

RMM

REVALIDATIE MAGAZINE
jaargang 13 nummer 1 maart 2007

Op zoek naar nieuwe grenzen



> Gezondheid moet veel meer vooropkomen > Van Externe Toetsing naar HKZ-certificering > Nieuw meetinstrument voor kinderen > De onzekere toekomst van innovatie > Een grondige aanpak van handproblemen

5> Column

Het taoïstisch zorgmodel.

6> Berichten

7> 'Behoud dat eigen gezicht'

Onlangs vertrok directeur Marien van der Meer bij Revalidatie Nederland.

10> De onzekere toekomst van innovatie

Het voortbestaan van de vijf ontwikkelcentra in ons land is onzeker.

11> 'Ik heb mijn leven weer op de rit'

Oud-revalidant Veerle van Beurden.

15> Het centrum

Revalidatie Friesland.

16> Het kind beter in beeld

Het onderzoeksprogramma PERRIN leverde onder meer een nieuw meetinstrument op, dat nu wordt ingevoerd in de praktijk.

17> Nu bereikbaar: Landelijk Servicepunt Kinderrevalidatie

18> Als je hand het niet goed doet ...

In het Centrum voor Revalidatie – UMCG hebben ze de aanpak van handproblemen grondig aangepakt, met vijf verschillende spreekuren.

20> Het standpunt

Revalidatie is méér.

21> Het werk

Gül Civi, coördinator verpleging.



4>

'Gezondheid moet veel meer voorkomen'

Columnist Annemarie Postma werd zonder daarop uit te zijn gezondheidsdeskundige. Ze vertelt waarom er in de revalidatie volgens haar veel meer aandacht zou moeten zijn voor gezondheid.

• Annelies van Lonkhuyzen

Meetbaar beter

Grotere betrokkenheid, meer kwaliteit en meer zelfkritiek. Dat zijn een paar resultaten van de Externe Toetsing. Mooi werk, maar het is tijd voor een volgende fase: de HKZ-certificering. Een rondetafelgesprek over toetsbare kwaliteit.

• Marc van Bijsterveldt

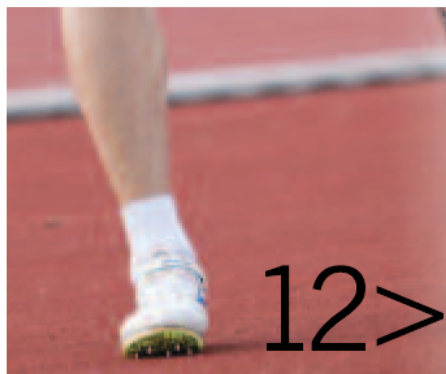


<8

Op zoek naar nieuwe grenzen

In de revalidatie worden voortdurend grenzen verkend en verlegd. Ook de recente invoering van de marktwerking zal een verschuiving teweegbrengen. Maar welke kant gaat deze op?

• John Ekkelboom



12>

COLOFON Revalidatie Magazine is een uitgave van Revalidatie Nederland. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door bijdragen van het Johanna Kinderfonds en het Revalidatiefonds. **Uitgever** Karin Linden, Bohn Stafleu van Loghum (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. Iris van Bennekom (directeur NPCF) • Drs. Chiel Bos (directeur Zorg Zorgverzekeraars Nederland) • Drs. Gijsbert van Es (lid hoofdredactie NRC) • Drs. Henk van Exel (cardioloog Rijnlands Revalidatie Centrum) • Drs. Karin van den Oudenakker (directeur Johanna Kinderfonds) • Dr. Frank Weller (longarts AsmaCentrum Heideheuvel) **Redactieraad** Dr. Renata Klop (programmacoördinator ZonMw) • Drs. Nicoliën Kromme (coördinator stafbureau Centrum voor Revalidatie-UMCG, locatie Beatrixoord) • Drs. Hans Sloopman (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 **Druk** Drukkerij Wilco, Amersfoort **Foto omslag** Inge Hondebrink **Abonnementen** Bohn Stafleu van Loghum, Afdeling Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, (030) 638 37 36, e-mail via www.bsl.nl/service • Voor België: Standaard Uitgeverij, Mechelsesteenweg 203, B-2018 Antwerpen, België • 03 285 72 02, info@standaarduitgeverij.be **Abonnementsprijs** Jaarabonnement particulier € 30,- • Jaarabonnement Instellingen € 60,- • 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 Bohn Stafleu van Loghum, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 30073597. 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, gedeponeerd ter griffie van de rechtbank te Utrecht onder nummer 281/2003 van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De standaard publicatievoorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl/auteurs of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd. • ISSN 1382-6174

Vanaf nu vindt u in *RM* een column van publicist Annemarie Postma. Ze schreef onder meer de bestseller *Ik hou van mij*; binnenkort verschijnt *Het lichaam is perfect*. Zonder daarop uit te zijn, werd Annemarie gezondheidsdeskundige: 'Ik geef alleen adviezen waarvan ik zelf heb ervaren dat ze werken.' • Door Annelies van Lonkhuyzen

'Gezondheid moet veel meer



'In de revalidatie is er bitter weinig aandacht voor voeding'

Annemarie Postma wordt in 1969 geboren in het dorp Noorden. Ze groeit ongecompliceerd op, totdat kort voor haar twaalfde jaar haar benen verlamd raken: een partiële dwarslaesie. Het is onduidelijk hoe dit komt; de artsen houden het uiteindelijk op een gordelroosvirus in haar ruggenmerg, gecombineerd met een niet-behandelde tekenbeet. Annemarie belandt in een rolstoel. 'Mijn moeder ging op een gegeven moment macrobiotisch koken. Zij dacht: "Mijn kind zit nu in een rolstoel en ik wil klachten voor zijn." Daar had ze goede redenen voor. Als iemand in een rolstoel terecht komt, kun je zo uittekenen wat de klachten over tien, twintig jaar zijn: dichtslibbende aderen, hart-, nier- en blaasproblemen, botontkalking, versleten schouders. Wanneer je een zittend leven leidt en niet goed eet, verstoppen en vervuilen je darmen. Wat dacht je dat dat met je deed? Je darmen zijn essentieel voor je fitheid en energie.'

Patatje

'Eten heeft invloed op je hele systeem: je lichamelijk en geestelijk welzijn, emotionele balans, zin in het leven, helderheid. Je hebt gezond eten nodig om gezond te kunnen functioneren, je aspiraties en dromen waar te maken, je potentieel te benutten. Ik ben bij verschillende revalidatie-instellingen in behandeling geweest en mijn ervaring is dat er bitter weinig aandacht is voor voeding. Als er iets misgaat met een revalidant kijkt een diëtist wel wat die persoon nodig heeft, maar het is absoluut geen standaardonderdeel van de behandeling. Er is nooit iemand geweest die met mij een plan maakte: hoe zorg je zo goed mogelijk voor jezelf, te beginnen met je voeding? Toen ik eens niet lekker in mijn vel zat, zei een revalidatiearts: "Je bent zo dun, neem wat vaker een patatje." Alsof dáár de oplossing lag ... Een enkele behandelaar verdiept zich wel in voeding. Zo had ik ooit een fysiotherapeut die in zijn praktijk een trainkeuken had ingericht waar patiënten cursussen gezond koken konden volgen. Maar zo iets is een grote uitzondering.'

Eigenwaarde

'Gezondheid zit natuurlijk niet alleen in wat je eet: het zit ook in de lucht die je inademt, de gedachten die je toelaat, de activiteiten die je onderneemt, de mensen met wie je omgaat. Aan al deze dingen, dus aan gezond leven, gaat iets vooraf: een gevoel van eigenwaarde. Veel gezondheidsproblemen hangen samen met een gebrek hieraan. Als je niet vindt dat je het waard



Het taoïstisch zorgmodel

Niemand is alleen leraar of leerling, zegt het taoïsme. Elk mens is leraar en leerling tegelijk. Dit zei ik eens tegen mijn revalidatiearts toen ik tegenover haar zat. Het bleef even stil. Zij achter haar dikhouten bureau, ik luisterend vanaf de andere zijde naar haar oorverdovende stilte. Letterlijk en figuurlijk gescheiden werelden. Dokter en patiënt, hulpverlener en hulpbehoevende. De wetende en de onwetende. Voor het paternalisme in de revalidatie – en de gezondheidszorg in het algemeen – ben ik van jongs af aan allergisch geweest. ‘Ik help jón.’ Morrel niet aan die verhoudingen, dan blijft het lekker overzichtelijk. Helemaal in een tak van de gezondheidszorg waar – laten we eerlijk zijn – geen overzichtelijkheid is. Want alle ‘handicaps’ zijn verschillend en vragen om hun eigen specifieke benadering. Om voortdurend opnieuw durven denken, kijken én voelen. Niet concluderen maar informeren. Geen vragen stellen in afwachting van een antwoord dat een bevestiging zal zijn van vooringenomen ideeën. Vernieuwing vraagt om moed en nederigheid. Moed om echt open te staan voor de realiteit van de patiënt. Bij elke ontmoeting weer. Als ik merk dat mijn fysiotherapeut bij mijn behandeling een programmaatje afwerkt, zeg ik: ‘Ho, denk en kijk opnieuw. Durf te voelen waaraan mijn lichaam op dit moment behoefte heeft.’ Nederigheid om te erkennen dat je enige doel als behandelaar misschien wel is om iemand aan zijn of haar eigen kracht te herinneren; het zelfgenezend, zelfsturend vermogen dat in ieder van ons schuilt. Maar dat we maar al te makkelijk uit handen geven in tijden van chaos, angst en gebrek aan vertrouwen. Elke mens is patiënt en dokter tegelijk. Als we daar nu eens van uitgaan. Het taoïstisch zorgmodel. We zijn passanten in elkaars leven. We herinneren elkaar aan wie we werkelijk zijn. Ik leer van jou, en jij leert van mij. Op voet van evenwaardigheid. Op goede voet met de realiteit.

Annemarie Postma

vooropkomen’

bent, heb je geen reden om goed voor jezelf te zorgen. Mensen die gehandicapt raken, moeten hun gevoel van eigenwaarde opnieuw opbouwen. Maar in de revalidatie ligt de nadruk daar niet op; wel op het verbeteren van het lichaam door training. Het woord zegt het al: re-validatie, opnieuw valide worden, er moet iets hersteld worden. Revalidanten kunnen hierdoor de boodschap oppikken: “hoe je nu bent, is niet goed genoeg”. Ik zou liever zien dat ze een andere boodschap meekregen: “je hebt te maken met een nieuwe realiteit die je moet leren omarmen”. Het gaat erom dat je onder ogen durft te zien wie en wat je nu bent, waar je bent in het leven en dat je daar zelf verantwoordelijkheid voor hebt. Natuurlijk kun je zeggen: “Ik zit in een rolstoel en daar heb ik nooit voor gekozen.” Dat klopt, maar je kiest wél hoe je met dat gegeven omgaat. En dat is een heel grote keuze, want dát bepaalt hoe je je leven leidt – niet je handicap.’

Luisteren

‘Het vergroten van eigenwaarde is een beetje een kip-en-eiverhaal. Ik zeg vaak: begin maar gewoon bij het lichaam, dat is een goede start. Als je gehandicapt raakt, is het belangrijk dat je leert te zorgen voor je lichaam, dat misschien niet aan de standaardnormen voldoet maar dat wel jónw lichaam is. Je kunt mensen zelfredzaam maken door ze te leren luisteren naar hun eigen lichaam. Ik weet uit ervaring dat het lichaam aangeeft wat het nodig heeft. Door mijn achtergrond ben ik heel bewust gaan leven en eten. Ik leerde veel over gezondheid. Daardoor had ik vaak te maken met vrienden, kennissen of burens die mij advies vroegen over hun gezondheid: “Ik ben te vaak moe, ik heb huiduitslag, ik ben te dik; jij zit al 27 jaar in een rolstoel en je bent slank en gezond, wat kan ik doen?” Zat ik avond aan avond tips op te schrijven. Het was dus een logische stap om er een boek van te maken. *Het lichaam is perfect* geeft recepten, maar bijvoorbeeld ook zeven overtuigingen van waaruit je gezond gaat leven. Gezonder gaan leven is niet moeilijk maar leuk; veranderen is leuk. Het zou mooi zijn als men in de revalidatie mensen meer gaat helpen dat te ontdekken.’

‘Het lichaam is perfect’ ligt begin april in de boekhandels. Annemarie Postma gaat ook workshops geven over gezond leven. Hebt u interesse, kijk dan op www.annemariepostma.nl.



Revalidatie Nederland in Den Haag

In januari overhandigde Kick Visser, voorzitter van Revalidatie Nederland, een politieke boodschap aan dertien woordvoerders zorg van diverse Tweede Kamerfracties. In de boodschap vraagt de brancheorganisatie het nieuwe kabinet onder meer om verbetering van de kwaliteit van leven – een handelsmerk van de revalidatie – tot missie te maken. Een andere vraag is om behandeling die is gericht op een snelle terugkeer naar werk op te nemen in het basispakket; ditzelfde verzoek geldt voor preventieve behandeling bij ziektes zoals diabetes en kanker. Verder vraagt Revalidatie Nederland de politiek om, na bezuinigingen in 2004 en 2005, niet nog verder te bezuinigen op de revalidatie. Zodat de revalidatiesector kan blijven werken aan het verbeteren van de transparantie, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. De volledige boodschap is te vinden op www.revalidatienederland.nl.

Nieuwe directeur Revalidatie Nederland

Revalidatie Nederland heeft per 1 april een nieuwe directeur, mevrouw drs. J.A. (Jannie) Riteco (1965). Zij is afkomstig uit het farmaceutische bedrijfsleven, waar zij bij Merck Sharp & Dohme BV de functie van manager health care policy vervulde. Daarvoor werkte ze als beleidsmedewerker en coördinator voor het College voor Zorgverzekeringen en als onderzoeker bij het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg). Vanaf 2000 is zij lid van de Raad van Toezicht van revalidatiecentrum De Trappenberg. Jannie Riteco is doctorandus in de gezondheidswetenschappen.

Kennisuitwisseling kinderrevalidatie

Steeds meer Nederlanders doen mee met de jaarlijkse conferentie van de European Academy of Childhood Disability (EACD). Het bijzondere is dat de EACD zich nadrukkelijk richt op alle beroepsgroepen die betrokken zijn bij de revalidatie van kinderen, van revalidatiearts tot maatschappelijk werker en van orthopedagoog tot verpleegkundige. De conferentie wordt dit jaar gehouden in Groningen, van 14 tot en met 16 juni (zie www.eacd2007.nl).

In 2007 is het dus niet zo ingewikkeld om naar de EACD-conferentie te gaan, maar andere jaren is dat veel lastiger. Daarom werd een Nederlandse variant van de EACD opgericht: de Dutch Academy of Childhood Disability (Dutch-ACD). Jaarlijks verzorgt de Dutch-ACD onder meer een Nederlands symposium met de belangrijkste informatie uit het EACD-congres. Maar er zijn ook andere activiteiten. Zo werd in februari in Australië een conferentie gehouden over kinderen met Developmental Coordination Disorder (DCD). Omdat daar maar weinig mensen uit Europa naartoe konden, is er ook hiervan een Nederlandse variant. Het congres vindt plaats op 9 en 10 maart in Ede (zie www.dutch-acd.nl).



Revalidatie Toekomstverkenning 2015

Revalidatie Nederland heeft een verkenning gedaan naar de revalidatiesector in het jaar 2015. Door met een brede blik naar de toekomst te kijken, wordt duidelijk welke uitdagingen op de sector afkomen en wat daarop een passend antwoord is. De *Revalidatie Toekomstverkenning 2015* beschrijft trends in de samenleving en gezondheidszorg. Voortbouwend op deze trends worden vier scenario's gepresenteerd die aangeven hoe het gezondheidszorgstelsel zich ontwikkelt, met als uitersten een terugkeer naar aanbodsturing of juist totale marktwerking. Ieder scenario geeft een beeld van de concurrentie, kwaliteit van zorg, revalidatiebranche en revalidatie-instellingen in 2015.

U kunt de *Revalidatie Toekomstverkenning 2015* downloaden op www.revalidatienederland.nl, of gratis opvragen bij Revalidatie Nederland: (030) 273 93 84.



Revalidatie webportal

Nederland heeft sinds kort een webportal voor de revalidatie: www.revalidatie.nl. Op deze portal 'Alles over Revalidatie' vindt u informatie voor mensen die moeten revalideren, voor verwijzers en voor alle andere geïnteresseerden. De portal geeft naast feitelijke informatie ook een persoonlijk beeld van revalidatie, door foto's en ervaringen.

De portal werd gemaakt door Revalidatie Nederland. Ook de eigen site werd vernieuwd. Het nieuwe adres is www.revalidatienederland.nl. Op deze site vindt u nieuws en achtergronden van Revalidatie Nederland.



Onlangs vertrok Marien van der Meer bij Revalidatie Nederland. Ze was er drie jaar directeur, met veel plezier: 'De revalidatie is een mooie sector om in te werken.'

• Door Annelies van Lonkhuyzen

'Behoud dat eigen gezicht'

Foto: Inge Hondebrink

In de afgelopen jaren ontwikkelde Revalidatie Nederland zich tot een brancheorganisatie die echt van en voor de leden is, vertelt Marien van der Meer: 'Revalidatie Nederland is meer klantgericht gaan werken, en doet nadrukkelijk die dingen die de lidinstellingen vragen. Verder is geïnvesteerd in professionaliteit, in mensen die heel goed weten waar ze het over hebben. Dit was mogelijk doordat aanvullende middelen konden worden binnengehaald, in de vorm van projectgelden.'

Lobby

'Revalidatie Nederland is meer proactief geworden: de medewerkers gaan erop af, brengen hun kennis in en zorgen dat dingen in gang worden gezet. Er wordt werk gemaakt van de relatie met het ministerie van VWS, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, inspectie. Het overleg is sterk toegenomen, Revalidatie Nederland is op veel plaatsen als vaste overlegpartner in beeld. Dat heeft er bijvoorbeeld voor gezorgd dat de revalidatiebranche een start heeft kunnen maken met de ontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier, dat de ontwikkeling van de DBC's tot een goed einde is gebracht, dat het revalidatieonderzoek weer vijf jaar kan doorgaan. Dat zijn mooie resultaten, die alleen behaald konden worden door een goede inhoud, goed overleg en een goede lobby.'

Kansen

'Wat ook is bereikt, is dat het onderwerp marktwerking centraal op de agenda is gezet. Revalidatie-instellingen zijn zich ervan bewust dat de markt verandert en dat ze steeds meer te maken hebben met een kritische zorgvrager en een kritische zorgverzekeraar. Dat vraagt om nog meer vraaggericht werken, maar het vraagt ook om het pakken van kansen. Schuif bijvoorbeeld de revalidatiearts naar voren als regisseur in zorgketens, zoals nu al gebeurt in de

zorg voor CVA-patiënten. Revalidatieartsen zijn daar goed in, vent dat uit.'

Gezamenlijk

'Ik verwacht dat revalidatiecentra de komende jaren óf zich verder specialiseren en dus de diepte ingaan óf aan schaalvergroting doen en dus de breedte ingaan. Ik denk dat er meer fusies komen, binnen de sector maar ook met instellingen daarbuiten, bijvoorbeeld uit de gehandicaptensector of verpleeg- en verzorgingshuizen. De verschillen tussen centra zullen groter worden. Het zal de kunst zijn voor Revalidatie Nederland om steeds te blijven kijken naar datgene wat revalidatie-instellingen bindt en niet wat hen verdeelt. Het blijft belangrijk om samen op te trekken, om gezamenlijk dingen te regelen. Gelukkig is de motivatie om dat te doen groot in de revalidatie.'

Uniek

'Bij alle ontwikkelingen is het essentieel dat de revalidatie haar eigen gezicht behoudt. De revalidatiegeneeskundige zorg is een sterk en uniek specialisme, waar andere aanbieders – zoals verpleeghuizen of fysiotherapiepraktijken – zich niet gauw aan zullen wagen. Tenminste, als het gaat om complexe revalidatie; voor de minder complexe revalidatie ligt dat anders. Daarom moeten revalidatie-instellingen laten zien wat hen onderscheidt en wat ze kunnen betekenen. Want dat is echt enorm veel, natuurlijk in de eerste plaats voor de mensen die moeten revalideren, maar ook voor de samenleving. Dat kun je niet genoeg laten zien.'

Marien van der Meer is vanaf 1 januari divisiedirecteur ortho- en forensische psychiatrie en projectdirecteur bij Altrecht, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Op pagina 6 vindt u informatie over haar opvolger bij Revalidatie Nederland.

Grotere betrokkenheid, meer kwaliteit en meer zelfkritiek. Dat zijn een paar resultaten van de zogeheten Externe Toetsing in de revalidatiesector. Mooi werk, maar het is tijd voor een volgende fase: de HKZ-certificering. Een rondetafelgesprek over toetsbare kwaliteit. • Door Marc van Bijsterveldt

Van Externe Toetsing naar HKZ-certificering

Meetbaar beter

Eigenlijk is de naam Externe Toetsing wat verwarrend. De nette definitie van de voorzitter van de gelijknamige commissie luidt: 'interinstitutionele toetsing'. We blijven dus binnen de sector: bezoektteams van revalidatiecollega's werpen een blik in de keuken van andere instellingen. Toch hebben we hier niet te maken met een gemakzuchtig entre nous'tje van revalidatieprofessionals onder elkaar. Externe Toetsing is een gedegen kwaliteitsinstrument waarmee de sector eigenlijk al in 1985 startte. De vorm was destijds anders, maar het doel bleef al die tijd hetzelfde: laten zien dat je over de vereiste kwaliteit beschikt en tegelijkertijd kwaliteitsverbetering stimuleren.

Eenheid

Evert van Amerongen is de hierboven aangehaalde voorzitter: 'Sommige instellingen gebruiken de toetsingsresultaten voor hun pr, en roepen dat ze "een van de beste" zijn. Zoiets kun je op basis van de resultaten niet beweren. De toets zegt immers niets over de zorg zelf, maar over de organisatie. En het is ook niet de bedoeling van de toetsing. Het gaat erom als sector verantwoordelijkheid af te leggen aan de samenleving, op basis van duidelijke kwaliteitsnormen.' Toetsing is geen wedstrijd, wil Van Amerongen maar zeggen, maar een methode om systematisch de kwaliteit te verbeteren. En het werkt, vindt Hans Slootman: 'Vroeger deed iedereen maar wat, een beetje oneerbiedig uitgedrukt. Over kwaliteit werd wel gepraat, maar niet systematisch. Nu is er meer eenheid in het kwaliteitsbeleid van de instellingen. Dat leidt bijvoorbeeld ook tot meer eenheid in de behandelprogramma's.' Lydia Kok herkent dit effect: 'In de eerste ronde van de toetsing scoorden we allemaal slecht op die programma's. Daar zijn we toen aan gaan werken.' Ze ziet nog een ander belangrijk resultaat: de sector is in gesprek geraakt over wat nu eigenlijk kwaliteit is. Is dat 'efficiënt', of bijvoorbeeld eerder 'deskundig' of 'vraaggericht'? Kok: 'Dat je daar met elkaar over praat, is erg waardevol.'

Deelnemers aan het rondetafelgesprek:

- Hans Slootman, revalidatiearts bij Heliomare, lid van een van de vier bezoektteams
- Lydia Kok, kwaliteitsfunctionaris bij De Trappenberg, projectleider van een van de bezoektteams
- Evert van Amerongen, directeur van De Hoogstraat, voorzitter commissie Externe Toetsing
- Eveline Idema, beleidsmedewerker kwaliteit bij Revalidatie Nederland en secretaris commissie Externe Toetsing

Breed draagvlak

Maar worden we niet gék van al dat toetsen? Moeten professionals niet gewoon hun werk kunnen doen in plaats van eindeloos toetsformulieren in te vullen? Dat bezwaar wordt aan tafel niet herkend. De tijd is voorbij dat iedereen vanuit zijn of haar eigen professionele standaard werkt, vinden de vier. Bovendien, zo is de ervaring aan tafel, is het draagvlak voor toetsing breed, mede omdat het instrument heel dicht bij de werkvloer blijft. Kok: 'Als je de teams betreft bij het invullen van de zelfevaluatielijst, zien ze dat het alles te maken heeft met hun eigen werk. Niet alleen de artsen praten mee, maar ook de mensen in de keuken. Dat wordt zeker gewaardeerd.' Slootman maakt het als lid van een bezoektteam vaak mee: 'Mensen zijn tijdens de toetsing erg open. Dat levert een gezonde druk op vanaf de werkvloer om bepaalde verbeteringen door te voeren.'



Illustratie: Roel Seidell

Tevredenheid alom. Toch, zo constateert Van Amerongen, is het huidige instrument een beetje uitgewerkt. Alle instellingen zijn er inmiddels twee keer mee getoetst, en de sector is toe aan een volgende stap: certificering volgens de normen van de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). Eveline Idema, bij Revalidatie Nederland verantwoordelijk voor die stap: 'Ik zie dat instellingen nu soms vooral toewerken naar een zo hoog mogelijke score. Terwijl het gaat om een reëel beeld van de huidige situatie en hoe die te verbeteren is.' Echte kwaliteit heb je pas als je beleid is verankerd in het dagelijks werk, is haar boodschap. En met een HKZ-schema toets je dat via een onafhankelijke instantie.

Ver genoeg

Kok is enthousiast over de ontwikkelingen: 'We zijn ver genoeg om een "harder" instrument aan te kunnen.' Het HKZ-schema is een toetsingssysteem dat heel goed is aan te passen op de revalidatie. Dat is belangrijk, omdat de revalidatiezorg – in de woorden van Van Amerongen – een 'multifactoriële aanpak' vergt. Zoiets verdraagt geen éénvormig toetsinstrument. Bovendien, zo vult Idema aan, is het belangrijk de administratieve last zo klein mogelijk te houden. 'Daarom zoeken we in ons HKZ-schema bijvoorbeeld goede afstemming met de visitatie van de opleiding van revalidatieartsen. We willen zo min mogelijk overlap.' Met een HKZ-schema kan de revalidatie straks beter verantwoord worden wat ze met haar geld doet. Instellingen die hun certificaat niet halen, kunnen daarop worden afgerekend. Letterlijk, voorziet Van Amerongen, want zorgverzekeraars zullen uiteindelijk geen zorg meer inkopen bij instellingen zonder certificaat. Revalidatie Nederland is dan ook ambitieus. Idema: 'Dit jaar ontwikkelen we het schema, volgend jaar voeren we het in, en binnen vijf jaar moet toch minimaal de helft van de instellingen gecertificeerd kunnen zijn.'

Rothuwelijk

Uiteindelijk moet de sector nog een stap verder, vindt men aan tafel. Dan gaat het om prestatie-indicatoren waarmee de revalidatie toetsbaar wordt op uitkomstmaten: wat is de gezondheidswinst voor de revalidant? Zo ver is het nog niet, weet ook revalidatiearts Slootman. De Externe Toetsing heeft breed gedragen kwaliteitsnormen opgeleverd, maar over de opbrengst van de behandeling moet nog 'evidence' worden vergaard, zegt hij. Volgens Van Amerongen is dat niet eenvoudig: 'Het functioneren van mensen is niet zomaar in maat en getal uit te drukken. Alles is mede afhankelijk van persoonlijke factoren en van de context waarbinnen mensen leven.' Slootman: 'Stel je voor dat iemand door onze behandeling weer goed thuis kan wonen, maar hij heeft een rothuwelijk. Dan moeten wij natuurlijk niet worden afgerekend op de kwaliteit van het huiselijk leven van deze meneer, bij wijze van spreken...' Het wordt dus nog zoeken naar de juiste maten, maar dát er gemeten moet worden is voor de aanwezigen duidelijk.

Boodschap

Hebben de deelnemers aan het rondetafelgesprek een boodschap voor de nieuwe minister van volksgezondheid? Slootman: 'We zijn een levende sector die zich steeds vernieuwt, en die ontzettend zijn best doet om duidelijk te maken hoe we dat aanpakken.' Idema: 'We zijn al ruim twintig jaar bezig met het ontwikkelen van goede normen voor kwaliteit. Laat de overheid ons de ruimte geven om daar vervolgens ook echt naar te handelen.'

De behoefte aan revalidatie blijft groeien, onder andere door de toename van het aantal ouderen en chronisch zieken. Innovatie maakt het mogelijk om meer mensen beter en efficiënter te behandelen. Om innovatie te stimuleren, heeft het ministerie van WVC in 2004 en 2005 vijf ontwikkelcentra aangewezen. Eind 2006 werd de financiering van deze centra per onmiddellijk beëindigd. Een overbruggingssubsidie biedt nog even uitkomst, maar de verdere toekomst is onzeker.

De onzekere toekomst van innovatie

De ontwikkelcentra richten zich op pijnrevalidatie, revalidatietechnologie en spraak- en taaltechnologie. De revalidatiecentra Hoensbroeck, Het Roessingh en Rijndam werden aangewezen als ontwikkelcentrum voor pijnrevalidatie. Gezamenlijk hielden deze centra zich bezig met gegevensverzameling en het verbeteren en afstemmen van de verschillende behandelmethode.

Samenwerking met onder meer universiteiten en andere revalidatiecentra is geïntensiveerd en onderzoeksprogramma's zijn uitgebreid. Nieuwe ontwikkelingen vonden sneller hun weg naar revalidanten. Aan de behandeling van chronische nek- en schouderklachten werd bijvoorbeeld met succes de ambulante myofeedbacktraining toegevoegd. Ieder ontwikkelcentrum heeft ook zijn eigen activiteiten ondernomen. Zo is bij Hoensbroeck de *stepped care approach* ontwikkeld, waarbij zorgvuldig wordt bekeken welke patiënten behandeld kunnen worden in de eerste lijn en welke moeten worden behandeld in de tweede of derde lijn.

Samenwerking

Het Roessingh werd aangewezen als ontwikkelcentrum voor revalidatietechnologie. Ook dit ontwikkelcentrum heeft veel geïnvesteerd in samenwerking. Er werd een goede start gemaakt met het betrekken van het bedrijfsleven en zorgfinanciers bij het innovatieproces. Verder werd een brug geslagen tussen zorgprofessionals en onderzoekers, waardoor onderzoek en praktijk beter op elkaar aansluiten. Onderzoeksresultaten werden getest in de zorgpraktijk. Er werd onder meer een website getest die dwarslaesie- en CVA-patiënten helpt bepalen wat voor hen de meest geschikte behandeling is.

Voor spraak- en taaltechnologie werd eveneens een ontwikkelcentrum aangewezen: de Sint Maartenskliniek. Dit gebeurde echter pas in september 2005, zodat het centrum maar ruim één jaar heeft kunnen draaien. In die tijd is gebouwd aan samenwerking tussen wetenschappers, therapeuten, zorginstellingen, overheidsinstanties en technologiebedrijven.

Te kort

De ontwikkelcentra hebben veel in gang gezet. Er is veel meer samenwerking ontstaan; ieder centrum heeft een breed netwerk opgebouwd. Het bundelen van expertise op het gebied van onderzoek en zorg heeft de opbouw van kennis versneld. Kortom: het vliegwieltje van de innovatie is op gang gekomen. Maar tot een daadwerkelijke aanpak van de belangrijkste knelpunten is het

nog niet gekomen. Producten en diensten zijn wel ontwikkeld, maar nog onvoldoende getest in de praktijk. Van implementatie in de reguliere zorgpraktijk is nog nauwelijks sprake. Het project ALS Telezorg van het ontwikkelcentrum voor revalidatietechnologie maakt goed zichtbaar dat het plotse wegvallen van de subsidie dramatisch is. Er werd een internetspreekuur ontwikkeld, waardoor begeleiding op afstand van patiënten met ALS mogelijk wordt. Het project is onlangs genomineerd voor de NITEL Telemedicineprijs. Zonder financiële ondersteuning wordt het project niet verder getest en ingevoerd. De opgedane kennis en ervaring zal verloren gaan. Waar het op neerkomt, is dat de duur van de erkenning te kort was voor blijvend resultaat. Innovatie is een gecompliceerd proces, dat nog niet zonder ondersteuning kan. Zonder ondersteuning stagneert het innovatieproces en wordt datgene wat is opgebouwd weer afgebroken.

Samen verantwoordelijk

Betekent dit dan het einde van het innovatieproces in de revalidatie? Dat zal ervan afhangen. Alle betrokken partijen zullen hun verantwoordelijkheid moeten oppakken om het innovatieproces gaande te houden. Allereerst zal Revalidatie Nederland een heldere innovatieagenda moeten opstellen. Daarnaast is het essentieel dat geldstromen worden gecombineerd: zorginnovatiegelden, onderzoeksfinanciering, financiering door zorgverzekeraars en het 'vermarkten' van kennis, producten en diensten. De ontwikkelcentra kunnen daarbij de regie voeren binnen hun eigen aandachtsgebied. Met elkaar kunnen revalidatiecentra, ontwikkelcentra, verzekeraars en bedrijfsleven innovatie versnellen en daarmee de revalidatiezorg verbeteren. Het ministerie van VWS moet daarbij zijn verantwoordelijkheid nemen en de ontwikkelcentra financieel ondersteunen, zodat ze de tijd hebben om naar zelfstandigheid te groeien.

Angenieta Snoek, beleidsmedewerker Innovatiecentrum voor Pijnrevalidatie en Revalidatietechnologie, Roessingh Research & Development

Meer informatie: www.pijnrevalidatie.nl, www.revalidatietechnologie.nl, www.pijn-revalidatie.nl, www.ostt.eu (over spraak- en taalpathologie en revalidatietechnologie), www.handfunctie-en-dwarslaesie.nl, www.loopen-na-cva.nl.

Op zoek naar

De Chinese atleet Hou Bin zoekt voortdurend zijn grens. Zijn hoogste sprong was 1 meter 92.

De revalidatie is voortdurend in beweging. Telkens worden grenzen verkend en verlegd. Ook de recente invoering van de marktwerking zal weer een verschuiving teweegbrengen. Maar welke kant deze opgaat, kan niemand exact voorspellen. Wel is duidelijk dat patiënten steeds meer invloed zullen krijgen op het aanbod van de zorgverleners. • Door John Ekkelboom

nieuwe grenzen

Dat het niet eenvoudig is om richting te geven aan het vak revalidatiegeneeskunde, bleek toen de Werkgroep Profilerings van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) zichzelf vorig jaar voortijdig ophief. Het doel van de werkgroep was het vaststellen van het primaire takenpakket van de revalidatiearts, met daarbij een verkenning van de grenzen van het vak, en te onderzoeken in welke richting de revalidatiegeneeskunde zich in de toekomst zou moeten ontwikkelen. Een van de leden was Karin Lesuis, revalidatiearts bij het Scheper Ziekenhuis in Emmen. Zij vertelt dat er behoefte is aan een afbakening van het vakgebied. 'Wij krijgen als revalidatieartsen vanuit het werkveld wel eens de vraag of we aan programma's willen meedoen die voor ons op een grensgebied liggen. Dan moet je denken aan revalidatie van bijvoorbeeld oncologiepatiënten of van mensen met het chronisch vermoeidheidssyndroom. Je kunt je afvragen of daar revalidatiegeneeskundige kennis voor nodig is. Bovendien moeten we ervoor waken dat specialistische revalidatie onder onze auspiciën wordt uitgevoerd en niet door andere zorgverleners. Een duidelijk beroepsprofiel kan hierin helderheid verschaffen, ook voor derden.'

Helderheid

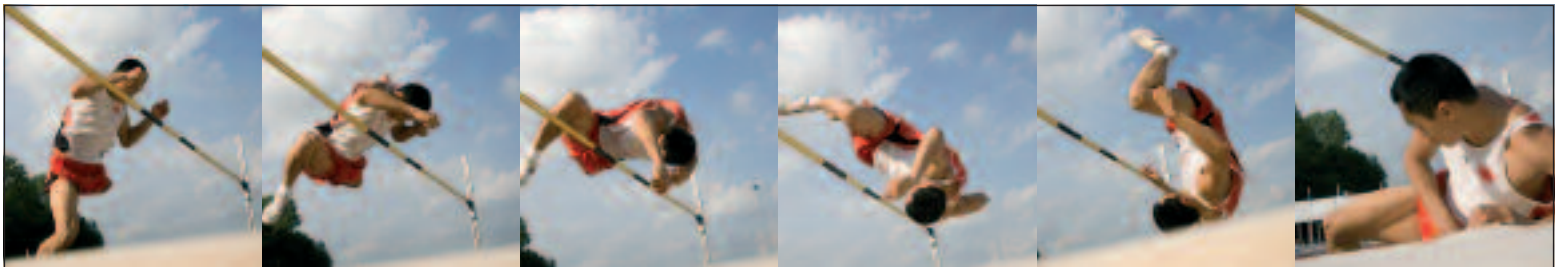
Echter, zo ver is het niet gekomen. De werkgroep is om verschillende redenen vorig jaar beëindigd. Enerzijds bleek de wijze waarop een beroepsprofiel gevormd zou moeten worden lastige discussies op te leveren. Anderzijds rees de vraag wat de consequenties van een taakafbakening zouden kunnen zijn, en dan met name de wijze waarop zorgverzekeraars op die afbakening zullen inspringen. Toch is hiermee de poging niet definitief van de baan. In het nieuwe VRA-beleidsplan wordt duidelijk aangegeven dat profilering een belangrijke positie moet krijgen. De Beroepsbelangencommissie, waarvan Lesuis ook lid is, zal op verzoek van het bestuur eerst bekijken op welke wijze de profilering moet worden uitgewerkt. Daarna zal een nieuwe werkgroep de taak van haar voorganger voortzetten. Lesuis: 'Het stellen van grenzen is overigens niet alleen belangrijk om de buitenwereld meer helderheid te verschaffen, maar ook om eenduidige opleidingseisen te kunnen stellen.'

Onderscheid

Revalidatiearts Michael Bergen, lid van de raad van bestuur van Rijndam Revalidatiecentrum in Rotterdam en vicevoorzitter van Revalidatie Nederland, legt uit dat er duidelijk onderscheid gemaakt moet worden tussen de revalidatiegeneeskunde als medisch specialisme en de overige vormen van revalidatie die zowel in de eerste lijn, in verpleeghuizen als in de revalidatie-instellingen kunnen plaatsvinden. In het eerste geval gaat het volgens hem om complexe aandoeningen waarbij gespecialiseerde diagnostiek en therapie noodzakelijk zijn om tot een gewenst resultaat te komen. Daartoe horen ook de gespecialiseerde vormen van orgaanrevalidatie. Of deze en bijvoorbeeld arbeidsrevalidatie worden aangeboden, hangt af van de vraag naar dat soort revalidatie en de deskundigheid die in huis is. 'Over de gespecialiseerde revalidatie zijn we het wel met elkaar eens. Maar in het grote veld daaromheen van niet-gespeciali- >

'Wij streven naar goede ketenzorg'

Karin Idema, consulent van de Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder: 'Over de marktwerking hebben we nog geen discussies gehad met patiënten. Wat voor ons voorop staat, is de kwaliteit van de revalidatiezorg. Het landelijk kennisnetwerk CVA is aan het formuleren welke prestatie-indicatoren instellingen kunnen gaan meten. We zullen daarop sturen. Een ander belangrijk aspect voor ons is dat de zorgverlening gebeurt binnen een keten. Onderzoek heeft aangetoond dat zorg die op elkaar is afgestemd, een belangrijke meerwaarde heeft voor de kwaliteit van leven van de patiënt. Als iemand bijvoorbeeld vanuit het ziekenhuis naar een revalidatie-unit van een verpleeghuis gaat, en na enige tijd blijkt dat deze keuze niet goed was, dan moet hij of zij in goed overleg moeiteloos doorverwezen kunnen worden naar een revalidatie-instelling. Continuïteit van goede zorg is een voorwaarde.'



> seerde revalidatievormen bij enkelvoudige problematiek van het houdings- en bewegingsapparaat, het zenuwstelsel of bijvoorbeeld van hart- en longaan- doeningen, zien we verschillen tussen revalidatie-instellingen in de mate waar- in zij ingaan op de vraag naar dit type zorg.’

Dynamisch

Bergen vertelt dat ieder specialisme zijn eigen grensgebieden kent, maar dat die gebieden ook dynamisch zijn. Zo ging iemand met diabetes in het verleden altijd naar een internist, terwijl de eenvoudige vormen van suikerziekte tegen- woordig tot het domein van huisartsen en diabetesverpleegkundigen behoren. Ook binnen de revalidatie zal op sommige gebieden zo’n verschuiving plaats- vinden. Maar, voorspelt de vicevoorzitter van Revalidatie Nederland, de rela- tief weinig voorkomende aandoeningen binnen de revalidatie zullen altijd door een revalidatiearts behandeld blijven worden. Deskundigheid kan immers alleen worden opgebouwd door ervaring.

‘We hechten aan onderscheid tussen specialistische en niet-specialistische revalidatiezorg’

Concurrentie

Ook de marktwerking zal volgens Bergen verschuivingen veroorzaken. Deze zal zorgverleners in eerste instantie ertoe dwingen duidelijkheid te verschaffen over wat ze doen en wat de resultaten daarvan zijn. Transparantie en kwaliteit zijn de sleutelwoorden. De Rotterdamse revalidatiearts vindt de ontwikkeling van prestatie-indicatoren in dit kader dan ook van allergrootst belang. ‘Er zal concurrentie komen, en misschien zelfs binnen de branche zelf. Niet ieder centrum heeft dezelfde knowhow in huis. Je kunt je afvragen of dat ook nodig is. Zo zijn er in ons land acht locaties voor klinische revalidatie van dwarslaesie- patiënten. Is dat niet aan de hoge kant? Dat geldt ook voor bijvoorbeeld de klinische kinderrevalidatie. Minder locaties zouden gewenst zijn, denk ik, wil je voldoende expertise op dat gebied behouden.’

Allianties

Als mogelijke concurrent van buitenaf noemt Bergen de verpleeghuizen. Daarbij denkt hij vooral aan patiënten met een beroerte. ‘We zullen helder moeten maken dat onze doelgroep op dat gebied anders is dan de doelgroep in een verpleeghuis, waar het om reactivering gaat. We hechten aan onder- scheid tussen specialistische en niet-specialistische revalidatiezorg.

Wanneer we als sector een kwalitatief goed product voor een goede prijs leve- ren, en dat ook voldoende voor het voetlicht brengen, denk ik dat die concu- rentie uiteindelijk wel zal meevallen. Wellicht dat er door de overheveling van de AWBZ-gefinancierde verpleeghuiszorg naar de Zorgverzekeringswet zelfs samenwerkingsverbanden ontstaan. Bijvoorbeeld dat verpleeghuizen allianties aangaan of afspraken maken met revalidatiecentra voor ondersteuning van hun niet-specialistische zorg. Dat kan de kwaliteit van dat type zorg ten goede komen.’

Prestaties

De komst van de Diagnose-Behandelcombinaties zal volgens Coos de Vries grote gevolgen hebben. Hij is zorginkoper tweedelijnszorg van de VGZ-IZA- Triasgroep. De Vries vertelt dat in de ziekenhuissector inmiddels is gebleken dat deze DBC’s veel verheldering geven over wat aan kwaliteit en prestaties verwacht kan worden. ‘Doordat we als zorgverzekeraars straks DBC’s bij revali- datie-instellingen gaan inkopen, kun je prestaties afspreken per DBC. Ik denk dat we veel meer inzicht krijgen in de wijze waarop de zorg aan onze verzeker- den verleend gaat worden. Daardoor kunnen we hen beter informeren, en dat is waar we uiteindelijk naar toe willen. Zo’n DBC omschrijft immers precies de zorg die geleverd wordt: de multidisciplinaire revalidatiegeneeskundige zorg. Of wij andere DBC’s dan revalidatie-DBC’s zullen inkopen bij de revali- datiecentra – zoals voor reactivering – zal afhangen van de prijsvoordelen of een passende plaats in de zorgketen.’

Eén financieringsstroom

De Vries laat weten dat aanbodgerichte zorg steeds meer zal plaatsmaken voor vraaggestuurde zorg, waarbij verzekerden de regie gaan voeren. De zorgverze- keraars zullen die verzekerden dan ondersteunen door zorg in te kopen met de daarbij geleverde prestatie-indicatoren. Wat De Vries betreft, zal echte revali- datiegeneeskunde alleen bij revalidatie-instellingen worden ingekocht en niet bij verpleeghuizen. Hij pleit voor het overhevelen van de verpleegzorgkosten vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, waaronder ook de revalidatie valt. ‘Als in de toekomst de verpleeghuiszorg wordt verdeeld in woonzorg en verpleegzorg en vervolgens die verpleegzorg gewoon in de basisverzekering komt, dan zit zowel de reactivering van het verpleeghuis als de revalidatie in dezelfde verzekering. In overleg met het ziekenhuis kun je dan bepalen of bijvoorbeeld een CVA-patiënt naar een verpleeghuis kan of, als gespecialiseerde revalidatie nodig is, beter naar een revalidatie-instelling doorgestuurd kan worden. We willen graag die zorg in één financieringsstroom houden, zodat je de ketenzorg ook als één geheel kunt inkopen. Voor iedereen wordt het zo inzichtelijker. Bovendien is het gestoei over welk onderdeel AWBZ is en welk deel uit de ziektekostenverzekering betaald moet worden, dan ook definitief voorbij. Het is voor ons allen een leerproces om te luisteren naar wat de klant wil, zodat we er gezamenlijk een nog mooier product van kunnen maken.’

Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

Unieke positie in Friesland

Door John Ekelboom



Revalidanten: 2550 per jaar
 Medewerkers: 400
 Vrijwilligers: 100
 Bedden: 65, waarvan 15 voor kinderen
 Poliklinische Revalidatiebehandeluren (RBU's):
 53.000 per jaar
 Klinische Revalidatiebehandeluren (RBU's):
 37.000 per jaar



Foto's: John Ekelboom

Revalidatie Friesland is van oudsher gevestigd in een landhuis in het dorp Beetsterzwaag. Directeur algemene zaken Gerrie Eikelboom, die trots een rondleiding geeft door het statige gebouw, vertelt dat aan dit onderkomen een romantisch verhaal ten grondslag ligt. 'Een van de laatste bewoners uit de adellijke familie Van Lynden was freule Cornelia. Als tiener was zij begaan met zieke mensen uit de omgeving. Zij gaf hen pillen en zalfjes, die ze van zelfgeplukte kruiden maakte. Maar in 1880 stierf Cornelia op twintigjarige leeftijd aan tbc. Ter nagedachtenis besloten haar ouders hun huis na te laten aan een naar haar vernoemde stichting, die het liet ombouwen tot kinderziekenhuis. Mijn huidige kantoor was destijds een van de patiëntenkamers.'

Richtte het ziekenhuis zich vanaf 1915 uitsluitend op kinderen, intussen is het een revalidatiecentrum voor mensen van alle leeftijden. Ook de huisvesting is al lang niet meer beperkt tot het landhuis, dat nu alleen nog een kantoorfunctie heeft. Zo verrees twee jaar geleden een nieuw complex aan de achterzijde van het gebouw. Verder heeft het centrum in de loop der jaren ook zijn vleugels uitgeslagen in de provincie. In 1985 leidde dat tot de oprichting van Revalidatie Friesland. Naast Beetsterzwaag zijn er nu ook vestigingen in ziekenhuizen in Leeuwarden, Sneek en Heerenveen. Dit jaar hoopt Revalidatie Friesland een dagbehandeling in Dokkum te openen. 'Ons streven is zoveel mogelijk met andere gezondheidsinstellingen samen te werken, om patiënten overal in de regio te kunnen bedienen. Om een dergelijk netwerk optimaal te laten functioneren, hebben we hier een kenniscentrum waar patiënten, familie en ook behandelaars voor informatie over revalidatie terecht kunnen.'

Revalidatie Friesland biedt vrijwel alle vormen van revalidatie aan, zowel klinisch als poliklinisch. De klinische kinderrevalidatie beperkt zich overigens niet tot de Friese grenzen. Ook Groningen, Drenthe en de kop van Overijssel weten hun weg naar Beetsterzwaag te vinden. Bovendien legt het centrum zich al langere tijd toe op arbeidsrevalidatie en op afasiepatiënten die vooral Fries spreken. Voor hen is er zelfs een **Friestalige afasietest**. Eikelboom: 'Op het gebied van afasie hebben we sinds kort een nieuwe behandelvorm ontwikkeld: de Speech Music Therapy for Aphasia. Op speciaal voor de patiënt geschreven muziek leren afasiepatiënten weer praten. Dat blijkt voor een aantal afasiepatiënten erg goed te werken.'

Echt wetenschappelijk onderzoek doet Revalidatie Friesland zelf niet. Wel participeert de organisatie in wetenschappelijke studies en heeft zij in 2002 prof. dr. Mijna Hadders-Algra benoemd tot bijzonder hoogleraar ontwikkelingsneurologie aan het Universitair Medisch Centrum Groningen. De directeur ziet dit als een belangrijke stap om toegang te krijgen tot nationale en internationale onderzoeksnetwerken, wat intern weer een **kwaliteitsimpuls** kan opleveren.

Dat Revalidatie Friesland het enige revalidatiecentrum in deze provincie is, heeft volgens haar zo zijn voordelen. Daardoor krijgt het centrum veel voor elkaar. Zo kon mede dankzij **fondswerving** een aangepaste sporthal met paralympische kwalificaties worden gebouwd en het landhuis worden gerenoveerd. Eikelboom: 'Verder gaan we waarschijnlijk nog dit jaar samen met het Ronald McDonaldfonds een vakantiehuis op ons terrein bouwen, waar gehandicapte kinderen uit heel Nederland vakanties met hun ouders kunnen doorbrengen. Ook dit lukt alleen door onze unieke positie in Friesland.'

Sinds 2000 loopt het onderzoeksprogramma PERRIN, dat zich richt op kinderen met cerebrale parese. Het programma heeft onder meer het meetinstrument PEDI-NL (Pediatric Evaluation of Disability Inventory – Nederlandse bewerking) voortgebracht. Door middel van een gestandaardiseerd interview met ouders wordt het zelfstandig functioneren van een kind in kaart gebracht. Het Platform Kinderrevalidatie is positief en revalidatiecentra zijn geïnteresseerd. • Door Inez Pelgröm

Het kind beter in beeld

Dr. Marjolijn Ketelaar is als coördinator van PERRIN betrokken geweest bij de ontwikkeling van het nieuwe meetinstrument. Hoewel PERRIN is gericht op kinderen met cerebrale parese vertelt ze dat de PEDI-NL geschikt is voor kinderen met allerlei diagnoses. 'Het kan gebruikt worden om gegevens van een kind te vergelijken met die van gezonde kinderen', legt ze uit. 'Zodoende is te bepalen in hoeverre de ontwikkeling van een kind afwijkt van de normgegevens.' Tegelijkertijd is het meetinstrument een evaluatief middel. Het is mogelijk om hiermee de ontwikkeling over langere tijd te meten.

De PEDI-NL heeft nog een voordeel. Voorheen stond het functioneren van het kind in het revalidatiecentrum centraal. 'Over het functioneren thuis wisten we weinig', vertelt Ketelaar. Met de PEDI-NL komt daar verandering in en dat is volgens haar een enorme winst. 'Door in gesprek te gaan, komen hulpverleners en ouders op één lijn. De ouders gaan nadenken over wat hun kind thuis kan. Ze signaleren daardoor weer dingen die van belang zijn voor de behandeling.'

Vergelijken

De PEDI-NL geeft het behandelteam een goede indruk van het kind, hetgeen een basis kan zijn voor het stellen van behandeldoelen. Ook is eenvoudig te achterhalen of doelen behaald zijn; het instrument brengt tot in detail in beeld hoe een kind functioneert op zelfverzorging, voortbewegen en sociaal functioneren. Ketelaar vindt het goed dat gegevens nu op systematische wijze worden vastgelegd. 'Als iedereen met dezelfde methode werkt, kunnen we ook revalidatiecentra met elkaar vergelijken.'

Inmiddels is de PEDI-NL uitontwikkeld. Drie revalidatiecentra werken er al

mee. Ketelaar heeft goede hoop dat andere centra het komende jaar volgen. 'De nadruk ligt nu op de implementatie', zegt ze, 'behandelaars moeten ermee aan de slag.'

Scholing

Het Platform Kinderrevalidatie van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen steunt de komst van de PEDI-NL en adviseert revalidatiecentra het instrument standaard in de behandeling op te nemen. Jan Willem Gorter, kinderrevalidatiearts en secretaris van het platform: 'De uitdaging is om behandelaars te enthousiasmeren zich hiervoor te scholen. De kinderrevalidatieartsen zullen nu afspraken moeten maken over het gebruik van de PEDI-NL in hun centrum.' Voor de toekomst ziet hij mogelijkheden om het meetinstrument te gebruiken als prestatie-indicator voor revalidatiecentra. 'We hebben de PEDI-NL daarvoor genoemd en wij willen er graag mee verder', aldus Gorter.

Structurele plek

Marieke Bosgoed geeft trainingen aan hulpverleners over het gebruik van de PEDI-NL. Ze vertelt dat de animo erg groot is. Voor de incompanytrainingen hebben zich meerdere revalidatiecentra aangemeld. De cursisten ervaren de tweedaagse training als erg zinvol. 'Het afnemen van de meting, interpretatie van scores en uitleg over uitzonderingssituaties; het vraagt allemaal echt om een toelichting', legt ze uit. Ze merkt dat behandelaars de PEDI-NL een structurele plek in hun werk willen geven: 'Revalidatiecentra zien er absoluut de voordelen van in en ik verwacht zeker dat steeds meer centra de PEDI-NL gaan gebruiken.'



Foto: Inge Handbrink

Kinderen met cerebrale parese hebben houdings- en bewegingsproblemen als gevolg van een hersenbeschadiging die rond de geboorte ontstaat. Cerebrale parese is de meest voorkomende diagnose in de kinderrevalidatie.

Enkele andere resultaten uit PERRIN (PEdiatric Rehabilitation Research In the Netherlands):

- Het blijkt dat er enorme verschillen bestaan tussen wat gezinnen, revalidatieprofessionals en schoolprofessionals belangrijk vinden in de zorg voor kinderen met cerebrale parese.
- Bij heel jonge kinderen was er weinig ervaring met het classificatiesysteem GMFCS, ontwikkeld voor kinderen met cerebrale parese. GMFCS blijkt ook bij hen zeer zinvolle informatie op te leveren.
- Een deel van de kinderen met cerebrale parese blijkt tijdens de puberteit een groter risico te lopen om motorisch slechter te gaan functioneren. Het blijkt relatief eenvoudig voorspelbaar welke kinderen dat zijn.
- Ongeveer een derde van de jongvolwassenen met cerebrale parese blijkt behoefte te hebben aan één of meer vormen van zorg, terwijl zij geen zorg ontvangen.

Voor meer informatie: www.perrin.nl.



**Landelijk Servicepunt
Kinderrevalidatie**

Nu bereikbaar: Landelijk Servicepunt Kinderrevalidatie

In de zomer van 2006 startte het Landelijk Innovatieprogramma Kinderrevalidatie (LINK).^{*} Doel is het opzetten van een structuur voor landelijke bundeling en uitwisseling van kennis. Daarbij zijn drie hoofdthema's gekozen: 'samenwerking en samenhang', 'toerusting van ouders en gezin' en 'transitie van jongere naar volwassene'. Zo gaat in Utrecht een project draaien over gezinsgerichte behandeling. De resultaten daarvan moeten niet alleen leiden tot verbeteringen bij revalidatiecentra, maar ook bij andere instellingen die hulp bieden aan gehandicapte kinderen, zoals MEE of kinderafdelingen van ziekenhuizen.

Onlangs is het Landelijk Servicepunt Kinderrevalidatie van start gegaan, dat kan worden gezien als het bureau van LINK. Er gebeurt in Nederland veel op het gebied van kinderrevalidatie, alleen weet men dit vaak niet van elkaar. Het servicepunt gaat daar verandering in brengen. Het servicepunt brengt kennis bijeen en biedt de mogelijkheid om van elkaar te leren. Om kennis te kunnen delen, is een website ontwikkeld. Deze website toont onder andere het aanbod van instellingen die hulp bieden aan gehandicapte kinderen. Ook wordt informatie gegeven over behandelprogramma's, innovatieve projecten en wetenschappelijk onderzoek. Via een forum kunnen professionals vragen stellen en ervaringen en kennis uitwisselen. Op deze manier kan bijvoorbeeld een fysiotherapeut uit Groningen ontdekken dat een ergotherapeut uit Brabant een heel praktisch antwoord heeft gevonden op de vraag hoe een kind dat loopt met krukken toch met zijn ouders mee kan op een fietstocht.

Het Landelijk Servicepunt Kinderrevalidatie kan informatie op de site plaatsen, maar bijvoorbeeld ook netwerken opzetten of lacunes in het onderzoek signaleren en aankaarten bij fondsen, kortom: ondersteuning bieden bij kennisuitwisseling. De dienstverlening is gratis.

Marjet Veenstra, secretaris Landelijk Servicepunt Kinderrevalidatie

Als u meer wilt weten over het Landelijk Servicepunt Kinderrevalidatie en LINK, kunt u kijken op www.kinderrevalidatie.info.

U kunt ook contact opnemen met Marjet Veenstra: (030) 273 93 84 of m.veenstra@revalidatie.nl.

Kijk op de site en als u denkt dat u aanvullende informatie kunt aandragen, laat het dan weten!

^{*} LINK is een initiatief van oudervereniging BOSK, onderwijsvereniging LVC3, ondersteuningsorganisatie Mee Nederland, branchevereniging Revalidatie Nederland en de beroepsverenigingen van revalidatieartsen (VRA), psychologen (NIP) en pedagogen en onderwijskundigen (NVO). LINK wordt gefinancierd door het Johanna Kinderfonds, de Nederlandse Stichting voor het Gehandicapte Kind, de Adriaanstichting en de Phelpsstichting.

Als je hand het niet goed doet, heb je een probleem. Je kunt misschien niet meer werken, huishouden of je haar wassen. Diverse revalidatiecentra hebben een spreekuur voor mensen met handproblemen. In het Centrum voor Revalidatie – UMCG hebben ze het grondig aangepakt. Daar bestaan vijf verschillende spreekuren waarbij tien disciplines betrokken zijn. Iedereen met een handprobleem kan er terecht.

Grondige aanpak in Groningen

Als je hand het niet

Bij het Centrum voor Revalidatie – UMCG melden zich jaarlijks zo'n tweehonderd nieuwe patiënten met handproblemen. De aard van de problemen varieert sterk: een doorgesneden pees ten gevolge van een glasverwonding, een aangeboren handafwijking, doorgesneden vaten, spieren en zenuwen na een suïcidepoging, afwijkingen als gevolg van reuma, een cosmetisch probleem door een kromme pink, overbelastingsklachten door bijvoorbeeld computerwerk, enzovoort. De oplossingen zijn even divers, variërend van een teen-vingertransplantatie tot een bestekaanpassing of een gesprek bij de psycholoog.

Gezamenlijk

Het Groningse Handenteam bestaat al bijna twintig jaar en heeft altijd een multidisciplinaire aanpak gehad. Bijzonder is de nauwe samenwerking met verschillende specialismen in het UMCG, waarmee gecombineerde spreekuren worden gehouden. Zo is er een reumahandenspreekuur en een spreekuur voor mensen met traumatisch handletsel. Corry van der Sluis is als coördinerend revalidatiearts betrokken bij de meeste spreekuren. 'Afhankelijk van de aard van het letsel is een plastisch chirurg, orthopeed, traumatoloog of reumatoloog aanwezig. Bij het spreekuur voor kinderen met een aangeboren handafwijking wordt de klinisch geneticus ingeschakeld. Bij elk spreekuur zijn handtherapeuten betrokken die veel weten over die specifieke aandoeningen. Een psycholoog is standaard lid van het team. Een voordeel van gezamenlijke spreekuren is dat de patiënt niet drie of vier bezoeken aan verschillende behandelaars hoeft af te leggen voor hetzelfde probleem en dat behandelaars meteen kunnen overleggen, waardoor de patiënt een eenduidig advies krijgt.'

Mensen

Dat een psycholoog in het Handenteam meedraait, is alles behalve gebruikelijk. Psycholoog Ernst Schrier vertelt over zijn rol: 'Om het simpel te zeggen: we behandelen mensen, geen handen. Ziekte, letsel, aandoening: het heeft altijd gevolgen voor de emotionele toestand van degene die het treft. Als kunnen, willen en moeten te ver uit elkaar komen te liggen, geeft dat stress. Een psycholoog besteedt daar aandacht aan. We brengen in kaart hoe mensen omgaan met hun handletsel: zijn ze bijvoorbeeld geneigd zichzelf te veel te ontzien of neigen ze juist tot overbelasten? Voor de therapeuten levert dit nuttige informatie op, die ze meenemen in hun behandeling. Als er sprake was van een ongeluk, kan de psycholoog helpen dit te verwerken. Zeker als het letsel het gevolg is van een bedrijfsongeval, is verwerking vaak een voorwaarde voor terugkeer naar het werk. Arbeidsreïntegratie is sowieso een prominent gespreksonderwerp. En voor sommige mensen is het cosmetische aspect heel belangrijk; zij vinden hun hand zo lelijk dat ze 'm gaan verstoppen en niet meer gebruiken. Verder komt het voor dat patiënten al in de problemen zaten en dat het handletsel de bekende druppel is. Dan bespreek je veel meer dan alleen de gevolgen van het letsel.'

Eén loket

Corry van der Sluis: 'De inzet van meer disciplines tijdens één spreekuur heeft meerwaarde, zeker bij complexe problemen. Behandelpannen worden afgestemd, waardoor zowel beter als efficiënter wordt behandeld. Er zijn korte communicatielijnen tussen de verschillende disciplines en er is een goede samenwerking tussen alle behandelaars. Eén zorgketen voor alle handproblemen, één loket. De patiënt doet er zijn voordeel mee.'

Maerian de Jong, communicatiemedewerker Centrum voor Revalidatie - UMCG



Foto: Inge Hombrink

goed doet ...

NIEUWE INZICHTEN

In het Centrum voor Revalidatie - UMCG wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effecten van *motor imagery*. Op basis van de laatste inzichten zet het Handenteam *motor imagery* en sensorische training (in combinatie met spiegeltherapie) in als nieuwe therapievormen.

Bij **motor imagery** wordt de patiënt gevraagd zich bepaalde bewegingen voor te stellen, terwijl hij die bewegingen niet daadwerkelijk maakt. Patiënten met een buigpeesletsel stellen zich bijvoorbeeld voor dat ze hun vingers actief kunnen buigen, terwijl ze dit in werkelijkheid nog niet mogen doen omdat de geopereerde pees moet genezen. Onderzoek laat zien dat het zich voorstellen van bewegingen een gunstig effect kan hebben op het later weer bewegen van lichaamsdelen die een periode uitgeschakeld zijn geweest. *Motor imagery* wordt in het Centrum voor Revalidatie - UMCG ook toegepast bij CVA-patiënten, die verloren gegane motorische vaardigheden op deze manier trainen.

Bij **sensorische training** leert de hand door gestructureerd trainen weer opnieuw voelen en leren de hersenen het gevoel weer begrijpen. Onderzoek heeft aangetoond dat deze vorm van oefenen een gunstige invloed heeft op het herstel van de handfunctie. Oefeningen zijn bijvoorbeeld: het aanraken van de gevoelloze vingers met dezelfde vingers van

de andere hand; met een pen over de hand gaan totdat de aanraking duidelijk voelbaar is en gaandeweg de druk verminderen; 'blind' gelijksortige voorwerpen bij elkaar zoeken, zoals sleutels of munten.

Spiegeltherapie is één van de methoden om de hersenen te prikkelen. Bij spiegeltherapie wordt de niet-aangedane hand voor de spiegel gehouden terwijl de aangedane hand uit het gezichtsveld van de patiënt achter de spiegel verborgen wordt. De patiënt kijkt in de spiegel naar de niet-aangedane hand; de hersenen laten zich voor de gek houden door het spiegelbeeld en denken de aangedane hand te zien. Net als bij *motor imagery* worden de hersenen geactiveerd, zodat ze hun functie weer gaan vervullen. Deze therapievorm wordt ook toegepast bij patiënten met overgevoelige zenuwen (hyperpathie) en bij patiënten bij wie pezen worden verplaatst (peestranspositie) na een zenuwletsel van de hand.

Een folder over sensorische training en spiegeltherapie is binnenkort verkrijgbaar bij het secretariaat van het Handenteam: (050) 361 14 84. De folder wordt ook op de website gezet. Meer informatie vindt u op www.centrumvoorrevalidatie.nl, zoeken op 'Handenteam'.

Revalidatie is méér

Als oud-revalidant wil ik graag iets vertellen over mijn revalidatie. Revalideren is namelijk méér dan veel mensen denken. Ik heb zelf gerevalideerd voor rug- en beenklachten. Toen ik binnenkwam bij het revalidatiecentrum, ging het slecht met me. Ik had eigenlijk geen leven door de pijn. Ik kreeg injecties voor de pijnbestrijding, die maar even werkten. Als zo'n injectie was uitgewerkt, kroop ik weer mijn bed in. Zo ging dat maand na maand. Mijn spieren waren verzwakt, conditie had ik niet meer en zelf wilde ik niet meer.

De revalidatiearts onderzocht me en besloot dat ik mocht revalideren. Want je mag zomaar niet revalideren, daar is een duidelijke indicatie voor nodig. Ik dacht ook dat ik graag wilde revalideren, maar ik wist niet echt wat me te wachten stond. De start van de revalidatie was daardoor moeilijk. Van het team moest ik weer gaan bewegen en daar was ik eerst heel boos om. Toch kregen ze me zo ver dat ik mee ging werken.

Een paar van alle belangrijke dingen die de teamleden voor me gedaan hebben:

- De fysiotherapeut heeft me beter met de pijn leren omgaan, onder andere door het verbeteren van mijn til- en oppaktechniek, balans en concentratie. En heel belangrijk, ze heeft me weer leren voelen.
- De ergotherapeut heeft me andere werktechnieken aangeleerd, zoals zittend aardappelen schillen. Ze heeft me ingeprent om tijdig en genoeg pauzes te nemen.
- De bewegingsagoog bouwde heel rustig de beweging op. Ik ging zwemmen en later ging

ik voor het eerst weer fietsen. Vanaf het moment dat ik weer kan fietsen loop ik weinig meer. Ik heb daarover destijds wel gejoekt. Als een therapeut vroeg of ik nog liep praatte ik er overheen en zei snel van wel terwijl het niet zo was. Dit was omdat ik niet geconfronteerd wilde worden. Ik weet zelf dat het niet goed was en mijn geweten knaagt een beetje. Het is wel mijn verantwoordelijkheid. Maar lopen is en blijft pijnlijk en zeer hinderlijk...

- De maatschappelijk werker behandelde met mij het boek *De pijn de baas*. Dat was confronterend, ik heb het boek vaak door de kamer gesmeten.
- Als mensen naar de psycholoog worden verwe-

werkt bij een pakketdienst te zwaar is, ben ik met een reïntegratiebureau op zoek naar ander werk en ik ga een opleiding volgen. Ik ben er weer, mijn gevoel van eigenwaarde komt terug en mijn leven gaat de goede kant uit. Ik vind het ontzettend knap hoe therapeuten in de revalidatie omgaan met revalidanten en hun problemen. Met veel kennis van zaken en begrip wisten ze me in beweging te krijgen.

Ik heb gemerkt dat veel mensen niet weten wat revalideren inhoudt. Ze denken dat het fysiotherapie is voor mensen die na een operatie moeten opknappen. Maar in een revalidatiecentrum worden veel meer mensen op veel meer manieren

'Ik heb gemerkt dat veel mensen niet weten wat revalideren inhoudt'

zen, denken ze vaak dat bedoeld wordt dat ze geen medisch probleem hebben, maar een probleem tussen de oren. Maar zo is het niet. Angsten en zorgen, bijvoorbeeld over je toekomst of financiële situatie, kunnen invloed hebben op je pijn. Je moet leren daarover te praten, om uit dat kringetje te komen.

Revalidatie heeft me veel verder geholpen. Ik lig niet meer in bed, maar ik loop weer en ik sport op mijn niveau. Ik weet hoe ik moet bewegen, wat ik wel kan (het belangrijkste), maar ook wat ik niet kan (ook belangrijk voor mensen zoals ik, die snel over hun grens heengaan). Omdat mijn

geholpen. Mensen die een herseninfarct of een ernstig ongeluk hebben gehad, kinderen die met een handicap zijn geboren, mensen met MS en nog heel veel anderen die moeten leren omgaan met hun beperkingen en mogelijkheden. Er worden zoveel mensen geholpen, die door revalidatie verder kunnen op hun manier. Daarom moet het ook zeker in het basispakket blijven. Revalidatie moet voor iedereen beschikbaar blijven!

*Hennie van de Koppel,
oud-revalidant van De Tolbrug in Den Bosch*

Gül Civi

Door Annelies van Lonkhuyzen

WERK > COÖRDINATOR VERPLEGING BIJ SOPHIA REVALIDATIE IN DEN HAAG; WERKT VOORAL MET CVA-PATIËNTEN

LEEFTIJD > 33 JAAR

PRIVÉ > GETROUWD, EEN ZOON

GROOTSTE HOBBY > WANDELEN

HEKEL AAN > GEBREK AAN RESPECT



Foto: Inge Hombrink

Wat doe je precies voor werk?

'Als coördinator verpleging ben je verantwoordelijk voor de 24-uurszorg van je unit. Ik moet er bijvoorbeeld op toezien dat er genoeg verpleging aanwezig is en dat de zorg goed verloopt. Ook ben ik aanspreekpunt voor andere disciplines. Naast het leidinggeven werk ik als verpleegkundige; die combinatie maakt mijn werk extra veelzijdig. Als verpleegkundige ben je veel aan het trainen met CVA-patiënten, om hen zoveel mogelijk hun zelfstandigheid terug te geven. We werken daarbij met behandeldoelen en een actieplan, dat wordt opgesteld in overleg tussen therapeuten en patiënt. Oefenen doe je tijdens de dagelijkse bezigheden, zoals wassen of aankleden. Het continue trainen helpt om vaardigheden op te bouwen en vast te houden. Wat we in de verpleging ook doen, is

observeren en signaleren. Wij zien patiënten veel, we staan in het revalidatiecentrum het dichtst bij ze. Daardoor zien we ook sneller dingen die niet lekker lopen. Doordat patiënten langere tijd bij ons verblijven, bouwen we een vertrouwensband op. Ook met de familie of partner, de contacten zijn intensief.'

Wat vind je zelf het allerbelangrijkst in je werk?

'Om te beginnen natuurlijk goede zorg leveren, in nauwe samenwerking met de andere disciplines. Maar heel belangrijk vind ik ook zoiets eenvoudigs als beschikbaar zijn. Mensen die opgenomen moeten worden na een CVA, hebben het moeilijk. Ze weten vaak niet wat ze overkomt, zelfs de eenvoudigste dingen lukken niet meer. Vaak

overzien ze zelf niet goed hoe ze veranderd zijn, maar hun naasten zien dat wel: ook dat is moeilijk. Mensen hebben iets te verwerken. Een luisterend oor is dan belangrijk, gewoon: dat iemand zijn verhaal kwijt kan, zich serieus genomen voelt. In een revalidatiecentrum wordt daar de tijd voor genomen, er is echt aandacht voor de persoon. Elke patiënt is uniek en brengt zijn eigen ervaring met zich mee. Daar moeten wij op inhaken. Want we kunnen wel denken dat iemand zich vooral graag goed wil kunnen redden in huis, maar misschien vindt hij het veel belangrijker om bijvoorbeeld weer eens naar het theater te kunnen. We hebben regelmatig begeleidingsgesprekken met patiënten. Dan bespreken we hoe het gaat met de revalidatie en welke doelen iemand zelf wil bereiken.'

Wat zijn moeilijke momenten?

'Ik voel me wel eens machteloos. Als ik zie hoe iemand zijn best doet en hoe het team van alles probeert, maar als iemand toch maar niet verder komt. Ik zou dan meer willen doen voor een patiënt dan ik kán doen.'

En mooie momenten?

'Die heb ik dagelijks. Vooral als een patiënt blij is omdat hij weer iets bereikt heeft. Het zijn vaak kleine dingen, maar ze betekenen enorm veel. Het blijft me steeds weer verbazen hoe vèr mensen vooruit kunnen komen. Als iemand dan ondanks een moeilijke start toch weer zelfstandig naar huis kan, is dat prachtig. Het feit dat ik samen met mijn collega's iets kan betekenen voor patiënten geeft me veel voldoening. Ik heb elke dag een tevreden gevoel.'