor mijn kleinkind een kinderkapstok had gemaakt. De opdracht van mijn andere dochter voor nog zo'n kapstokje volgde snel. Ik had gehoopt dat ik met mijn verlamde hand kon oefenen de figuurzaag vast te houden. Helaas lukte dat niet, maar ik leerde wel de slechte hand te combineren met de goede hand. Ik vond het uitdagend iets te kunnen maken, mijn strijdlust werd erdoor opgewekt. Je bent met iets bezig, het moet af. Andere therapieën zijn alleen gericht op herstel van functioneren. Bij activiteitentherapie kun je mensen ook nog iets meegeven.'

Lezersonderzoek RM

Wat vindt u van *Revalidatie Magazine*?

Geeft het blad de informatie die u zoekt?

Is het aantrekkelijk? Wat is goed en wat kan beter? Twee jaar nadat *RM* een andere opzet kreeg, met onder andere kleurendruk en meer journalistieke artikelen, wil de redactie graag weten hoe het de lezers bevalt.

Het invullen van de vragenlijst kost maar een paar minuten; de eerste vijftig reacties worden beloond met een eenvijfde Staatslot.

Ga naar www.revalidatienederland.nl, knoppen 'Actueel' en 'Revalidatie Magazine'.

HKZ-normen in zicht

Al langere tijd wordt gewerkt aan een HKZ-certificatieschema voor de revalidatie. Certificatie is een manier om zichtbaar te maken dat een zorginstelling intern de zaken goed op orde heeft, dat de cliënt centraal staat en dat de organisatie systematisch werkt aan verbetering van het zorgaanbod. De stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) ontwikkelt samen met belanghebbende partijen certificatieschema's. Naar verwachting wordt het schema voor de revalidatiesector in het najaar definitief vastgesteld. Meer informatie: www.revalidatienederland.nl en www.hkz.nl.

SER-advies AWBZ

De Sociaal Economische Raad (SER) heeft een advies uitgebracht over de toekomst van de AWBZ. Wat de SER betreft blijft een – weliswaar kleinere – AWBZ bestaan. De SER adviseerde het kabinet om pas in 2012 een nieuwe discussie te voeren over de omvang van de AWBZ en over mogelijke verdergaande overheveling van zorg naar WMO en Zorgverzekeringswet. In de tussentijd moet de werking van de huidige AWBZ worden verbeterd, onder meer door te komen tot een betere afbakening ervan. Een van de manieren waarop dit gebeurt, is overheveling van herstelgerichte zorg naar de Zorgverzekeringswet. Ook de kortdurende revalidatie in verpleeghuizen wordt overgeheveld. Het aanbod van revalidatieinstellingen valt al onder deze wet, zodat beide soorten instellingen onder één wet gaan vallen. Brancheorganisatie Revalidatie Nederland wil erop toezien dat voldoende geld meekomt uit de AWBZ om de verpleeghuisrevalidatie vanuit de Zorgverzekeringswet te bekostigen, om te voorkomen dat het gaat ten koste van het eigen revalidatiebudget. Het SER-advies vindt u op www.ser.nl, knoppen 'Publicaties' en 'Adviezen'.

Sportdag

Ruim 600 medewerkers van revalidatie-instellingen deden mee aan de Revalidatie Sportdag 2008, op 14 juni jl. De dag werd georganiseerd door de winnaar van de vorige sportdag, De Hoogstraat in Utrecht, en Revalidatie Nederland. Onder de titel *Olympic experience* konden mensen onder meer sumoworstelen en schermen, maar bijvoorbeeld ook meedoen aan workshops over kalligrafie en het maken van Chinese vliegers. Een team van Blixembosch uit Eindhoven won; daar zal dus de Revalidatie Sportdag 2010 plaatsvinden. De prijs voor het best verklede team ging naar een team van Groot Klimmendaal, dat rondliep als Chinese muur.



Foto: Ingrid Merkus

Kijkdag goed bezocht

Op 18 september vond de Revalidatie EPD Kijkdag plaats. Tijdens deze dag in Stadion Galgenwaard in Utrecht konden geïnteresseerden uit de revalidatiesector kennismaken met de basisversie van het Revalidatie EPD. Circa 300 mensen maakten van deze mogelijkheid gebruik. Ze woonden eerst een aantal presentaties bij en konden daarna zelf het EPD uitproberen in een daarvoor ingerichte ruimte met 50 laptops. De reacties waren zeer enthousiast. Vooral de

gebruiksvriendelijkheid van het EPD werd geroemd. Het Revalidatie EPD wordt in de tweede helft van 2008 doorontwikkeld en zal vanaf februari 2009 beschikbaar zijn. Een uitgebreid verslag van de kijkdag is binnenkort te vinden op www.revalidatie-epd.nl.

Revalidatie EPD
Elektronisch Patiëntendossier

Gezinnen gezocht

De Universiteit van Amsterdam, vakgroep pedagogische wetenschappen, is voor een onderzoek op zoek naar gezinnen waarvan een van de ouders een chronische ziekte heeft. Onderzocht wordt hoe de gezinnen functioneren en welke hulpbehoefte bestaat. Het doel hiervan is het ontwikkelen van een vragenlijst waarmee vroegtijdig kan worden ontdekt of jonge mantelzorgers hulp nodig hebben. Het onderzoek richt zich op gezinnen met thuiswonende kinderen tussen de twaalf en achttien jaar, waarvan een van de ouders langer dan een half jaar geleden te maken kreeg met een beroerte, dwarslaesie, parkinson, spierziekte, reuma, multiple sclerose of een hersenschudding. Onderzoekersmedewerkers nemen bij de gezinnen thuis verschillende vragenlijsten af. Het onderzoek wordt gedaan in samenwerking met Anne Visser-Meily, revalidatiearts bij De Hoogstraat in Utrecht. Als u meer wilt weten of een gezin wilt aanmelden, kunt u contact opnemen met hoofdonderzoeker Dominik Sieh, 020 – 525 1375, d.s.sieh@uva.nl.



Het gaat goed met het revalidatieonderzoek

Begin dit jaar gingen de eerste onderzoeken uit het IJe Programma Revalidatieonderzoek van start. Bovendien werd de financiering van het programma verder versterkt, waardoor meer onderzoek mogelijk wordt. Maar liefst zes fondsen betalen nu mee om de revalidatiepraktijk door middel van onderzoek verder te verbeteren. Een unieke situatie.

In 1998 startte het Stimuleringsprogramma Revalidatieonderzoek van ZonMw. Doel: de onderzoeksachterstand van de revalidatiegeneeskunde ten opzichte van andere medische vakgebieden verkleinen. Het stimuleringsprogramma was erg succesvol en leverde goed wetenschappelijk onderzoek op. Ook ontstond een stevige infrastructuur voor het uitvoeren van revalidatieonderzoek. Zo is de onderzoeksstaf uitgebreid, is het aantal leerstoelen sterk toegenomen en is een nauwe samenwerking ontstaan tussen universitaire centra en revalidatiecentra (zie pagina 18).

Drie projecten

Om de investeringen uit het stimuleringsprogramma niet verloren te laten gaan en verder te benutten, werd in 2006 het IJe Programma Revalidatieonderzoek opgezet. Het is uniek voor Nederland dat de zorg, het onderzoeksveld en fondsen in dit programma samenwerken zonder overheidssteun. Begin 2008 startten de eerste drie onderzoeksprojecten:

- Het EXPLICIT-stroke-onderzoek is gericht op mensen die door een CVA een verlamde arm hebben. Het onderzoek moet uitwijzen welk effect het vroegtijdig starten van intensieve therapie heeft op de verlamde arm. Daarnaast moet het onderzoek meer inzicht geven in de mechanismen die bepalend zijn voor het herstel van de arm- en handvaardigheid.
- Het tweede onderzoek richt zich op baby's, kinderen, jongeren en jongvolwassenen met cerebrale parese, een hersenbeschadiging met onder meer spasticiteit tot gevolg. De laatste jaren zijn verscheidene therapieën ontwikkeld voor het verbeteren van de bewegingsvaardigheden; onderzocht wordt welke therapie het meest bijdraagt aan het dagelijks functioneren.
- In het derde onderzoek gaat het om mensen met neuromusculaire aandoeningen, oftewel spierziekten. Gekeken wordt naar het effect van

lichamelijke training, gedragstherapie en een combinatie van beide op de symptomen van de ziekte, op het functioneren van patiënten en op de kwaliteit van leven.

Extra subsidie

Onlangs introduceerden het VSBfonds en het Fonds NutsOhra in aansluiting op het IJe Programma Revalidatieonderzoek een extra subsidieronde. In totaal is ruim twee miljoen euro beschikbaar gesteld, voor twee nieuwe onderzoeksprojecten. De fondsen steunen de doelstellingen van het programma: het verder versterken van het multidisciplinaire revalidatieonderzoek, ook door het in stand houden van de landelijke afstemming en van de opgebouwde infrastructuur voor onderzoek. Tot 1 oktober kunnen instellingen onderzoeksvoorstellen indienen.

*Jeroen Smale,
programmasecretaris ZonMw*

Het Stimuleringsprogramma Revalidatieonderzoek (1998-2005) bracht het wetenschappelijk onderzoek in de revalidatie serieus op gang, dankzij de unieke financiële inzet van het revalidatieveld zelf en steun van overheid en fondsen. Na het programma verviel de overheidssteun. Desondanks lukte het het revalidatieveld om het IJe Programma Revalidatieonderzoek op te zetten, nu alleen met steun van fondsen. Het Revalidatiefonds, het Prinses Beatrix Fonds, het Johanna Kinderfonds en het Kinderfonds Adriaanstiting deden mee. Ook die gezamenlijke inzet was uniek, omdat normaal gesproken de fondsen hun eigen projecten doen. Onlangs stelden ook het VSBfonds en het Fonds NutsOhra onderzoeksgeld beschikbaar. Meer informatie over het programma staat op www.zonmw.nl/revalidatieonderzoek.

De Nederlandse revalidatiesector beschikt over veel kennis. Daarom zijn er medewerkers van revalidatie-instellingen die zich inzetten voor projecten om onze kennis door te geven aan ontwikkelingslanden. Meestal doen ze dat op eigen initiatief, soms met steun van hun organisatie. Zo leren ontwikkelingslanden van ons, maar wat kunnen wij leren van ontwikkelingslanden? We vroegen het aan drie mensen die zijn betrokken bij een project dat door hun organisatie wordt gesteund.

Leren van ontwikkelingslanden



Over grenzen kijken

Revalidatie Tanzania bestaat uit een groep enthousiaste medewerkers van het Centrum voor Revalidatie UMCG. Doel is het overdragen van kennis over revalidatie. Twee keer werden series workshops gegeven aan een grote groep *senior nurses*, een derde serie is in voorbereiding. Een van de series ging bijvoorbeeld over slikstoornissen en het voorkomen van verslikingslongontsteking bij CVA-patiënten. In Tanzania is dit nog te vaak een doodsoorzaak.

Als je werkt in een land als Tanzania, zie je dat veel dingen die belangrijk zijn in de gezondheidszorg niets kosten. Een glimlach en een respectvolle benadering van patiënten doen al wonderen. Familiebanden zijn heel belangrijk, belangrijker dan individuele wensen, en ouderen zijn het centrum van de familie. In Nederland lijken we te zijn vergeten dat we kunnen leren van de ervaring van ouderen. Wat je ook goed merkt in Tanzania, is hoe belangrijk het is om in de revalidatie aan te sluiten bij de leefsituatie van mensen. De ene patiënt moet weer kunnen vissen in zijn bootje, de andere moet leren fietsen om weer groenten en fruit naar de markt te kunnen brengen. Rolstoel rijden is meestal niet mogelijk in verband met de zandpaden in de dorpen. Door dit te ervaren, krijg je meer oog voor lokale verschillen en individuele behoeftes. Lering voor in Nederland: zie de multiculturele maatschappij als een uitdaging, waarbij je over de grenzen van je eigen cultuur heen leert kijken en ook over grenzen binnen die cultuur, bijvoorbeeld Friezen versus Drenten en stadgers versus plattelanders. Buig je vooroordelen om in een open blik; revalidanten zullen ervan profiteren.

Marga Tepper,
revalidatiearts UMCG

Meer informatie: www.revalidatietanzania.org.



Kracht komt boven

In februari bezocht ik met een collega op uitnodiging van het Liliane Fonds Indonesië en de Filippijnen. De Hoogstraat helpt het Liliane Fonds bij onderzoek naar de kwaliteit en het resultaat van hun hulpverlening. Doel van onze reis was kennismaken met hun werk in de praktijk. Wat me het meest trof tijdens de reis, was wat sommige mensen weten te bereiken in een omgeving waarin weinig mogelijk lijkt. Misschien komt hun kracht wel juist dan naar boven.

Een voorbeeld hiervan is Tony Llanes uit de Filippijnen. Tony is blind. Hij bedacht met een blinde vriendin dat om kans te maken op de arbeidsmarkt computerkennis noodzaak is. Ze leerden zichzelf werken met computers met aangepaste programma's en richtten een school op. Er is een team blinde trainers, een leslokaal waar blinden cursussen Excel, Word en het maken van websites volgen. Ze hebben een bestuur met vertegenwoordigers van multinationals zoals IBM, die de school ook materieel ondersteunen en soms banen bieden. Het onbeschrijflijke enthousiasme en de gedrevenheid van Tony maakten indruk. Ik realiseerde me dat ICT voor mensen met een beperking kansrijker is dan ik tot nu toe besepte.

Ook merkte ik hoe inspirerend het is om mensen met een beperking te zien die succesvol zijn, en hoe belangrijk dat vooral ook is voor degenen die zelf een handicap hebben. Goed voorbeeld doet goed volgen! Ik vind daarom dat revalidatie-instellingen voorop moeten lopen bij het in dienst nemen van mensen met een beperking.

Mia Willems,
projectleider De Hoogstraat

*Het Liliane Fonds helpt kinderen en jongeren met een handicap in ontwikkelingslanden om een betere toekomst op te bouwen: www.lilianefonds.nl.
Informatie over de organisatie van Tony Llanes: www.atriev.org.ph.*



Iedereen helpt mee

Het Revalidatiecentrum Amsterdam (RCA) heeft een samenwerkingsovereenkomst met het Medisch Comité Nederland-Vietnam (MCNV) en de provincie Dak Lak in Vietnam. Voor de derde keer gaven dit jaar fysiotherapeuten en ergotherapeuten van het RCA een cursus aan plaatselijke gezondheidsprofessionals, voornamelijk fysiotherapeuten. Zij leerden hoe ze tijdens huisbezoeken bij patiënten met een dwarslaesie of CVA hun kennis kunnen overdragen aan *village health workers*, die met deze patiënten werken.

In Nederland hebben we een vrij goed zorgsysteem, waardoor mensen na een CVA of dwarslaesie meestal weer zelfstandig kunnen functioneren – met technische hulpmiddelen en zo nodig professionele hulp. Toch staan mensen er ook vaak alleen voor, omdat familie en vrienden druk zijn met zichzelf. Onze samenleving is individualistisch, en het zorgsysteem is daarop afgestemd. In Vietnam is de zorg anders georganiseerd. Daar helpen familie, vrienden en burens allemaal mee om iemand zo goed mogelijk te laten functioneren. Zo bezochten we een koffiehuis dat was opgezet met een microkrediet van MCNV. Er werken zowel mensen met een handicap als familieleden, die hen waar nodig assisteren. Zo kan iedereen toch zijn eigen geld verdienen. De cultuur heeft invloed op het zorgsysteem. In Nederland staat zelfstandigheid voorop; in Vietnam staat het functioneren binnen de gemeenschap voorop. Er zijn weinig technische hulpmiddelen, maar er is veel menselijke hulp. Als Nederlandse revalidatiecentra kunnen we naar mijn idee nog beter inspelen op de culturele achtergrond van onze revalidanten. We kunnen er meer rekening mee houden en ons voordeel ermee doen, door bijvoorbeeld gebruik te maken van familieverbanden.

*Ruth Wobma,
ergotherapeut RCA*

*Het Medisch Comité Nederland-Vietnam verleent medische hulp aan Vietnam.
Meer informatie: www.mcnv.nl, www.rcamsterdam.nl/hetrca.php?sid=145.*



Voeten

'Zo, mevrouw Postma heeft haar teennageltjes weer netjes gelakt, zie ik.' Karel, mijn fysiotherapeut, moet lachen. Mooie teennagels en al dertig jaar een zittend leven zijn beslist geen vanzelfsprekende combinatie. Het aantal keren dat ik teennagels verloor, is niet meer te tellen. De nagels zijn broos en hechten minder goed door het gebrek aan doorbloeding. En dan zwijg ik nog over de tenen. Er staat er nog steeds eentje triest in een knik, omdat ik hem tijdens mijn revalidatie brak toen ik tegen de verwarming aanreed en niet merkte dat ik mijn teen daarbij bezeerde. Sinds een aantal jaren gaat het goed, heb ik de tenen- en voetenboel onder controle. Dat vergt een voet-hofhouding. Mijn pedicure Patricia, Thaise voet-masseuse Yom en fysiotherapeut Karel zijn ankers in mijn leven. Vroeger besteedde ik alleen aandacht aan alles wat zich boven mijn middel bevond. Kocht leuke jasjes, föhnde ijverig mijn haar en investeerde veel tijd en geld in make-up. Onder de gordel maakte ik me er gemakkelijk vanaf. Ik droeg altijd dezelfde spijkerbroek en laarzen, mijn voeten verzorgen kwam niet in me op. Tot er problemen kwamen. Wondjes, loszittende nagels; mijn voeten schreeuwden erom gezien te worden. Dat waren harde lessen. Eén keer leidde een uit de hand gelopen wondje tot een bloedvergiftiging en ziekbed van zeven maanden. Ik heb geleerd dat het loont om mijn kwetsbare voeten met alle egards te behandelen. Voetmassage is ongelooflijk belangrijk voor mijn stofwisseling, ontspanning én voor de chemie in mijn hoofd. Ik blijf er helder en fit door, en verbaas me dat er een tijd was dat ik dacht dat wat het niet doet ook geen aandacht behoeft. Júist als je benen en voeten het niet doen, is het nodig om ze aandacht te geven. Vooral je voeten, want daarin zetelt een magische sleutel voor een goede gezondheid. Dat vergeten mensen die een zittend leven leiden nog wel eens.

Annemarie Postma

Eén taal voor de kinderrevalidatie

Spelen (d880)

d880 Deelname aan spelen

d8800 Alleen spelen

d8801 Kijken naar spelen

Doelgerichte en aanhoudende deelname aan activiteiten met objecten, speelgoed, materialen of spellen, zichzelf of samen met anderen bezighoudend. Zichzelf bezighouden in een doelgerichte en aanhoudende activiteit met objecten, speelgoed, materialen of spellen. Zichzelf bezighouden met doelgericht observeren van activiteiten van anderen met objecten, speelgoed, materiaal of spellen, maar zonder eigen deelname aan hun activiteiten. Deelnemen aan doelgerichte, aanhoudende activiteiten met objecten, materiaal of spellen, in aanwezigheid van anderen die ook spelen, maar zonder deel te nemen. Deelnemen aan doelgerichte, aanhoudende activiteiten met een gemeenschappelijk doel.

Binnenkort verschijnt de Nederlandse vertaling van de ICF-CY. Deze classificatie moet ertoe leiden dat in de kinderrevalidatie iedereen dezelfde termen gaat gebruiken, met als resultaat een betere communicatie. Het is nu aan de behandelteams om de classificatie ook echt te gaan gebruiken.

In 2001 publiceerde de World Health Organisation de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Het is de algemeen aanvaarde classificatie voor het beschrijven van het menselijk functioneren. De ICF levert een kader om een grote verscheidenheid aan informatie – bijvoorbeeld over diagnose, anatomische eigenschappen, beperkingen en functioneren – te coderen. Doordat duidelijk wordt gedefinieerd wat precies onder bepaalde begrippen wordt verstaan, ontstaat een gemeenschappelijke taal. Hierdoor wordt wereldwijde communicatie tussen behandelaren en wetenschappers mogelijk, maar bijvoorbeeld ook een betere communicatie tussen behandelaren en patiënten.

Anders

Omdat kinderen en jongeren anders functioneren en soms ook andere gezondheidsproblemen hebben dan volwassenen, was er behoefte aan een eigen classificatie. Dat werd de ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth), waarvan de Engelse versie vorig jaar is geïntroduceerd. De ICF-CY maakt het mogelijk om de kenmerken van het zich ontwikkelende kind en de invloed van de omgeving op het kind te beschrijven. De classificatie bestaat uit ongeveer 1700 codes, met bijbehorende beschrijvingen. Omdat de beschrijvingen gedetailleerd en heel concreet zijn, is volkomen duidelijk wat onder iedere code verstaan moet worden. In het buitenland wordt de ICF-CY al op verschillende manieren toegepast. De classificatie kan onder meer worden gebruikt om de verslaglegging door verschillende behandelaren over een kind goed af te stemmen, om behandeldoelen beter te laten aansluiten bij de behoeften van een gezin en om het effect van een bepaalde behandelinterventie eenduidig te beschrijven. Door de ICF-CY krijgt ook de kinderrevalidatie een gezamenlijke taal. Omdat de classificatie is gebaseerd op de ICF zitten beide classificaties op één lijn, wat de communicatie tussen volwassenenrevalidatie en kinderrevalidatie vergemakkelijkt.

Vertaling

Een dezer dagen komt de Nederlandse vertaling van de ICF-CY beschikbaar. Tijdens een invitationale conferentie eerder dit jaar bleek opnieuw dat er bij behandelaren en ouders veel behoefte bestaat aan een goede classificatie. Het is dus van belang dat de ICF-CY zo snel mogelijk zo breed mogelijk wordt ingevoerd. Het Landelijk Steunpunt Kinderrevalidatie en de vereniging van revalidatieartsen VRA bekijken de komende tijd hoe ze de invoering kunnen bevorderen, maar uiteindelijk is het aan de behandelteams. Als zij de classificatie daadwerkelijk gaan gebruiken, zal de behandelcommunicatie verbeteren en zullen behandelplannen nog beter en meer op maat worden. Een mooi doel om naar toe te werken!

*Bianca Nijhuis,
onderzoeker Universiteit Utrecht*

Dr. Bianca Nijhuis deed als onderdeel van het landelijke onderzoeksprogramma PERRIN, dat zich richt op kinderen met cerebrale parese, onderzoek naar samenwerking in de kinderrevalidatie (ProCP onderzoek). In haar onderzoek heeft zij de ICF-CY gebruikt om de inhoud van hulpvragen, kernproblemen en behandeldoelen te classificeren. De classificatie bleek daarvoor heel geschikt. Meer informatie over het onderzoek is te vinden op www.perrin.nl, knoppen 'Kenniss uit PERRIN' en 'Revalidatieprogramma's'.

De Nederlandse vertaling van de ICF-CY verschijnt in boekvorm bij Bohn Stafleu van Loghum: www.bsl.nl. Op 3 oktober organiseren het Landelijk Servicepunt Kinderrevalidatie en de Dutch-ACD een werkconferentie over de ICF-CY, bedoeld voor directieleden en managers van revalidatiecentra en mytilscholen. Meer informatie kan worden gegeven door [Marjet Veenstra: m.veenstra@revalidatie.nl](mailto:m.veenstra@revalidatie.nl).



Foto: Inge Hondbrink

‘Nu bleek dat ik me niet aanstelde’


Astrid van Lennep (42 jaar) kwam met haar man Johan terug van een vergadering op de school van hun zoon. Plotseling voelde ze iets knappen in haar hoofd, waarna een gigantische hoofdpijn opkwam die niet meer helemaal weg zou gaan. Pas twee dagen later bleek het om een bloeding tussen twee hersenvliezen te gaan; de pijnlijkste vorm van een hersenbloeding. • Door Inez Pelgröm

‘Diep van binnen weet je dat het niet goed is, maar dit gebeurde anderen. Ik zag mensen die een hersenbloeding hadden gehad, tijdens mijn werk als medisch secretaresse in het ziekenhuis. Nu overkwam het mij. De bloeding is die avond vanzelf gestopt. Dat is mijn redding geweest, want pas na twee dagen belandde ik in het ziekenhuis. Anders was ik er nu niet meer. Ik had enorme hoofdpijn. De dagen op de IC, de week in een prikkelarme ruimte en daarna op zaal beleefde ik in een roes. Na drie weken werd ik ontslagen. Ik mocht naar huis, maar kon niets. Ik had geen uitval; alle functies deden het nog, maar toch lukte zoveel niet. Lopen alleen al ging alsof ik dronken was. De neurochirurg vond dat ik niet moest zeuren en verder moest gaan met mijn leven.

Je zag niets aan me, dus ook mijn omgeving had allemaal verwachtingen van mij. Ik kon er niet aan voldoen, mijn lichaam werkte niet mee. Voorheen zat ik nooit stil, nu kon ik uren doelloos op de bank zitten. Mijn leidinggevende stelde toen na tweeënhalve maand revalidatie voor. Daar stond ik gelijk open voor. Ik wilde verder, en alleen lukte me dat niet. Ik zag het als mijn enige kans. Het eerste gesprek met de revalidatiearts was een enorme opluchting. Door het gepush uit mijn omgeving was ik zo aan mezelf gaan twijfelen. Nu bleek dat ik me niet aanstelde, er was echt iets niet goed in mijn hoofd.

Ik begon mijn revalidatie met een belastbaarheid van onder nul. Het was eerst dan ook veel praten, dat was heel intensief. De psycholoog en maatschappelijk werker hebben me bewust gemaakt van dingen. Zo kon ik nooit iets uit handen geven; nu kan ik beter loslaten. Ik heb nog steeds de drive om te presteren, maar ik heb wel geleerd daarin keuzes te maken. Naast die gesprekken begon ik met bewegingsagogie, ergo- en arbeidstherapie: één op één, want elke externe prikkel was teveel. Bij bewegingsagogie moest ik bijvoorbeeld met een bal stuiten om dat geluid weer te leren verdragen. Langzaam ging ik vooruit. Na een jaar was van beide kanten het gevoel dat ik de handvaten aangereikt had gekregen om zelf verder te kunnen.

Terugkeren naar werk was al die tijd mijn eerste prioriteit, nog belangrijker dan privé. Niemand snapte dat, maar op het revalidatiecentrum accepteerden ze het; ze zagen hoe belangrijk het voor mij was. Ik wilde mijn eigen pad uitstippelen en dat kon. Sinds november vorig jaar ben ik volledig hersteld verklaard op mijn werk. In een jaar tijd, dat vond ik wel knap van mezelf. Ik heb er gelukkig geen fysieke of geestelijke handicaps aan over gehouden. Toch moet ik rekening houden met mijn klachten. Een lage concentratie, prikkels die versterkt binnenkomen, vermoeidheid en continue hoofdpijn: het zal altijd blijven. Dat vind ik moeilijk, ik kan ook niet berusten in mijn situatie. Ik wil nog verder, maar ik geniet wel veel meer van wat ik nu heb.’



Dr. Olaf Verschuren, onderzoeker van Kenniscentrum Revalidatie-geneeskunde Utrecht, locatie revalidatiecentrum De Hoogstraat: 'Na mijn opleiding kinderfysiotherapie dacht ik dat ik op mijn vakgebied wel alles zou weten. Dat was toch niet het geval. Ik kwam er snel achter dat er op veel vragen geen antwoorden zijn. Er moet nog heel wat worden uitgezocht. Het leek me leuk en interessant om daaraan mijn steentje bij te dragen. Daarom ben ik het onderzoek ingedoken. Mijn onderzoek, waarop ik eind vorig jaar ben gepromoveerd, richtte zich op kinderen met een cerebrale parese, in de volksmond ook wel spastische kinderen genoemd. Lange tijd is gedacht dat sporten voor deze kinderen niet goed is, omdat hun spasticiteit daardoor zou toenemen. Enkele jaren geleden is aangetoond dat dit niet zo is. De volgende vraag is dan wat er gebeurt als je gericht gaat trainen. Dat ben ik gaan uitzoeken door deze kinderen een schooljaar lang een fitnessprogramma aan te bieden en het resultaat ervan te vergelijken met dat van een controlegroep zonder zo'n programma. Het bleek dat de kinderen uit de fitnessgroep fitter werden, meer gingen deelnemen aan buitenschoolse activiteiten en meer kwaliteit van leven hadden. Nu gaan we, dankzij subsidie van de Phelps stichting, het programma op veertien mytylscholen invoeren. Daarvoor ga ik al die scholen af. Ik vind dat je het als onderzoeker verplicht bent om behandelaars tekst en uitleg te geven. Dat waarderen ze ook heel erg. Alleen publiceren in internationale tijdschriften is onvoldoende.'

Met behandelkaders, -programma's en -richtlijnen probeert de revalidatiezorg zijn handelen helder te omschrijven en de kwaliteit ervan te verbeteren. Therapieën moeten evidence-based worden, gebaseerd op bewijs, zodat revalidanten de optimale zorg krijgen. Maar een dergelijke onderbouwing is binnen de revalidatie niet altijd mogelijk. • Door John Ekkelboom

Behandelen met of zonder bewijs

Buitenstaanders willen graag weten wat ze precies van een behandeling in een revalidatiecentrum of op een revalidatieafdeling in een ziekenhuis kunnen verwachten. Bovendien vinden ze het belangrijk dat zo'n revalidatie-instelling ook de optimale therapie geeft die voor een aandoening op dat moment voorhanden is. Om aan die wensen tegemoet te komen is de revalidatiesector, mede op verzoek van de zorgverzekeraars, druk bezig met de ontwikkeling van behandelkaders. Deze behandelkaders geven per diagnosegroep weer wat de behandel mogelijkheden en -vereisten zijn. Drie zijn er gereed, voor cognitieve revalidatie, pijnrevalidatie en beroerte, en een aantal staat nog op stapel. Verder zijn multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld en probeert ieder revalidatiecentrum zelf behandelprogramma's vorm en inhoud te geven, zodat die goed aansluiten op zowel de nationale uitgangspunten als de lokale situatie en behoeften.

Advies CvZ

Loes Swaan juicht deze ontwikkeling toe. Zij is revalidatiearts van De Trappenberg in Huizen en voorzitter van de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland, van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). 'We willen eenduidigheid in waar we het met z'n allen over hebben. Iemand die bijvoorbeeld door z'n rug gaat en enkele weken later weer aan het werk kan, behoort niet tot de groep die wij behandelen. Het is belangrijk dat we goed aangeven over welke mensen we het hebben. We moeten streven naar transparantie.' Dat ook de buitenwereld inmiddels rekening houdt met die kaders, bleek onlangs uit een uitspraak van het College voor zorgverzekeringen (CvZ). De zaak waarover dit college zich moest buigen, betrof een pijnpatiënt die volgens Hoensbroeck Revalidatiecentrum klinische behan-

deling nodig had. Omdat de zorgverzekeraar poliklinische hulp afdoende vond, weigerde hij voor de opname te betalen. Het geschil werd voorgelegd aan het CvZ. Dit adviseerde om het behandelkader pijnrevalidatie als leidraad te nemen en uit te zoeken of klinische behandeling alsnog vergoed dient te worden. De uitspraak moet nog volgen. Swaan, die nauw betrokken is geweest bij de ontwikkeling van dit behandelkader, is blij dat de revalidatiesector serieus wordt genomen mede dankzij zo'n kader.

Kwaliteit

Ook Marieke Paping beschouwt behandelkaders als een grote aanwinst in het afgrenzen van het handelen van de revalidatiesector. Zij is revalidatiearts in Rijndam revalidatiecentrum in Rotterdam en voorzitter van de Werkgroep Amputatie en Prothesiologie van de VRA. Deze werkgroep is bezig met de ontwikkeling van een behandelkader voor beenamputaties. Volgens Paping bevordert zo'n kader de kwaliteit, omdat duidelijk wordt welke eisen worden gesteld aan behandelaars van mensen met een beenamputatie. Ook wordt duidelijk voor welke categorieën amputatiepatiënten welke mate van specialisatie nodig is. Verder wordt het voor verpleeghuizen inzichtelijker aan welke voorwaarden een behandeling van amputatiepatiënten moet voldoen.

Inhoud

Omschrijven behandelkaders de omstandigheden die nodig zijn voor revalidatie, richtlijnen gaan over de inhoud van de behandeling. Op dit moment zijn er circa 25 richtlijnen die in de revalidatiegeneeskunde worden gebruikt. Daarvan zijn er enkele door de VRA opgesteld, in samenwerking met andere medische disciplines. Voorbeelden zijn de richtlijnen voor het >

‘Wetenschap en ervaring vullen elkaar mooi aan’



Foto: Inge Hondelink / Locatie: Roessingh Research and Development

> complex regionaal pijnsyndroom type I (CRPS I), voor neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel, en voor diagnostiek en behandeling van kinderen met spastische cerebrale parese. Er zijn meer richtlijnen in ontwikkeling. Het streven bij al die richtlijnen is de therapie zoveel mogelijk evidence-based te maken. Toch is dat lang niet altijd mogelijk, zegt Paping. ‘Er komen binnen de revalidatiegeneeskunde wel steeds meer wetenschappelijke onderzoeken. Daarom zullen we ook vaker evidence-based gaan werken. Maar waar bewijs ontbreekt, moeten we blijven handelen op basis van best practice.’

Geen keurslijf

Behandelingen die uitsluitend zijn gebaseerd op deskundigheid en ervaring, kunnen wel degelijk waardevol zijn, benadrukt Swaan. Als voorbeeld noemt ze dat ervaring leert dat bij pijn soms een klinische behandeling beter is dan een poliklinische. ‘Hoewel daar geen enkel wetenschappelijk bewijs voor is, kun je aannemen dat een patiënt daarbij meer is gebaat. Je handelt dan op basis van gezamenlijke deskundigheid op dit vakgebied. Dit is wel volgens het laagste niveau van bewijskracht binnen de richtlijnen, maar zeker zinvol. Wetenschap en ervaring vullen elkaar mooi aan. Richtlijnen mogen ook niet als een keurslijf fungeren. Je moet er altijd van kunnen afwijken, als je maar argumenten geeft waarom je dat doet.’

Het halen van bewijs uit onderzoek is ook lang niet altijd mogelijk, zegt de Huizense revalidatiearts. Zeker wanneer het gaat om ‘dubbelblind gerandomiseerde’ studies. Ze licht toe dat het doorgaans heel lastig is om twee

behandelmethode met elkaar te vergelijken, ook omdat de problematiek binnen een patiëntengroep complex en uiteenlopend is. Nog ingewikkelder vindt ze het om voor vergelijkend onderzoek de ene groep wel te behandelen en een controlegroep niet. ‘Je gaat patiënten met een CVA geen therapie onthouden om ze voor een studie te vergelijken met een groep die je wel behandelt. Dat is ethisch onaanvaardbaar.’

Onderzoekslaboratorium

Ook bij de ontwikkeling van behandelprogramma's streven revalidatiecentra ernaar die programma's met bewijs te onderbouwen. Maarten van Egmond, fysiotherapeut op de dwarslaesieafdeling in het Revalidatiecentrum Amsterdam (RCA), heeft zich beziggehouden met de herziening van het behandelprogramma van zijn afdeling. De centrale vraag was of de bestaande behandeling van dwarslaesiepatiënten in het RCA nog effectiever en efficiënter kan. Voor dat onderzoek kreeg Van Egmond steun van het eigen onderzoekslaboratorium. ‘We proberen alles zoveel mogelijk met wetenschap te staven. Waar dat niet lukt, verantwoorden wij waarom we het op de manier doen die ons het beste lijkt. Want naast wetenschappelijk onderzoek zijn ook kennis en ervaring van de professional en de waarden en voorkeur van de revalidant van groot belang voor de gekozen aanpak. Zo is er geen wetenschappelijk bewijs dat doorbewegen spasticiteit bij dwarslaesiepatiënten vermindert, maar er zijn wel veel revalidanten die aangeven dat ze er baat bij hebben. Ook dat soort effecten proberen we inzichtelijk te maken.’

Modules

De volgende stap die de dwarslaesieafdeling van het RCA nu zet, is het ontwikkelen en toevoegen van modules aan het behandelprogramma, zoals rolstoelvaardigheden, persoonlijke verzorging, lopen en belasting/belastbaarheid. Daarin staat precies wat een behandelaar moet doen. Elke module krijgt een of twee behandelaars als ‘eigenaren’, die de module bewaken en actualiseren volgens de laatste inzichten. Van Egmond verwacht dat deze benadering ten goede komt aan de revalidanten. ‘Op deze wijze gaan fysiotherapeuten, ergotherapeuten, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers zich specialiseren, waardoor hun kennis toeneemt. Ook wordt het voor revalidanten duidelijker waar onze aandachtspunten liggen. Wel moeten we ervoor waken dat we niet te veel volgens een vast stramien gaan werken. Er zal ruimte moeten blijven om iemand individueel te kunnen volgen en aan zijn of haar vragen tegemoet te komen. Uiteindelijk moeten alle vernieuwingen ten goede komen aan de revalidant.’

Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

Revalidatiezorg in de diepte

Door John Ekkelboom



Klinische revalidanten per jaar:
60 kinderen en 420 volwassenen

Poliklinische revalidanten per jaar:
600 kinderen en 1.600 volwassenen

Medewerkers: 650

Revalidatieartsen: 28

Bedden: 133

Klinische Revalidatiebehandeluren (RBU's)
per jaar: 68.000

Poliklinische Revalidatiebehandeluren (RBU's)
per jaar: 100.000

Trots legt directeur Evert van Amerongen het boek *60 jaar revalidatiecentrum De Hoogstraat* op tafel, dat onlangs ter gelegenheid van dit jubileum werd uitgegeven. 'Daarin staat niet alleen de historie van ons centrum beschreven, maar ook hoe ons vak tot ontwikkeling kwam. Die ontwikkeling begon in Huize **De Hoogstraat** in de bossen van Leersum.' Het boek vermeldt dat minister van Sociale Zaken Willem Drees destijds het initiatief nam om het centrum op te richten. Hij wilde ook mensen met een handicap een kans geven weer aan het werk te gaan om in hun levensonderhoud te kunnen voorzien.

De Hoogstraat verliet twintig jaar geleden de bossen, om zich in de stad Utrecht te vestigen, midden in de maatschappij. Inmiddels is het centrum volgens Van Amerongen, die vier jaar na die verhuizing aantrad als directeur, uitgegroeid tot een modern instituut. Als belangrijke ontwikkeling noemt hij de **ketenzorg**. 'We hebben een samenhangend regionaal netwerk van revalidatiecentrum, ziekenhuizen en zorginstellingen opgebouwd, waar revalidanten terecht kunnen voor poliklinische consulten en klinische en poliklinische behandelingen. Zo kunnen mensen zorg dichtbij huis krijgen en houden wij de professionele deskundigheid op peil.'

Wetenschappelijk onderzoek is volgens Van Amerongen essentieel om de expertise verder te ontwikkelen. Hij benadrukt dat De Hoogstraat voor de diepte van het vak heeft gekozen: topzorg op academisch niveau. Er is een nauwe samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Utrecht,

waarmee in 2003 het **Kenniscentrum** Revalidatiegeneeskunde Utrecht werd opgericht. De Hoogstraat concentreert zich op vier onderzoekslijnen: CVA-revalidatie, dwarslaesierevalidatie, revalidatie van neuromusculaire ziekten en kinderrevalidatie. Van Amerongen: 'Vorig jaar heeft het kenniscentrum 56 *peer reviewed* artikelen en vier promovendi afgeleverd en 2,2 miljoen euro aan meerjarensubsidies binnengehaald.' In onderzoek en behandeling is het belangrijk om de resultaten te meten. Daarom heeft De Hoogstraat de afgelopen jaren de Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation (USER) ontwikkeld. De directeur vertelt dat onderzoek heeft aangetoond dat dit een betrouwbaar instrument is. 'Als alle centra in het land het nu gaan gebruiken, kunnen we de resultaten met elkaar vergelijken en als revalidatiebranche daar veel van leren.'

De Hoogstraat wil zo klantgericht mogelijk werken. Dit heeft onder andere geleid tot cursussen **Eigen Regie**, waarbij revalidanten worden voorbereid op het zelf managen van hun leven na ontslag uit het revalidatiecentrum. Alle medewerkers van De Hoogstraat leren de zelfredzaamheid van revalidanten te bevorderen. Het actief betrekken van de medewerkers bij dergelijke innovaties en het prettige sociale klimaat in het centrum hebben ertoe bijgedragen dat zij hun werk met veel plezier doen. Bij enquêtes onder medewerkers, die in 2006 en in 2008 in de revalidatiecentra in de vier grote steden werden gehouden, eindigde De Hoogstraat telkens hoog. Van Amerongen, die 1 oktober 2008 met pensioen gaat, kan De Hoogstraat dan ook met een gerust hart aan zijn opvolger Rob Beuse overdragen.

Pionieren met de logistiek

Revalidatie in Beweging, zo heet het in april gestarte ZonMw-project dat de logistiek rond revalidanten moet verbeteren. Wat doen de vier pilotcentra precies, en wat willen ze daarmee bereiken? RM sprak met de projectleiders. • Door Adri Bolt



Heliomare

Stichting Heliomare werkt aan de doorstroom van mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Op dit moment wordt onderzocht of het mogelijk is om eerder behandeldoelen concreter en daarmee direct aansluitend op de ontslagcriteria te bepalen. Vervolgens kan daar gericht naar worden toegewerkt en kan eerder een ontslagdatum worden vastgesteld. Clustermanager Albert Burger: 'Daarbij staat de vraag centraal wat nodig is om een patiënt weer veilig thuis te laten functioneren. En wat er moet gebeuren als dat niet meer gaat lukken.' Het resultaat moet zijn: meer duidelijkheid voor zowel patiënt als voor de doorverwijzende ziekenhuizen, én een efficiënter zorgproces. Ketenafspraken die Heliomare maakte met enkele doorverwijzende ziekenhuizen waren de aanleiding om hieraan te gaan werken. In die afspraken legt het revalidatiecentrum zich vast op de termijn waarbinnen uit die ziekenhuizen ontslagen CVA-patiënten opgenomen worden. 'We willen een betrouwbare en waardevolle ketenpartner zijn, dat is ook goed voor onze concurrentiepositie. Daarom wilden we de logistiek aanpakken, niet alleen voor CVA-patiënten maar voor de hele NAH-groep. Op dit moment onderzoeken we of er groepen patiënten onderscheiden kunnen worden die in grote lijnen hetzelfde programma doorlopen. Dit zou nieuwe inzichten kunnen opleveren voor het organiseren van deze zorgtrajecten.' Door deze mogelijke veranderingen wordt het revalidatietraject er niet minder patiëntgericht op, denkt Burger. 'Het is zaak om de patiënt te volgen in zo'n traject, en daarbij in te spelen op ontwikkelingen en eventuele knelpunten die zich voordoen.'

Jan van Breemen Instituut

Het Jan van Breemen Instituut richt zich op de logistiek rond chronische pijn. 'Ons voornaamste doel is het verminderen van de lange wachttijden,' vertelt Willemine Beuving. Zij is revalidatiearts en coördinator van het pijnmanagementteam. Het revalidatiecentrum heeft een 'ouderwetse procesinrichting' met veel verschillende wachtlijsten, vertelt Beuving. De wachttijd voor behandeling kan zelfs oplopen tot negen maanden. Eén van de doelen is om dat terug te brengen tot vier weken. 'Daarnaast willen we het behandeltraject beter inzichtelijk maken voor patiënten. Onder andere door de verschillende behandelaars gelijktijdig te laten starten, zodat wachtlijsten binnen het behandelproces verdwijnen. Als het proces dat de patiënt doorloopt logischer wordt, verbetert daarmee ook de kwaliteit van de behandeling. En dat leidt tot meer tevredenheid bij patiënten.' Maar ook de effectiviteit van de organisatie moet erop vooruit gaan. 'De huidige praktijk van ad hoc plannen moet verdwijnen. Bij een inzichtelijke procesinrichting kan vooruit gepland worden.' Die efficiëntere, beter gestroomlijnde organisatie kan ervoor zorgen dat revalidanten minder snel afspraken afzeggen, verwacht Beuving. 'Mensen zeggen vaker af omdat afspraken op de heel korte termijn gemaakt worden, en omdat veel afspraken afgezegd worden wordt de planning weer meer ad hoc. Mede hierdoor halen behandelaars hun targets met moeite.' Het eerste deel van het jaar is gebruikt om te onderzoeken waar de knelpunten zitten. 'Vanaf september gaan we aan oplossingen denken. We gaan de wachttijd voor een eerste afspraak bij de revalidatiearts drastisch inkorten en daarnaast gaan we de interne processen logischer inrichten.'

Het programma Revalidatie in Beweging van ZonMw moet leiden tot aanzienlijke verbeteringen in de organisatie van revalidantenstromen. In 2008 doen vier revalidatiecentra mee aan een intensief programma; allemaal werken zij eraan om de doelmatigheid van de behandeling van een bepaalde revalidantengroep met 5% te verbeteren en de wachttijden sterk te reduceren. Ofwel: ze willen meer mensen sneller behandelen met dezelfde middelen. In 2009 krijgen de overige revalidatiecentra de kans om hieraan te werken. Daarbij wordt gebruikgemaakt van de resultaten uit de eerste fase. Revalidatie in Beweging wordt uitgevoerd door CC Zorgadviseurs en Prismant. Het programma is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS en Revalidatie Nederland. Meer informatie: www.revalidatieinbeweging.nl.



Illustraties: Roel Seidell

Rijndam revalidatiecentrum

‘Maatwerk standaardiseren, dat is de richting die we op moeten’, stelt Paul Verburg, divisie manager volwassenenrevalidatie. Daarbij richt Rijndam revalidatiecentrum zich in het kader van Revalidatie in Beweging op dwarslaesiepatiënten. ‘Wij stellen ons als doel de ligduur te verkorten met tenminste 5%, met behoud van het behandelresultaat. Dit betekent onder andere dat we kritisch moeten kijken naar de inzet van behandelcapaciteit. Een betere benutting van de behandelcapaciteit resulteert in minder gaten in de behandelroosters. Daarmee moet de gevoelde werkdruk bij behandelaren afnemen, terwijl de productie toeneemt. Al met al een stevige uitdaging.’ Het revalidatiecentrum gaat de laatste maanden van het jaar werken aan zinvolle interventies: ‘We zullen meer moeten standaardiseren. Daarbij moet ook de ontslagdatum eerder bekend zijn, en vervolgens het behandeltraject zich daarop richten.’ Om de uitstroom te verbeteren zal ‘nog nadrukkelijker’ worden gewerkt aan het tijdig regelen van nazorg. ‘Bijvoorbeeld door strakkere afspraken te maken met andere instellingen.’ Verder wordt gewerkt aan een naadloze overgang van klinische naar poliklinische behandeling. Bij Rijndam liep al een eigen ‘doorbraakproject’, waarin de eerste diagnostische fase direct na opname van dwarslaesiepatiënten efficiënter is gemaakt. ‘We zochten naar patronen in de observatie en diagnostiek. Vervolgens is een aantal standaard observatieprogramma’s geduid, niet lettend op de inhoud maar puur op de benodigde behandelcapaciteit. Kort geleden zijn we begonnen met het laten instromen van patiënten in deze standaardprogramma’s.’ Ook elders in de organisatie werkt Rijndam aan de logistiek: ‘We hebben al langer de overtuiging dat er iets fundamenteel moet veranderen in de manier waarop we de zorg organiseren.’

De Hoogstraat

De Hoogstraat richt zich net als Heliomare op revalidanten met een CVA. ‘Allereerst willen we mensen sneller opnemen’, vertelt teammanager Ger Scholtens. ‘Ze moeten na aanmelding bij De Hoogstraat binnen zeven dagen kunnen gaan revalideren.’ Een belangrijk verbeterpunt daarbij is uitbreiding van het aantal dagen waarop opnames plaatsvinden. ‘In de praktijk kan dat vaak maar op twee werkdagen.’ Verder wil De Hoogstraat toe naar een afgebakende behandelduur. ‘We willen dat mensen maximaal drie maanden intensieve dagelijkse klinische of poliklinische revalidatie krijgen. Daartoe gaan we waarschijnlijk werken met vaste modules: in inhoud, maar ook in tijd. Mogelijk gaan we naar samenhangende pakketten van modules van zes weken, waarbinnen de afspraken met de verschillende behandelaars vastliggen. Dat zou voor tachtig procent van de behandeling moeten kunnen. Daarnaast blijft er natuurlijk ruimte voor maatwerk.’ Belangrijk element in de nieuwe modules wordt waarschijnlijk het groepsgewijs werken. ‘We willen onderzoeken of we dat vaker kunnen doen. En daarbij mogelijk zelfs revalidanten met verschillende diagnoses samenbrengen.’ Het resultaat wordt: meer duidelijkheid naar de revalidant, meer efficiëntie en ontlasting van de therapeuten. ‘De door hen ervaren werkdruk mag in elk geval niet hoger worden.’ En een betere kwaliteit van de behandeling? ‘Dat verwachten we zeker van zo’n beter samenhangend en intensiever traject.’

Meestal is er weinig samenwerking tussen universiteiten en zorgaanbieders zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen. Dat is erg jammer, want door samen op te trekken kan onderzoek beter aansluiten op de praktijk en de praktijk versterken. Een academiseringsovereenkomst bevordert de samenwerking. De revalidatiesector is hier ver mee.

Samenwerking met universiteiten: steeds beter en steeds belangrijker

Academiseren wil zeggen dat wetenschappelijk onderzoek een vaste plaats krijgt in de zorgpraktijk. De revalidatiesector loopt in de zorg voorop als het om academiseren gaat. ZonMw faciliteert de academisering door met geld en deskundigheid bij te dragen aan programma's voor revalidatieonderzoek (zie pagina 7). Het doel van de programma's is tweeledig: zorgen dat onderzoeksvragen voortkomen uit de zorgpraktijk en zorgen dat onderzoeksresultaten beter vertaald worden naar die praktijk.

UMC en revalidatiecentrum

Academisering van revalidatiecentra is gebaseerd op afspraken over onderzoek en patiëntenzorg van die centra met een universiteit, doorgaans met een universitair medisch centrum (UMC). Om de academisering te bevorderen, heeft een werkgroep van ZonMw een model opgesteld voor een academiseringsovereenkomst. Volgens dit model worden in zo'n overeenkomst ten minste afspraken gemaakt over vier onderwerpen: onderzoeksthema's, voorzieningen, personele zaken en administratieve zaken. In de afgelopen jaren zijn overeenkomsten gesloten tussen negen universiteiten enerzijds en veertien van de vierentwintig revalidatiecentra anderzijds. Alle acht UMC's doen mee. Acht van de negen universiteiten kregen een hoogleraar revalidatiegeneeskunde; één post is onvervuld. De afgelopen tijd kregen de universiteiten en centra een vragenlijst voorgelegd, om na te gaan in hoeverre de gemaakte afspraken ook werkelijk zijn nageleefd en welke barrières organisaties hebben ervaren bij het naleven van hun afspraken. Acht universiteiten en twaalf centra hebben de vragenlijst ingevuld.

Uit de behandelpraktijk

Het blijkt dat de samenwerkende organisaties geregeld overleg hebben over de onderzoeksthema's en over lopend onderzoek. Meestal houdt de hoogleraar hierover contact met het bestuur of met de onderzoekscoördinatoren van het revalidatiecentrum. De frequentie varieert: van halfjaarlijks tot incidenteel op indicatie. Daarnaast overlegt de hoogleraar met onderzoekers en medische staf. Bijeenkomsten van wetenschappelijke commissies vinden meestal maandelijks plaats, naast nog andere overleggen in kleinere commissies. Dit heeft regelmatig geleid tot onderzoekslijnen en -projecten waarbij onderzoeksvragen afkomstig zijn uit de behandelpraktijk van het revalidatiecentrum. Het verschilt hoe ver revalidatiecentra hierin zijn: sommige centra hebben nog geen ervaring met het formuleren van klinische onderzoeksvragen, maar voor veel andere centra is dat inmiddels gewoon aan het worden. Revalidatiecentra met een sterke wetenschappelijke drive hebben al een eigen onderzoeksstaf.

Uitwisseling

Bijna alle centra en universiteiten werken met nul- of deeltijdaanstellingen voor onderzoeksmedewerkers. Doordat hun tijd flexibel ingevuld kan worden, is uitwisseling van personeel mogelijk. Mensen kunnen dus kennismaken met beide culturen. Alle organisaties vinden deze personele uitwisseling bepalend voor de kwaliteit van de samenwerking. Wat ook veel gebeurt en wat ook goed is voor de samenwerking, is dat de universiteiten revalidatiecentra wetenschappelijk ondersteunen bij onderzoek. In ongeveer de helft van de gevallen staat daar een financiële vergoeding tegenover. Meestal maken de centra ook gebruik van andere voorzieningen van de universiteit,



Foto: Inge Hondelink / Locatie Kenniscentrum Maartenskliek

zoals de wetenschappelijke bibliotheek. De centra maken nog weinig of geen gebruik van expertise van de universiteit bij het invoeren van onderzoeksresultaten in de behandelpraktijk.

Barrières

Er zijn factoren die het naleven van de afspraken uit de academiseringsovereenkomst belemmeren. Zo wordt de fysieke afstand tussen universiteit en revalidatiecentrum vaak als belemmerend ervaren. Als een universiteit al een samenwerkingsrelatie heeft met een centrum, kan het lastig zijn voor een nieuw centrum om ook aansluiting te vinden. Er zijn dan immers al afspraken gemaakt, bijvoorbeeld over onderzoeksthema's. Daarnaast heeft de universiteit natuurlijk zijn eigen speerpunten, evenals de grote revalidatiecentra: dat kan wringen. Ondanks dit soort barrières zijn de universiteiten en de centra positief over de samenwerking. Centra met een academiseringsovereenkomst doen ook beduidend meer onderzoek samen met de universiteit dan centra die zo'n overeenkomst niet hebben. Bijna alle overeenkomsten zijn inmiddels verlengd, omdat beide partijen hiervan het belang inzien. Waar niet is verlengd, was het beoogde eindresultaat van de samenwerking bereikt of bleek de fysieke afstand tussen centrum en universiteit te groot. In dat laatste geval werden nieuwe overeenkomsten binnen de regio afgesloten.

Betere patiëntenzorg

De organisaties met een academiseringsovereenkomst zien er dus zeker de meerwaarde van. Maar de grote vraag is natuurlijk of de overeenkomsten ook opleveren wat ze uiteindelijk moeten opleveren: betere patiëntenzorg. Het is moeilijk om deze vraag nu al te beantwoorden; over tien jaar weten

we meer. Wel is duidelijk dat dankzij de overeenkomsten de dominantie van de universiteiten in het revalidatieonderzoek is verdwenen. Er wordt meer én praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek gedaan; de onderzoeksagenda wordt mede bepaald door vragen uit de praktijk. Behandelaars krijgen antwoorden op de vragen die ze in hun werk tegenkomen. Het klimaat in de revalidatiecentra met een overeenkomst lijkt te veranderen: vragen stellen over de eigen werkmethoden en zoeken naar onderbouwing wordt steeds gebruikelijker. Dat alles draagt bij aan betere patiëntenzorg: het dagelijks handelen wordt wetenschappelijk onderbouwd.

Verbeteren

Een academiseringsovereenkomst versterkt de brug tussen wetenschap en praktijk. Dat is winst. De partners moeten daarbij wel een gelijkwaardige inbreng blijven houden, en wederzijdse belangstelling. Het gaat er niet alleen om dat behandelaars uit de revalidatie kennis maken met wetenschappelijk onderzoek; zeker zo belangrijk is het dat onderzoekers praktijkgevoelig worden. Voor revalidatie-instellingen is het academiseren essentieel omdat er steeds meer nadruk komt te liggen op evidence-based werken. En, ook belangrijk: de samenwerking geeft uiting aan de wens van het centrum om wetenschap te bedrijven. Voor behandelaars kan het interessant zijn om juist bij zo'n centrum te werken. Maar bij dat alles blijft het doel van academisering altijd hetzelfde: de revalidatiebehandeling verbeteren, zodat mensen die moeten revalideren beter kunnen functioneren en de kwaliteit van hun leven toeneemt.

*Marijke Mootz, adviseur gezondheidsonderzoek ZonMw,
Jeroen Smale, programmasecretaris ZonMw*

Kinderen met niet-aangeboren hersenletsel: een stille epidemie

Al enkele jaren verkondig ik de boodschap dat er een stille epidemie heerst in Nederland: de epidemie van kinderen en jongeren met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). De epidemie treft kinderen met alle gradaties van hersenletsel, maar vooral degenen met de matige en lichte letsels, zeker als er geen sprake is van uiterlijk zichtbare problemen. Veel van deze kinderen komen terecht in het medische circuit, maar systematische follow-up vindt meestal niet plaats. Dat is echter wel nodig. Doordat de ontwikkeling van het kindbrein zich in fasen voltrekt kan het namelijk gebeuren dat er aanvankelijk niets aan de hand lijkt, maar dat zich jaren later alsnog problemen manifesteren. Het is slechts weinig professionals, leerkrachten of ouders gegeven om een relatie te leggen tussen de leer- of gedragsproblemen die een kind vertoont op zijn dertiende en de val van de trap in zijn vierde levensjaar.

Naar mijn beste schatting lopen er als gevolg van het ontoereikende beleid in Nederland 25.000 à 30.000 kinderen rond met gevolgen van niet herkend hersenletsel en komen er daar elk jaar zo'n 2.000 bij. Toen ik dat onlangs zei tegen een journalist van de Geassocieerde Pers Diensten, stond er de volgende dag een artikel in alle regionale dagbladen. En dát heb ik geweten. Vele tientallen ouders benaderden mij, met vaak schrijnende verhalen over kinderen die ooit een klap tegen het hoofd hadden gehad en later 'onverklaarbaar' waren veranderd. Die veranderingen deden zich vooral voor op cruciale transitie momenten in het leven van hun kind, zoals de

overgang van peuter naar kleuter of van puber naar adolescent, of bij de overgang naar de basisschool of naar de middelbare school. Deze reacties uit de praktijk zijn voor mij een indicatie dat er veel aan hersenletsel gerelateerd verborgen leed in gezinnen bestaat, en ze vormen naar mijn stellige overtuiging slechts het topje van een ijsberg.

Om de epidemie beter in de greep te krijgen, zullen we het beleid moeten aanpassen. Om te beginnen moet er meer aanbod komen. Vilans ontwikkelt in nauwe samenwerking met

zijn ze overtuigd. Ziekenhuisbehandelaars werpen vaak tegen dat hen de capaciteit ontbreekt om al deze kinderen te screenen. Dat hoeft ook niet, als zij de kinderen die risico lopen maar traceren. Criteria hiervoor moeten in overleg tussen alle betrokkenen worden ontwikkeld.

Als de kinderen bekend zijn, zijn andere in NAH gespecialiseerde professionals – zoals revalidatieartsen, gedrags- en onderwijskundigen en gespecialiseerde thuiszorgers – prima in staat om de langdurige screening te doen. Dit beleid vergt regionale samenwerking tussen ziekenhuizen,

'Er bestaat veel verborgen leed'

zorgaanbieders een ondersteuningsmodel voor gezinnen. Projectplannen om te komen tot een schoolprotocol en een model voor cognitieve revalidatie zijn gereed om in uitvoering te nemen zodra de financiering hiervoor rond is. Vervolgens is het zaak dat kinderen ook terecht komen bij het zorgaanbod. Kinderen en ouders moeten daartoe beter geïnformeerd worden over wat ze eventueel kunnen verwachten na hersenletsel en over wat ze in dat geval moeten doen. De kinderen die serieus risico lopen, moeten langdurig worden gescreend op leer- en gedragsproblemen en zo nodig worden toegeleid naar het zorgaanbod.

De *sense of urgency* voor dit nieuwe beleid bij primaire behandelaars – neurologen en kinderartsen – neemt toe, maar nog lang niet allemaal

revalidatiecentra, aanbieders van gezinsondersteuning en het onderwijsveld. Het Canadese PABICOP-programma is een uitstekend voorbeeld van zo'n model. Revalidatiecentra is een centrale rol in deze samenwerking op het lijf geschreven, en zij moeten deze rol zelf actief oppakken. Zó, en alleen zó kunnen de verwoestende gevolgen van de stille hersenletsepidemie onder onze jeugd beteugeld worden.

Eric Hermans

Dr. Eric Hermans is onderzoeker/zorgontwikkelaar bij Vilans, kennisinstituut voor de langdurige zorg. Reacties zijn welkom op e.hermans@vilans.nl. Meer informatie over PABICOP vindt u via <http://www.vilans.nl/vilans/downloads/pabycop.pdf>.

Haidy Ricket

Door Kitty Rotteveel

WERK > PLANNINGSMEDEWERKER BIJ SOPHIA REVALIDATIE IN DEN HAAG **LEEFTIJD** > 32 JAAR **PRIVÉ** > GETROUWD, GEEN KINDEREN, MAAR WEL EEN PAPEGAAI: 'OOK NET EEN KIND' **HOBBY** > VOLGT EEN OPLEIDING SHIATSU, EEN VORM VAN MASSAGE **HEKEL AAN** > 'SPRUITJES! IK KOOP EN KOOK ZE ECHT NIET!'

Wat doe je voor werk?

'Ik maak de therapieoosters voor klinische patiënten. De kliniek bestaat uit ongeveer tachtig bedden, verdeeld over drie etages, en ik ben verantwoordelijk voor één etage. Het gaat om mensen met een amputatie, een CVA of een andere vorm van niet-aangeboren hersenletsel. Als mensen worden opgenomen begin ik met een voorlopig rooster, gebaseerd op de overdracht uit het ziekenhuis. Ik plan bij alle disciplines een intake in, en na alle screenings, observaties en testen krijg ik de daadwerkelijke behandel frequentie door. Van de therapeuten krijg ik wekelijks hun wensen door, die ik dan in hun rooster verwerk. Het werk is niet saai, zoals mensen vaak denken, maar juist heel dynamisch en soms hectisch.'

Zit je de hele tijd achter de computer, of heb je ook contact met patiënten?

'Ja hoor! Patiënten worden gestimuleerd om zelf veranderingen of wensen bij ons te komen melden aan de servicebalie. Je maakt dan vaak een praatje. Ik ben in de tien jaar dat ik werk als planner al veel kilootjes aangekomen van de taart die we krijgen van mensen die naar huis gaan.'

Is er ook contact met de behandelaars?

'Jazeker. Iedere donderdag schuif ik aan bij het multidisciplinaire overleg. Alle roosters en wensen van de behandelaars worden dan onder de loep genomen. Ik kan dan namelijk direct roepen of iets wel of niet kan. Ik kan het bijvoorbeeld zeggen als een patiënt op een bepaald tijdstip al in groep x zit en dus niet ook in groep y kan meedoen, of als een patiënt meer rust nodig heeft



tussen de behandelingen door, omdat er te veel activiteiten gepland dreigen te worden. Ik heb dat overzicht namelijk. De communicatie verloopt op deze manier het snelst, het werkt heel goed zo.'

Wat is voor jou de grootste uitdaging in je werk?

'Mijn uitdaging is een goed kloppend, mooi rooster voor de patiënten maken! Ik hou er rekening mee dat de fitness niet direct na de fysiotherapie gepland moet worden, dat is te intensief. Ik kijk of er voldoende tijd is om van de ene naar de andere therapie te gaan, of alles goed verdeeld is over de ochtend en de middag. Soms vraag ik bij de verpleging na hoe bijvoorbeeld de conditie is van een patiënt, zodat ik daar rekening mee kan houden. Ook krijg ik bijzonderheden

door, of bijvoorbeeld een patiënt ergotherapie aan bed moet hebben. Ik ben natuurlijk geen behandelaar, maar ik heb het gevoel dat ik secundair wel een bijdrage lever aan het herstel van mensen.'

Heb je nog een anekdote?

'Even denken ... Er was bijvoorbeeld een vrouw die door de verpleging naar de balie was gestuurd om met mij dingen te regelen, dus ze moest naar Haidy vragen, maar toevallig was ik er tot twee keer toe niet. De derde keer was ik er wel, maar mevrouw keek schuin langs me heen om de echte Haidy te zoeken. Dus ik vraag haar of ze misschien een blonde deerne met vlechtjes en een lederhose had verwacht? Daar moest ze ontzettend om lachen, ze hield niet meer op! Heerlijk, zulke ontmoetingen. Zolang je goed in de gaten houdt of de situatie het toelaat, kan humor zo veel goed doen!'