



Revalidatie heeft eigen elektronisch patiëntendossier!

- > Robots in opkomst > Pijn die ontstaat in de hersenen?
- > Zorglogistiek: logische verbeteringen > Aandacht voor adaptatietechniek
- > Revalideren met muziek > Beter leren lopen met nieuwe loopband

inhoud

RM²⁻⁰⁹

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

4> Robots in de revalidatie

Robots worden nog maar mondjesmaat gebruikt in de revalidatie, maar dat gaat veranderen.

6> Berichten

7> Beter leren lopen

De C-Mill is een nieuw soort loopband, waarmee het aanpassingsvermogen tijdens het lopen kan worden getraind.

10> 'Techniek helpt'

Vijf vragen aan Peter Berga, adaptatie-technicus en voorzitter van het Adaptatie-overleg Nederland.

11> 'Altijd geloof in jezelf houden'

Petra Meese

15> Het centrum

Revalidatiecentrum Breda

18> Werken aan zorglogistiek: logisch

Revalidatiecentra die meedoen aan Revalidatie in Beweging leren anders kijken naar hun eigen organisatie, vertelt adviseur Hans Mallie.

19> Column

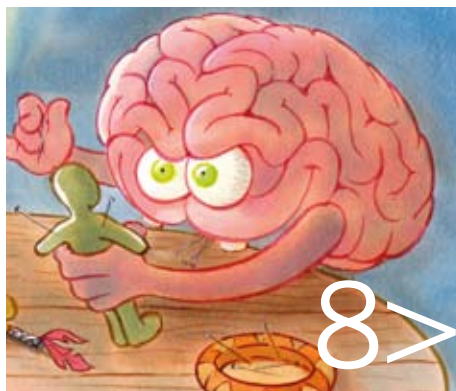
Zelfstandig

20> Het standpunt

Veiligheidsmanagement, ook in de revalidatie

21> Het werk

Frits Renshof, sociaal-pedagogisch medewerker



Pijn in de hersenen

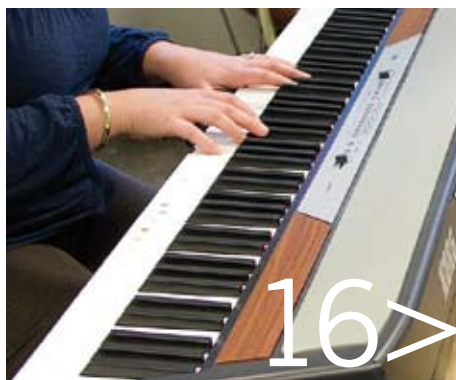
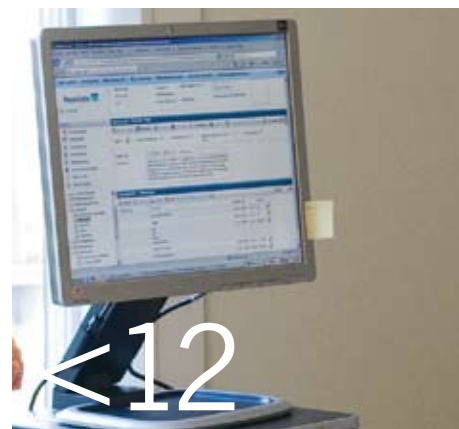
Ontstaat de pijn die mensen met CRPS voelen in hun armen en benen in hun hersenen? Die gedachte wint steeds meer terrein.

• Alice Broeksma

Revalidatie eerste zorgsector met eigen EPD

Als eerste zorgsector in Nederland heeft de revalidatie sinds kort een eigen elektronisch patiëntendossier. Bijzonder is dat het werd ontwikkeld door alle revalidatiecentra samen.

• John Ekelboom



Het gaat beter met muziek

Muziek is een mooi middel om te gebruiken in de revalidatie. En dat zou veel meer moeten gebeuren, zegt revalidatiearts Kees Hein Woldendorp.

• Anne Merkie

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 (hoofredacteur, Raad van Bestuur Rijnlands Revalidatie Centrum) • John Ekelboom (journalistiek adviseur) • Drs. Annelies van Lonkhuyzen (eindredacteur) • Sjoerd Vegter MHA (hoofredacteur, Raad van Bestuur De Trappenberg) **Raad van Advies** Prof.dr. Hans Arendzen (hoofd afdeling revalidatiegeneeskunde Leids Universitair Medisch Centrum) • Drs. Chiel Bos (directeur Zorg Verzekerders Nederland) • Gijsbert 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 Hondelbrink **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 • **Abonnementenprijs** Jaarabonnement particulieren € 33,00, studenten € 16,50, instellingen € 66,15 • 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, 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

Robots worden nog maar mondjesmaat gebruikt in de revalidatie, maar dat gaat veranderen. Over de nog relatief primitieve looptrainingsrobot Lokomat klinken positieve geluiden, en geavanceerdere robots zijn in aantocht. • Door Adri Bolt

Robots in de revalidatie

De bekendste robot die in de Nederlandse revalidatiesector wordt gebruikt is ongetwijfeld de Lokomat. Revalidatiecentrum Amsterdam (RCA) nam in de zomer van 2006 de eerste in gebruik, dankzij steun van Revalidatiefonds en Nuts/Ohra. Sinds eind januari staat de tweede bij de Sint Maartenskliniek in Nijmegen. De Lokomat bestaat uit een tuig dat een gedeelte van het lichaamsgewicht van de revalidant draagt en een 'extern skelet' - zie het als een paar robotbenen - aan de buitenkant van de benen. De revalidant loopt op een lopende band en wordt bij de loopbeweging geholpen door de robotbenen. De kracht waarmee dit gebeurt is instelbaar, evenals bijvoorbeeld de snelheid van de loopbeweging. 'De Lokomat is geschikt voor mensen met een beperkte loopfunctie. De revalidant moet nog wel iets kunnen, en zo veel mogelijk zelf doen', vertelt Thomas Janssen, hoogleraar aan de VU en hoofd van het onderzoekslaboratorium van het RCA. 'De therapeut kan aflezen in hoeverre de Lokomat moet helpen.'

Vooruitgang

De resultaten van de looptraining met de Lokomat lijken goed, maar er is nog weinig wetenschappelijk onderzoek naar gedaan: 'Daarom doet een promovendus onderzoek bij ons. Er blijkt vooruitgang te zijn bij vrijwel alle revalidanten, gemeten naar de mate waarin zij spontaan lopen of staan. Maar die vooruitgang varieert nogal, ook binnen de verschillende groepen patiënten. We onderzoeken nu of de Lokomat effectiever is dan de gangbare therapievormen. Mogelijk is de Lokomat vooral effectief voor mensen die nog maar weinig kunnen, en zijn andere therapievormen beter voor mensen die al wat meer kunnen. In elk geval zijn de meeste revalidanten enthousiast over het apparaat.' Dat zal mede te maken hebben met de neveneffecten die de Lokomat blijkt te hebben, vooral bij mensen met een dwarslaesie. 'Zij geven aan dat bijvoorbeeld hun darmfunctie en seksuele functie er beter van worden.' Een groot voordeel van de Lokomat is dat de therapeuten nauwelijks nog lichamelijk belast worden. Nadeel is weer dat de revalidant het apparaat in en uit moet worden geholpen. 'Dat kost een klein halfuur.

Wanneer je een uur de tijd hebt, oefen je ruim de helft daarvan. Aan de andere kant kan de Lokomat door één therapeut bediend worden, terwijl voor veel andere looptrainingen twee therapeuten nodig zijn. Maar veel besparing in arbeidstijd levert de Lokomat niet op.'

Intelligent

'Een robot is een mechanisch apparaat met een actuator, een regelaar en sensoren', zegt Frans van der Helm, hoogleraar biomechatronica en biorobotica aan de Technische Universiteit Delft. 'De actuator, bijvoorbeeld een elektromotor, zorgt dat de robot iets doet. De regelaar zorgt dat de actuator aan de slag gaat. Dat doet die regelaar op basis van signalen van de sensoren, die meten wat de positie van de robot is en hoeveel kracht wordt uitgeoefend.' Verder moet een robot intelligent gedrag vertonen. 'Dat betekent dat hij doelgericht en effectief met zijn omgeving omgaat.' De Lokomat doet dat in beperkte mate, want die legt een vooraf vastgesteld looppatroon op aan de patiënt. Dat geldt niet voor looprobot Lopes, die is ontwikkeld bij het Biomedisch Technologisch Instituut van de Universiteit Twente, in nauwe samenwerking met Roessingh Research & Development. Biomedisch werktuigbouwkundige Herman van der Kooij is daar nauw bij betrokken. 'De Lopes werkt ook met een extern skelet', vertelt hij. 'Maar uitgangspunt is dat de Lopes helpt wanneer de patiënt het nodig heeft. De Lopes meet precies wanneer hij steun moet geven, en interacteert dus met de patiënt.'

Interessanter

Diezelfde partners ontwikkelen ook revalidatierobots voor schouder en arm. Arno Stienen promoveerde onlangs aan de UT op de ontwikkeling van drie van zulke apparaten. De meest geavanceerde, de Dampace en Limpact, passen de oefeningen aan de prestaties van de patiënt aan, net zoals de Lopes dat doet. Maar dat is niet de belangrijkste verbetering. Stienen: 'Door een uitgekende constructie hoeven ze niet precies uitgelijnd te worden met de gewrichten van de patient. Daarmee vermindert de insteltijd van tien minuten tot één à



Foto: Inge Hondebrink / Locatie: Revalidatiecentrum Amsterdam

anderhalve minuut.' Verder bieden de apparaten spelelementen aan. 'Dat maakt de therapie veel interessanter. En een groot voordeel van deze apparaten is dat je er langdurig mee kunt oefenen, met minder inspanning van de fysiotherapeut.' Mogelijk worden de komende tijd enkele van deze apparaten in de praktijk uitgetest in revalidatiecentra.

'Robots kunnen zorgen dat therapeuten hun tijd effectiever besteden'

Toenemend inzicht

'Robots zullen door het systematisch verzamelen van data steeds beter leren wat een effectieve behandeling is voor een individuele patiënt,' zegt Van der Kooij over toekomstige ontwikkelingen. 'Voor de armrevalidatie verwacht ik systemen die ook thuis gebruikt kunnen worden. En misschien komen looprobots beschikbaar via fitnesscentra. Robots kunnen zorgen dat therapeuten hun tijd effectiever besteden.' Hoogleraar Van der Helm verwacht dat robots steeds beter zullen leren werken in 'ongestructureerde omgevingen'. 'Dat kan bijvoorbeeld belangrijk worden voor de thuiszorg.' Daarnaast verwacht hij toenemend inzicht dankzij 'humanoïde' robots, die het gedrag van mensen nabootsen. 'Zo gebruiken onze humanoïden een voor robots nieuwe manier van lopen, waarbij ze niet op elk moment stabiel zijn. Daaruit leerden we al dat de manier waarop je je voet op de grond zet

enorm belangrijk is voor de stabiliteit. Dat inzicht gebruiken we bij metingen aan patiënten, en dat kan veel gaan betekenen voor de revalidatie.' Het inzicht dat stabiliteit belangrijk is, is ook toegepast in de Lopes. 'Die geeft de revalidant meer bewegingsvrijheid dan bijvoorbeeld de Lokomat. Dat helpt om de stabiliteit te oefenen.'

Echt iets nieuws

Van der Helm gebruikt robots ook om het motorisch gedrag van mensen te meten. 'Als je wilt weten hoe mensen bewegingen opnieuw kunnen leren, moet je weten hoe het menselijk regelsysteem werkt en hoe het reageert op verstoringen. Daarvoor hebben we manipulatoren gemaakt, voor enkel, pols en arm. Die leveren inzichten op in het functioneren van het menselijk regelsysteem, bijvoorbeeld bij patiënten die na een hersenbloeding spasticiteit kregen. Bij deze patiënten zijn de reflexen die via het ruggenmerg lopen verstoord. Met de manipulatoren is het voor het eerst mogelijk de sterkte van de positie-, snelheid- en krachtterugkoppeling nauwkeurig te meten. Onlangs kregen we een subsidie van Stichting Technische Wetenschappen voor de vertaling van die inzichten in diagnostische methoden.' Stienen benadrukt dat de inbreng van therapeuten onmisbaar is bij de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden. 'Daarvoor is intensieve samenwerking nodig tussen fysiotherapeuten en revalidatieartsen enerzijds, en ingenieurs en bewegingswetenschappers anderzijds. De inbreng van therapeuten is onmisbaar, maar wij kunnen hen ook echt iets nieuws bieden.'

Webkrant over hulp aan jonge kinderen

Het project Vroeg, Voortdurend, Integraal (VVI) richt zich op het verbeteren van de hulp aan gezinnen met een kind met een handicap of chronische ziekte. Gewerkt wordt aan de opzet van regionale netwerken voor vroege signalering, diagnostiek, begeleiding en behandeling. Met financiële steun van het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg kon VVI een interactieve webkrant ontwikkelen. Daarop is onder meer te volgen hoe in elf pilotregio's wordt gewerkt aan verbeteringen in de zorg. Iedereen kan gemakkelijk artikelen aanleveren voor de krant of reageren op artikelen, en zo op een gerichte en snelle wijze kennis en informatie uitwisselen. De webkrant is te vinden op www.vroegvoortdurendintegraal.nl.



Nieuwe richtlijnen

Eerder dit jaar is de *Verpleegkundige revalidatierichtlijn beroerte* gepubliceerd. Het is de eerste evidence-based richtlijn voor revalidatieverpleegkundigen. In de richtlijn is de beschikbare kennis gebundeld en vertaald naar praktische aanbevelingen voor de dagelijkse zorg. De richtlijn is ontwikkeld door de Hogeschool Utrecht, het UMC Utrecht en Landspitali University Hospital in IJsland. *Verpleegkundige revalidatierichtlijn beroerte*, Elsevier Gezondheidszorg, ISBN 9789035230293.

Ergotherapie Nederland heeft samen met het Parkinson Centrum Nijmegen een richtlijn ontwikkeld voor de ergotherapeutische behandeling van mensen met de ziekte van Parkinson. De richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijke kennis en op inzichten binnen de beroepsgroep. *Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson*, Uitgeverij Lemma, ISBN 9789059313187.

Nieuwe kwaliteitstoets

In maart jl. werd het HKZ-certificatieschema voor medisch-specialistische revalidatie gepresenteerd. HKZ staat voor harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector. Stichting HKZ ontwikkelde het schema op verzoek van Revalidatie Nederland. De normen uit het schema zijn gericht op werkprocessen: hoe organiseer je je zaken? Een revalidatiecentrum of revalidatieafdeling van een ziekenhuis dat voldoet aan de normen kan een certificaat krijgen; iedere drie jaar wordt gekeken of de organisatie het certificaat mag behouden. Met een HKZ-certificaat is voor iedereen duidelijk dat in de organisatie systematisch wordt gewerkt aan de kwaliteit van de dienstverlening. Verschillende revalidatieinstellingen zijn begonnen met voorbereidingen om op termijn certificatie te kunnen aanvragen.

Startpagina kinderrevalidatie

Onlangs werd www.allesoverkinderrevalidatie.nl geopend, een startpagina met een overzicht van websites over kinderrevalidatie. De startpagina is een initiatief van het Landelijk Servicepunt Kinderrevalidatie en de Dutch Academy of Childhood Disability (Dutch-ACD).



Revalidatie Innovatieprogramma

Het ministerie van VWS heeft ZonMw opdracht gegeven om een Revalidatie Innovatieprogramma voor de periode tot 2012 op te zetten. Dit programma moet het innovatievermogen van revalidatieinstellingen versterken, door het in de praktijk doorvoeren van bestaande innovaties en door het ontwikkelen van nieuwe innovaties. Binnenkort is bekend hoe het innovatieprogramma er uitziet en hoe revalidatieinstellingen projectvoorstellen kunnen indienen. Informatie vindt u dan op www.zonmw.nl.

PROMOTIES EN BENOEMINGEN

- > Universitair Medisch Centrum Groningen / Rijksuniversiteit Groningen. Per 1 januari 2009 is Lucas van der Woude benoemd tot hoogleraar bewegingen, revalidatie en functieherstel.
- > Erasmus Universiteit, Rotterdam. Op 28 januari 2009 promoveerde Agnes Willemse-van Son op het proefschrift *Functional prognosis of long-term outcome after traumatic brain injury*.
- > Erasmus Universiteit, Rotterdam. Op 18 februari 2009 promoveerde Ingrid de Groot op het proefschrift *Functioning before and after total hip or knee arthroplasty*.
- > Het Roessingh, Enschede. Per 1 maart 2009 is Carrol Terleth benoemd tot medisch directeur van Het Roessingh. Hij werkte hiervoor bij de Ziekenhuisgroep Twente. Terleth volgt Jan van Amstel op, die met vervoegd pensioen ging.
- > VUmc, Amsterdam. Op 25 maart 2009 sprak Gert Kwakkel zijn oratie *Uitzicht op inzicht* uit. Hij is benoemd tot hoogleraar neurorevalidatie aan de VU.
- > Radboud Universiteit, Nijmegen. Op 15 april 2009 promoveerde Ilse van Nes op het proefschrift *Balance recovery after supratentorial stroke. Influence of hemineglect and somatosensory stimulation*.
- > Groot Klimmendaal, Arnhem. Algemeen directeur Guido van de Logt heeft Groot Klimmendaal verlaten. Per 1 mei 2009 werd hij lid van de raad van bestuur van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis.
- > UMCG, Groningen. Op 13 mei 2009 promoveerde Juha Hijmans op het proefschrift *Orthotic interventions to improve standing balance in somatosensory loss*.
- > Stichting Revalidatie Limburg / Maastricht Universitair Medisch Centrum. Per 1 juni 2009 is Rob Smeets benoemd tot hoogleraar revalidatiegeneeskunde. Zijn aandachtsgebied is chronische pijn.
- > UMCG, Groningen. Op 27 mei 2009 promoveerde Remco Soer op het proefschrift *Functional capacity evaluation: measurements, qualities and normative values*.
- > UMCG, Groningen. Op 22 juni 2009 promoveert Aline Vrieling op het proefschrift *Movement and balance control in lower limb amputees*.



Beter leren lopen

Foto: Inge Homdrikk / Locatie: Revalidatiecentrum Amsterdam

Bij het opnieuw leren lopen, bijvoorbeeld na een CVA of amputatie, speelt het aanpassingsvermogen een grote rol. Want loopomstandigheden variëren, en daar moet je mee kunnen omgaan. Een middel om het aanpassingsvermogen objectief in beeld te brengen en systematisch te trainen ontbrak echter. Dat is nu anders: als onderdeel van promotieonderzoek van Melvyn Roerdink werd de C-Mill ontwikkeld, een nieuw soort loopband.

Het herwinnen van de mogelijkheid om het lopen aan te passen aan de altijd veranderende omgeving – een slechte stoep, druk verkeer – is tot op heden onderbelicht gebleven in de looptraining. Dat is zonde, want een gereduceerd aanpassingsvermogen verhoogt het valrisico. De C-Mill is ontwikkeld om het aanpassingsvermogen te meten en te trainen. Deze loopband heeft een krachtenplatform waarmee automatisch gangbeeldkarakteristieken worden bepaald. Gegevens over cadans, staplengte, stapbreedte en asymmetrie worden weergegeven op een computerscherm. De therapeut kan zo de vooruitgang en het effect van instructies snel, eenvoudig en objectief vaststellen. Dit is een belangrijke stap op weg naar meer transparantie in de looprevalidatie.

In de maat

Met de C-Mill kan het aanpassingsvermogen tijdens het lopen geëvalueerd en getraind worden in een veilige en gecontroleerde omgeving, bijvoorbeeld via obstakel ontwijken. Met een beamer worden lichtvlakken op de loopband geprojecteerd, precies op de plek waar de voet een paar passen verder wordt neergezet. Het lopen moet dus worden aangepast om niet op het lichtvlak te stappen. Als eenmaal een ontwijkstrategie is aangeleerd kan de responstijd worden verkort of de positie van het obstakel worden gevarieerd, om het weer moeilijker te maken. Zo leren revalidanten informatie uit de omgeving te integreren in het lopen. Ook audiofeedback is mogelijk. De C-Mill geeft dan een toontje zodra de revalidant bijvoorbeeld een stap zet die groot genoeg is. Of er wordt gebruik gemaakt van acoustische cueing: de C-Mill bepaalt de cadans van het lopen en laat een daarbij passend ritme horen. De therapeut kan het ritme aanpassen: de stapfrequentie sneller of trager maken, de symmetrie variëren of een toontje eerder of later laten komen dan verwacht. Het lopen moet dan worden

aangepast om weer netjes in de maat te lopen, en zo kan het aanpassingsvermogen getraind worden.

Kabels en markers

De C-Mill is ontwikkeld door een samenwerkingsverband van artsen en therapeuten van Revalidatiecentrum Amsterdam (RCA), de industrie en bewegingswetenschappers en technici van de Vrije Universiteit. Door deze brede samenwerking kon een apparaat worden ontwikkeld dat voldoet aan de eisen vanuit de praktijk. De revalidant kan vrij lopen op de loopband, er zijn geen kabels en markers nodig om het lopen te registreren en tijdrovende analyses achteraf van de loopbeweging zijn niet meer nodig. Met deze innovatie gaat dus geen kostbare therapietijd meer verloren. Het bedrijf Forcelink gaat de C-Mill op de markt brengen; ondertussen wordt de loopband al gebruikt bij de revalidatiecentra RCA en Heliomare. Gewerkt wordt aan evaluatieprogramma's en trainingsprotocollen, om te beginnen voor revalidanten met een prothesebeen, CVA-patiënten en kinderen met cerebrale parese. In een verpleeghuis wordt onderzocht of het trainen van het aanpassingsvermogen het valrisico bij ouderen kan verkleinen. Met de C-Mill kan looptraining een nieuwe fase ingaan.

Melvyn Roerdink, onderzoeker Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam

Op 17 februari 2009 promoveerde Melvyn Roerdink aan de Vrije Universiteit in Amsterdam op het proefschrift 'Anchoring: moving from theory to therapy'. U kunt het proefschrift downloaden van www.move.vu.nl/members/melvyn-roerdink. Hier is ook een demofilm van de C-Mill te zien. Contact: m.roerdink@fbw.vu.nl.

Ontstaat de pijn die mensen met CRPS voelen in hun armen en benen in hun hersenen? Die gedachte wint steeds meer terrein. De baanbrekende behandelmethodes van een vrouw in Macedonië, die dwars door de pijngrens gaat, werd eerst gewantrouwd. Nu passen twintig Nederlandse revalidatie-instellingen een vergelijkbare methode toe. Neurowetenschapper Ben van Cranenburgh: 'Dit af te doen als een Lourdes-effect was voorbarig.' • Door Alice Broeksma

Pijn in de hersenen

CRPS (complex regionaal pijnsyndroom) staat ook wel bekend als posttraumatische dystrofie. De aandoening kan volgen op een simpele kwetsuur, zoals een breuk of wond. De meeste mensen genezen van zo'n weefselbeschadiging, maar een enkeling krijgt klachten die dramatische proporties aan kunnen nemen. Niet zelden is de oorzaak gezocht in psychische hoek. Tegenwoordig wordt CRPS vooral gezien als aandoening van het centrale zenuwstelsel, waarbij bijvoorbeeld ook ontstekingsreacties en een ontregeling van het sympathisch of onwillekeurig zenuwstelsel een rol zouden kunnen spelen. Dr. Ben van Cranenburgh: 'Bij mensen die CRPS ontwikkelen bestaat kennelijk een, deels genetisch bepaalde, neiging tot sensitisatie: het gevoeliger worden van neuronen. Perifere mechanismen, zoals een lokale ontsteking of ontregeling van het autonome zenuwstelsel, stonden vroeger centraal bij de verklaring van CRPS, maar spelen in de huidige opvattingen een rol in de zijlijn.'

Luid klonk de kritiek toen zeven jaar geleden werd geclaimd dat een CRPS-patiënte opzienbarend van haar pijn was genezen na behandeling door een vrouw in Macedonië. Het meisje van zestien leed aan complex regionaal pijnsyndroom in haar linkerbeen en geen behandeling in Holland werkte: haar been bleef pijnlijk en koud. De sepsis was groot. Want dan zou een niet-medisch getrainde vrouw in een Europese achterhoek binnen minuten genezing wél voor elkaar krijgen? 'Die laiddunkendheid is nu wel verdwenen', zegt neurowetenschapper dr. Ben van Cranenburgh. 'Een medisch studieteam uit ons land werd in Macedonië overtuigd. Ze zagen de verbluffende resultaten van slechts een paar behandelingen bij zes patiënten, die in Nederland door de artsen waren opgegeven. Inmiddels wordt de methode bij ons, in aangepaste vorm, steeds meer gebruikt.'

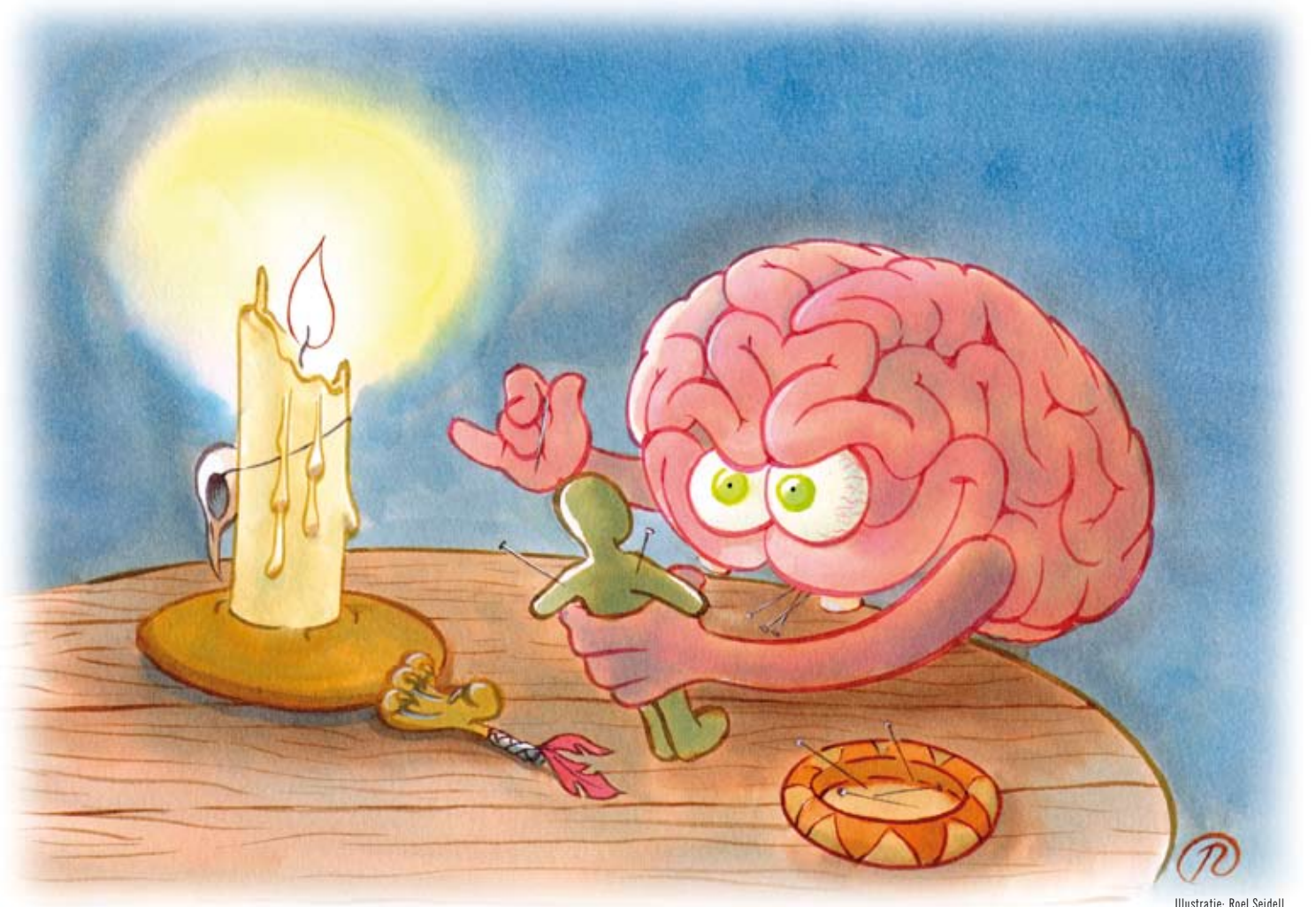
Nader beschouwen

Van Cranenburgh raakte in de Macedonische aanpak geïnteresseerd toen

hij, als docent aan het door hem opgerichte Instituut voor Toegepaste Neurowetenschappen (ITON), cursisten kreeg die hun nek hadden uitgestoken. Revalidatiearts Jan van Gijn uit het Bethesda Ziekenhuis in Hoogeveen en huisarts Jan Willem Ek hadden uit de ervaringen in Macedonië hun conclusies getrokken over de behandeling van CRPS: met inzet van fysiotherapeutische technieken kan de vicieuze cirkel van pijn doorbroken worden en kunnen gewrichten weer worden gemobiliseerd. Hun gevolgtrekkingen werden weggehoond. Van Cranenburgh besloot als pijndeskundige zijn schouders onder deze nieuwe aanpak te zetten. 'Ik zag dat er concepten over pijn achter zaten die interessant zijn. Als een nieuw verschijnsel zich voordoet, moet je dat nader beschouwen. Dat is het principe waarmee de wetenschap vordert.' Wat Van Cranenburgh bijvoorbeeld opviel, was dat bij de Macedonische methode pijn juist niet centraal werd gesteld, recht tegen de gangbare overtuiging in. 'Nationaal en internationaal wordt benadrukt dat therapie niet pijnlijk mag zijn. Maar daar is echt geen enkel bewijs voor.' Ook de revalidatiesector baseert traditioneel de behandeling van CRPS op die gedachte. Pijn moet vermeden worden, dus worden rust, pijnstillers en crèmes voorgeschreven en binnen de pijngrens fysio- en ergotherapie. Maar vaak zijn de resultaten teleurstellend. CRPS-patiënten gaan soms toch aan zulke hevige pijnen en stoornissen lijden dat zij uiteindelijk in een rolstoel belanden of zelfs wordt besloten tot amputatie.

Doemdenken

'Bij CRPS gaat het pijnalarmstelsel in de hersenen ten onrechte af. Pijnreacties zetten zich in het geheugen vast en uit angst voor pijn en vaak ook voor weefselschade gebruikt de patiënt het lichaamsdeel steeds slechter. En daardoor reageert dat pijnalarm alleen maar steeds heftiger. De teneur is nu dat door het pijnalarm te negeren een tweede neurale reorganisatie ontstaat, waardoor de pijn teruggedrongen kan worden en ledematen hun gewone functie terugkrijgen.' Het gaat dus om het terugdraaien van een eerdere foute reorganisatie in het brein. 'Bij CRPS is lang uitgegaan van het idee dat er voor een patiënt na verloop van tijd geen weg meer terug is. Maar inmiddels is duidelijk dat CRPS ook bij patiënten die er al langer aan



Illustratie: Roel Seidell

lijden omkeerbaar kan zijn. Het doemdenken van vroeger staat behoorlijk onder druk. De resultaten zijn te gunstig: zeventig tot tachtig procent van de CRPS-symptomen verbeteren door de nieuwe aanpak – een veel beter resultaat dan ooit eerder is behaald.’

Te weinig effect

De nieuwe behandeling krijgt meestal de naam PEPT, Pain Exposure in Physical Therapy. De ontwikkeling van deze behandeling past in een trend waarbij rustbevorderende behandelingen bij bijvoorbeeld rugklachten, RSI en whiplash terrein verloren. Begin dit jaar startte het UMC St Radboud een RCT of vergelijkend onderzoek naar de effecten van PEPT en van de behandeling volgens de officiële CBO-richtlijn. De RCT loopt tot mei volgend jaar. Dr. Henk van de Meent is als revalidatiearts bij het onderzoek betrokken. ‘Het Radboud is van oudsher een CRPS-centrum, wij hebben honderden patiënten behandeld en kregen over de richtlijnbehandeling een niet-pluisgevoel, omdat we te weinig effect zagen en veel patiënten terechtkwamen in een situatie met chronische pijn en invaliditeit. We waren destijds parallel met de ontwikkelingen in Hoogeveen bezig met een andere aanpak, die we PEPT zijn gaan noemen. Door een eerdere cohort- of observatiestudie bij twintig patiënten hebben we al gezien dat PEPT veilig is. Bij bepaalde metingen werd een verbetering gevonden van zeventig procent. Terwijl dertig procent verbetering al wordt geaccepteerd als ‘klinisch relevant.’

Van de Meent wijst erop dat het belangrijk is om PEPT aan te bieden aan de juiste patiënten. Hij waarschuwt dat veel mensen ten onrechte de diagnose CRPS krijgen. ‘Van de honderd patiënten die naar ons centrum worden verwezen, blijken zeventig aan iets anders te lijden, zoals trage fractuurgenezing, reuma, trombose, ontsteking van een gewricht of artrose. Bij deze patiënten PEPT toepassen is fout. Je moet de diagnose CRPS niet te snel stellen.’

Meer informatie over het Nijmeegse onderzoek naar PEPT staat op www.peptoctrial.nl.

Ook **spiegeltherapie** kan gunstig resultaat opleveren bij CRPS, als de pijn in één arm of been zit. Spiegeltherapie werd geïntroduceerd voor de behandeling van fantoompijn na amputatie. De patiënt beweegt zijn goede ledemaat voor een spiegel, het brein ‘ziet’ het zieke of geamputeerde lichaamsdeel zonder problemen bewegen. Daardoor wordt het hersengebied van dat lichaamsdeel geactiveerd. Het brein lijkt te concluderen: alles is goed, kijk maar. Dit kan leiden tot pijnvermindering. Erasmus MC Rotterdam organiseerde begin april een symposium over spiegeltherapie. Een van de sprekers was Ben van Cranenburgh, die spiegeltherapie noemde als ‘een van de manieren om de neurale reorganisatie na CRPS terug te dringen’.

Peter Berga (rechts): 'Het wordt nog wel eens onderschat hoe belangrijk hulpmiddelen zijn'



'Techniek helpt'

Een sms'je versturen of iets oprapen van de grond, we doen het zonder erbij na te denken. Als je een handicap hebt is dat niet zo vanzelfsprekend, maar met een typespalk of een grijpertje gaat het vaak wél. Dit is het terrein van de adaptatietechniek: een bijzondere expertise, specifiek voor de revalidatie. Adaptatietechnici bundelen al 25 jaar hun krachten in een netwerk. Vijf vragen aan Peter Berga, adaptatietechnicus bij Revalidatiecentrum Amsterdam en voorzitter van het AON (Adaptatieoverleg Nederland). • Door Rosanne Faber

1. Wat doet een adaptatietechnicus?

'Die ondersteunt de revalidatiebehandeling door middel van techniek: door het aanpassen van standaardhulpmiddelen zoals een rolstoel, of door het maken van individuele aanpassingen op het gebied van persoonlijke verzorging, hobby's en sport, huishouden, noem maar op. Het is een fascinerend proces, waarbij creativiteit onmisbaar is. Je moet heel goed luisteren naar de revalidant, die zelf vaak al allerlei ideeën heeft. Als je die in het eindproduct kunt verwerken, is de kans op een geslaagde aanpassing het grootst.'

2. Wat vind je mooi aan dit vak?

'In de revalidatie leren mensen weer zo zelfstandig mogelijk leven, en techniek helpt daarbij. Zelfredzaamheid is zó belangrijk en met een aanpassing kun je beperkingen overwinnen. Het is gaaf dat je vaak met eenvoudige middelen veel kunt bewerkstelligen. Als iemand met een typespalkje weer kan sms'en en e-mailen, maak je met iets simpels communicatie mogelijk.'

3. Waarom een netwerk?

'Velen van ons werken alleen. We komen vaak dezelfde problemen tegen en dan ben je benieuwd hoe een ander het oplost, wie al ervaring heeft met een bepaald product of waar je iets kunt krijgen. Wij hebben bijvoorbeeld in Amsterdam minder ervaring met aanpassingen voor mensen die een arm of hand missen, dus dan vraag ik advies bij mijn collega's. Er is een open uitwisseling, concurrentie speelt gelukkig geen rol omdat we allemaal min of

meer een eigen regio hebben. We houden de commercie ook bewust buiten de deur, omdat een commercieel belang je objectiviteit kan verminderen.'

4. Wat doet het AON zoal?

'We hebben goede contacten met leveranciers, we zijn een schakel tussen hen en de revalidatiecentra. Vertegenwoordigers komen graag hun producten laten zien en willen ook onze mening horen. We hadden onlangs bijvoorbeeld een demonstratie van de Segway, een elektronisch aangedreven soort step; het is leuk om te kijken wat je daarmee kan in de revalidatie. We zijn met weinigen en werken met specialistische producten in kleine aantallen, dus duurt het relatief lang om ervaring op te bouwen. Door kennis en ervaring te delen kom je verder.'

5. Heb je wensen voor de toekomst?

'Meer leden! Er zijn 24 revalidatiecentra en daarvan zijn 15 lid. Hoe meer centra zich aansluiten, hoe beter we allemaal ons vak kunnen uitoefenen en dat komt de zorg aan revalidanten weer ten goede. Een andere wens is om onze expertise toegankelijker te maken voor anderen. Zo gaan we op de website van het Nederlands-Vlaams Dwaarslaesie Genootschap voor professionals een vraagbaak inrichten met een overzicht van gangbare hulpmiddelen én heel specifieke aanpassingen. Het wordt nog wel eens onderschat hoe belangrijk hulpmiddelen zijn; ze helpen revalidanten om opnieuw harmonie te bereiken in hun leven.'

Meer informatie en aanmelding AON: p.berga@rcamsterdam.nl



‘Altijd geloof in jezelf houden’

Foto: Inge Handbrink

Petra Meese (39) was voor haar werk onderweg in Duitsland toen ze met 130 kilometer per uur een auto-ongeluk kreeg. Ogenschijnlijk ongedeerd verliet ze een paar uur later het ziekenhuis, maar de gevolgen van het whiplashtrauma hebben haar leven voorgoed veranderd. • Door Inez Pelgröm

‘Door aquaplaning raakte ik van de linker op de middelste rijbaan en kreeg daar een tik van een andere auto. Daardoor botste ik tegen de stenen afscheidingsmuur van de snelweg, werd gelanceerd en begon te spinnen. Toen zei ik hardop: “Petra, nu ga je dood.” Met hulp van derden ben ik uiteindelijk zelf uit de auto gekomen. Ik dacht dat ik niets had: ik maakte grapjes en regelde zelfs nog het papierwerk voor de verzekering. Vanuit het ziekenhuis ben ik ’s nachts teruggerezen naar mijn ouders in Zuid-Limburg; hoe weet ik niet meer. De eerste tijd na het ongeluk werkte ik gewoon door, daarna nam ik vakantiedagen op, en uiteindelijk belandde ik in de Ziektewet. Ik had migraine, verkrampte spieren in rug en nek, uitval in mijn ledematen, energieverlies en neuro-psychologische klachten als concentratie- en geheugenproblemen. Bovendien staan mijn hersenen sinds het ongeluk structureel in de alert-stand.

Ik heb altijd geprobeerd om zelf de regie te houden. Via de Whiplash Stichting Nederland (WSN) kwam ik bij een goede neuroloog. Bij hem heb ik aangedrongen op revalidatie; daar ben ik nog steeds blij om. Een jaar na het ongeluk kon ik pas instromen. Het whiplashprogramma was erg intensief, drie dagen per week. Vooral fysiotherapie heeft me deels van de pijnklachten afgeholpen. Ook de tips van ergotherapie heb ik netjes opgevolgd; op hun advies nam ik bijvoorbeeld geen bovenkastjes in de keuken van onze nieuwbouwwoning. Maar toen het programma was afgelopen, ging mijn dossier dicht. Daar stond ik dan, ik moest het verder zelf uitzoeken. Dat vond ik heel raar. Ik had zoveel gehad aan de revalidatie en opens was dat weg. Ik had graag een lijntje gehouden.

Zowel door de neuroloog als door het revalidatiecentrum werd me verteld dat ik carrière maken en kinderen krijgen kon vergeten, vanwege de te zware belasting. Bij niet meer werken legde ik me na vier jaar neer. Na negen jaar veranderde echter de wetgeving en begin 2006 zei het UWV ineens dat ik wel fulltime kon werken. Dat doet iets met je psyche. Ik zie daar een missing link tussen revalidatie en realiteit. Ik liep tegen allerlei problemen aan, niet alleen met overheidsinstanties, maar ook financieel en door het machtspeel van letselschadeverzekeraars. Revalidatiecentra zouden daar naar mijn idee beter op moeten inspelen, bijvoorbeeld door lobby in Den Haag, want de winst van revalidatie wordt teniet gedaan door dergelijke niet-ziektegerelateerde factoren.

Nadat ik in 2001 nog een auto-ongeluk kreeg, besloot ik voor mezelf te kiezen. Ik wilde inhoud en kwaliteit van leven. Dat lukte door altijd geloof in mezelf te houden en door mijn doorzettings- en relativiseringsvermogen. Zo heb ik toch twee kinderen gekregen en zet ik me in als gemeenteraadslid en voorzitter van de WSN. Die activiteiten en mijn kinderen geven veel voldoening, ook al is het fysiek niet altijd goed voor me. Het levert wel onbegrip op in mijn omgeving. Mensen zien mij er goedverzorgd bijlopen, maar weten niet dat ik onder de medicijnen zit en voor het opstaan en slapengaan een hele lijst oefeningen moet afwerken. Als je niets ziet, betekent het niet dat er niets aan de hand is. Ik zou heel graag meer willen, alleen gaat het gewoon niet.’

‘Een enorme aanwinst’

Margot Vermeulen (51) is logopedist bij Revalidatiecentrum Amsterdam, een van de drie EPD-pilotcentra: ‘In werkgroepen van behandelaars uit drie revalidatiecentra hebben we de verschillende gedachten, handelwijzen en terminologieën van die centra in kaart gebracht, om gezamenlijk erachter te komen hoe we dat EPD vorm wilden geven. Het bouwteam verwerkte die informatie vervolgens tot een EPD. Toen de testversie klaar was, zijn we gaan schaduwdraaien. Daarbij ging het vooral om het bijschaven van de gebruiksvriendelijkheid en het verbeteren van onlogische onderdelen. Het systeem moet je intuïtief kunnen toepassen, zonder tevoren dikke boekwerken te hoeven door nemen. Zelf vind ik het EPD een enorme aanwinst. Omdat ik weet wat het te bieden heeft, mis ik het nu regelmatig. Als ik bijvoorbeeld de adresgegevens van een revalidant nodig heb, moet ik die nu nog ergens opzoeken. Straks hoef ik alleen de computer te raadplegen. Of voor het medisch dossier moet ik naar een aparte afdeling lopen om de betreffende map op te sporen. Via het EPD heb je die gegevens in een handomdraai vanachter je bureau. Helaas moet ik nog even geduld hebben. Pas in 2010 hebben we het systeem definitief ingericht naar de wensen van ons centrum. Ik ben trots op het resultaat, waaraan we hard hebben gewerkt. Ik ben ervan overtuigd dat het EPD de patiëntenzorg ten goede komt en dat het aantal fouten in de zorg zal afnemen.’



Als eerste zorgsector in Nederland heeft de revalidatie sinds kort een eigen elektronisch patiënten-dossier (EPD). Bijzonder is dat alle revalidatiecentra aan de ontwikkeling hiervan hebben meegewerkt en -betaald. Hun doel is de zorg rond de revalidant te verbeteren, door optimale ondersteuning van het behandelproces. • Door John Ekkelboom

Revalidatie eerste zorgsector met eigen EPD

‘Dit soort initiatieven juichen wij van harte toe. Het is goed dat de revalidatiesector de handen ineen heeft geslagen om de zorg rondom de revalidant te verbeteren. We zullen dit initiatief met veel interesse volgen.’ Dat zegt Arnoud Strijbis, woordvoerder van het ministerie van VWS, als reactie op de recente introductie van het Revalidatie EPD. Met zo’n EPD kunnen zorgverleners snel de gegevens van de patiënt die zij behandelen invoeren, opvragen en inzien. Het Revalidatie EPD is het eerste sectorbrede EPD in ons land, waar Revalidatie Nederland dan ook terecht trots op is. Aan de lancering gingen drie jaren van noeste arbeid vooraf, vertelt projectleider Robert van Schijndel. ‘Revalidatie Nederland heeft mij nadrukkelijk gevraagd de werkvloer er van a tot z bij te betrekken. Dat is ook het succes van dit project. In totaal hebben 24 professionals van drie revalidatiecentra – Heliomare, Rijndam en Revalidatiecentrum Amsterdam – bijna een jaar lang twee dagen per week gesproken over wat er in dat EPD zou moeten zitten. Dat deden ze in drie werkgroepen, waarvan we de leden uit de drie centra hadden gehusseld, zodat een discipline- en instellingoverstijgend proces ontstond. Hierdoor was het mogelijk met een betrekkelijk kleine groep een EPD te maken, waarmee alle centra uit de voeten kunnen.’

Schaduwdraaien

De vele praatsessies van de drie werkgroepen leidden tot een boekwerk met 353 functionele eisen waaraan het Revalidatie EPD moest voldoen. En het waren zeker niet de geringste eisen. Zo werd verwacht dat het EPD ondersteunend werkt en op termijn kan uitgroeien tot een kennisstelsel dat kan adviseren in de behandeling. Met deze informatie zijn de programmeurs aan de slag gegaan. In september vorig jaar was de basisversie gereed. Daarna volgde een testperiode van een half jaar, waarin de drie pilotcentra gingen

schaduwdraaien. De gebruikers konden aangeven wat wel en niet goed werkte en welke verbeteringen en toevoegingen gewenst waren. Volgens Van Schijndel was er veel feedback en werden de opmerkingen voortdurend verwerkt, zodat eind februari de volgende versie gereed was. De bouwers hebben deze vervolgens technisch vervolmaakt. Sinds april is de eerste versie van het Revalidatie EPD beschikbaar voor implementatie.

Tot in de haarvaten

De drie pilotcentra gaan gewoon door met het implementeren; de overige 21 centra zullen snel volgen. De stuurgroep van het project heeft als ambitie dat binnen twee jaar alle centra met de implementatie zijn begonnen. Van Schijndel: ‘Het is een flinke operatie om zo’n EPD tot in de haarvaten van de organisatie door te voeren. De ICT moet op orde zijn, en de werkprocessen en -methodieken zullen tegen het licht moeten worden gehouden. Het werken met richtlijnen en meetinstrumenten vraagt om standaardisatie. Als je standaardiseert komt dat niet alleen de zorg ten goede, maar werkt het systeem ook optimaal. De implementatie zal per centrum gemiddeld een jaar in beslag nemen.’ De komende maanden gaat de projectorganisatie op basis van de ervaringen in de pilotcentra met de andere revalidatiecentra een impactanalyse uitvoeren en een implementatieplan opstellen. Vanzelfsprekend zal er volgens Van Schijndel voor de behandelaren ook een opleiding moeten worden aangeboden. ‘Het programma is heel intuïtief, maar een korte opleiding om te weten wat allemaal mogelijk is, kan zeker geen kwaad.’ Het geven van deze cursussen zal de taak worden van VIR e-Care Solutions. Dit ICT-bedrijf van de revalidatiesector, dat ook in het bouwteam zat, wordt de eigenaar van het Revalidatie EPD en zal het systeem beheren en doorontwikkelen.



Foto: Gerard de Blok

Gefaseerd

Het nieuwe EPD is vooral door behandelaars opgezet. Daarbij is echter nadrukkelijk rekening gehouden met de revalidant. Zo heeft Marcel Heldoorn, senior beleidsmedewerker op het gebied van e-health bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), als lid van de begeleidingscommissie kritisch en opbouwend meegekeken. 'Ik vroeg destijds of ze ook aan revalidanten hadden gevraagd wat die nou precies van dat EPD verwachten. Dat was toch wel een eyeopener. Maar ik beseft dat zoiets gefaseerd moet gebeuren om de zorgverleners mee te krijgen en niet een extra drempel voor hen op te werpen. Zij hebben over het algemeen nog veel vragen bij de toegang van de patiënt tot zijn of haar EPD. Ik ben in ieder geval blij dat het EPD een patiëntenportaal heeft. Ieder centrum kan daar straks zelf invulling aan geven, samen met zijn eigen patiënten.'

Patiëntenportaal

Het patiëntenportaal, dat toegankelijk is via internet, biedt revalidanten de mogelijkheid om met een wachtwoord hun eigen dossier in te zien, of de planning van hun behandelingen. Behandelaars kunnen desgewenst op die plek aangeven welke oefeningen iemand moet doen en in een dagboek kan de revalidant zijn ervaringen noteren. Heldoorn vertelt dat hij als commissielid vroeg of revalidanten ook via e-consult over de inhoud van hun dossier vragen kunnen stellen aan de behandelaar. Dat is volgens Van Schijndel technisch gezien wel mogelijk, maar deze optie is nog niet geactiveerd. 'De artsen in de projectgroep zijn voornamelijk geen voorstander van het op deze wijze introduceren van een nieuwe werkstroom. Er ontstaat dan immers mailverkeer tussen

Op 22 april werd het Revalidatie EPD officieel gelanceerd door minister Ab Klink van volksgezondheid. In zijn toespraak feliciteerde hij de revalidatiesector: 'Ik wil u hartelijk feliciteren met de voortvarendheid waarmee de afgelopen paar jaar uw EPD is ontwikkeld. Alle betrokkenen zijn samen aan de slag gegaan en de instellingen hebben er flink in geïnvesteerd. Ik concludeer dat het Revalidatie EPD professioneel is opgezet.'

revalidanten thuis en de behandelaar. Maar het kan zijn dat een centrum in de toekomst beslist om wel van deze mogelijkheid gebruik te maken, door bijvoorbeeld een elektronisch spreekuur te houden. Ieder centrum kan dat zelf beslissen.'

Kennissysteem

De mogelijkheden van het Revalidatie EPD gaan volgens de projectleider nog verder dankzij de elektronische verwerking van gegevens. Hij denkt bijvoorbeeld aan een kennissysteem ter ondersteuning van de behandeling. Door in de loop der jaren de behandelingen en het effect daarvan bij patiënten met eenzelfde soort aandoening te registreren, kan dat systeem aan de hand van die informatie de beste therapie adviseren. De 75 klinimetrische instrumenten die in het EPD zijn opgenomen helpen daarbij. En uiteraard beperkt het nut van het Revalidatie EPD zich niet tot de revalidatiesector, benadrukt Van Schijndel. In de toekomst zal het Revalidatie EPD zijn gekoppeld aan het landelijk schakelpunt. Deze koppeling is mogelijk omdat het EPD voldoet aan strenge kwaliteitseisen en aan de landelijke standaarden van het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ), waarmee tevens de privacy van de revalidant is gegarandeerd. Alleen bevoegde behandelaars kunnen via dat schakelpunt informatie over patiënten opvragen. Die informatie blijft altijd op de plek waar die is ingevoerd.

Ketenzorg

'Dat opvragen is ontzettend handig,' zegt Van Schijndel. 'Want revalidatie is bij uitstek iets wat plaatsvindt binnen een keten. De revalidatiezorg heeft een voor- en een achterkant. Na het ziekenhuis komt iemand bijvoorbeeld voor een tijdje in een revalidatiecentrum, waarna poliklinische en externe zorg volgen. De uitwisseling van de informatie voorkomt dubbele onderzoeken en conflicterende behandelingen en zorgt voor een betere afstemming tussen de hulpverleners. Bovendien hoeft de revalidant zijn verhaal niet bij iedere behandelaar te herhalen.'

Heldoorn wijst erop dat behandelaars ondersteund moeten worden om correct om te gaan met de digitale gegevens van patiënten. Want door de veel grotere beschikbaarheid vergt die informatie een betere beveiliging dan de papieren dossiers. Hij hoopt dat tijdens de implementatie veel aandacht wordt besteed aan die bewustwording. Strijbis vult aan dat patiënten niet verplicht zijn om mee te doen aan een EPD. 'Het hoeft niet, maar het kan. Als iemand het pertinent niet wil, om welke reden dan ook, dan moet je dat respecteren. Het gaat immers om de patiënt.'

Informatie: www.revalidatie-epd.nl.

Een revalidatiecentrum in het centrum van de aandacht

Samen innovatiever

Door John Ekkelboom



Klinische revalidanten per jaar:
400 volwassenen, van wie 175 longpatiënten

Poliklinische revalidanten per jaar:
530 kinderen en 2.570 volwassenen,
van wie 140 longpatiënten

Medewerkers: 310

Artsen: 9 revalidatieartsen en 2 longartsen

Vrijwilligers: 28

Bedden: 25 long- en 35 algemene revalidatie

Klinische Revalidatiebehandeluren (RBU's)
per jaar: 18.650

Poliklinische Revalidatiebehandeluren
(RBU's) per jaar: 51.450

Hoewel dit keer in deze rubriek **Revalidatiecentrum Breda** (RCB) centraal staat, benadrukt Christianne Lennards dat ze graag spreekt namens Revant. Eind 2007 hebben RCB en Stichting Revalidatiegeneeskunde Zeeland (RGZ) besloten om onder deze naam samen bestuurlijk verder te gaan, met Lennards als voorzitter van de raad van bestuur. 'We willen de kennis delen om onze innovatiekracht te versterken en samen ook de zorglogistiek op een hoger niveau te brengen. Ons werkgebied bestaat voortaan uit West-Brabant en Zeeland. We willen daar de revalidatie verbeteren, maar het is niet de bedoeling dat de twee centra een eenheidsworst worden. Ze behouden hun eigen karakter.'

RCB is in 1961 opgericht als poliklinisch centrum voor zowel volwassenen als kinderen, waarbij de kinderrevalidatie was gekoppeld aan een mytylschool. Pas in 2000 kwam er een klinische afdeling voor volwassenen bij. Dat jaar kende nog een tweede belangrijke doorbraak. RCB nam de longrevalidatie van Medisch Centrum De Klokenberg over, dat definitief zijn deuren sloot en zijn klinieken onderbracht in verschillende Bredase zorginstellingen. Longrevalidatie is nu een van de paradepaardjes van RCB. Lennards is trots op het **COPD-programma** dat in eigen huis is ontwikkeld. 'Een belangrijk onderdeel daarvan is dat we de revalidanten via zelfmanagement met hun ziekte leren omgaan. Met dit evidence-based programma scoren we internationaal hoog. Twee jaar na het beëindigen van de begeleiding doen onze revalidanten het nog steeds beter dan elders. De hart- en de algemene revalidatie willen we ook meer evidence-based gaan

onderbouwen. Evenals bij de longrevalidatie zullen we ook hierbij voortdurend de resultaten meten. Ons centrum heeft genoeg ambities.'

Lennards zegt dat RCB groot genoeg is om op alle fronten van de revalidatie actief te zijn, ook op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Maar volgens haar kenmerkt het centrum zich tevens door zijn **kleinschaligheid**, waardoor de lijnen binnen de organisatie kort zijn. Sinds haar aantreden ruim een jaar geleden is ze erg te spreken over de adequate interne communicatie, het snel nemen van besluiten en het enthousiasme van de medewerkers. 'Daar kan ik lichtjes van in mijn ogen krijgen.' Ze vindt het dan ook niet vreemd dat het centrum hoog scoort bij klanttevredenheidsonderzoeken en externe toetsingen.

De toekomst is gericht op verdere samenwerking met RGZ. Lennards denkt dat die samenwerking nieuwe **perspectieven** biedt. Zo heeft Revant onlangs in Dongen een buitenpoli gestart in samenwerking met het lokale verpleeghuis. Ook zijn er plannen voor een behandelaanbod op Walcheren, het Zeeuwse eiland waar nog volop kansen liggen. Verder wil Revant de opleiding revalidatiegeneeskunde in huis halen. Lennards: 'De opleiding longgeneeskunde heeft ons erkend om in die opleiding te participeren. Toekomstige longartsen kunnen bij ons hun stage lopen. Een dergelijke status willen we nu ook binnen de opleiding revalidatiegeneeskunde. We voldoen aan alle eisen en we hopen dan ook dat het ons gaat lukken.'

Muziek roept iets op bij mensen, bijvoorbeeld vrolijkheid of een geluksgevoel. Muziek kan ontspannend werken, maar het kan ook uitnodigen om te bewegen. Daarom is het een mooi middel om te gebruiken in de revalidatie. En dat zou veel meer moeten gebeuren, zegt revalidatiearts Kees Hein Woldendorp. • Door Anne Merkies

Het gaat beter met muziek

Kees Hein Woldendorp: 'Binnen de revalidatie waren we lange tijd vooral gefocust op zichtbare dingen. Het effect van een prothese is zichtbaar, het effect van muziek niet. Maar door onderzoek raken we steeds meer overtuigd van het belang van het auditieve systeem. Door het luisteren of zelf maken van muziek worden de hersenen geactiveerd, en dat heeft gevolgen.' Zo blijkt uit Fins onderzoek dat mensen na een beroerte beter herstellen als ze dagelijks een tijd luisteren naar hun favoriete muziek. Niet zo vreemd, volgens Woldendorp: 'Met muziek of ritmes kun je soms dingen bereiken die je met woorden of met alleen bewegen niet voor elkaar kunt krijgen. De impact van muziek op ons algehele functioneren is groot.' Bij Revalidatie Friesland in Beetsterzwaag, waar Woldendorp werkt, zijn ze zich hiervan bewust. Muziek wordt er al dertig jaar in verschillende therapievormen gebruikt. Daarnaast viert ze binnenkort het tienjarig bestaan van hun drukbezochte muziekblessurepolikliniek.

In minder dan de helft van de revalidatiecentra is muziektherapie beschikbaar

Spectaculair

Woldendorp behandelt veel mensen met chronische pijn of met niet-aangeboren hersenletsel. 'Muziek kan daarbij een heel goede rol spelen, in muziektherapie of in andere behandelvormen. Zo hebben we voor mensen met afasie SMTA ontwikkeld, Speech – Music Therapy for Aphasia: een behandelprogramma waarbij de logopedist en muziektherapeut samenwerken. Hiermee worden spectaculaire resultaten behaald. Bij deze therapievorm is het wel van belang dat mensen een beetje kunnen en willen zingen.' Niet bij alle therapievormen waar muziek of ritme een rol spelen is affiniteit een vereiste. Neem bijvoorbeeld 'cueing' bij Parkinson-patiënten. Het blijkt dat deze patiëntengroep beter loopt

als ze hun passen laten aansturen door een extern opgelegd ritme (zie ook pagina 7). Dit gebeurt meestal via een apparaatje dat de revalidant bij zich draagt.

Therapeutisch

Uit het hele land weten ze Woldendorp, zelf een fervent muzikiefhebber, inmiddels te vinden. 'Laatst nog werd een zevenjarig jongetje naar mij doorgestuurd. Hij was spastisch en had een voortdurende bewegingsonrust, maar wilde toch graag piano leren spelen. In het muzieklokaal hebben we hem eerst achter de piano gezet, maar door zijn spasticiteit kon hij niet spelen. Vervolgens lieten we hem achter het drumstel plaatsnemen; dat lukte wel. Door het ritme en de trilling van het geluid kwam zijn bewegingsonrust tot stilstand. Fantastisch om te zien, en het werkt therapeutisch. Zeker bij kinderen, maar ook bij volwassenen zou meer muziek gebruikt moeten worden. Het biedt veel therapeutische elementen: balanceren, bewegen en structureren, bijvoorbeeld, maar ook het uiten van emoties, verwerken of verbeteren van het zelfbeeld.' En, niet onbelangrijk, muziek maakt het oefenen een stuk leuker waardoor het beter vol te houden is. In Rijndam revalidatiecentrum ontwikkelden ze om die reden de Magic Flute, een instrument om verzwakte ademhalingspijpen te trainen.

Voor iedereen

Dat muziek nog lang niet overal een plaats inneemt in de revalidatie, blijkt wel uit het feit dat in minder dan de helft van de revalidatiecentra muziektherapie beschikbaar is – en dan nog heel beperkt. De Hoogstraat in Utrecht heeft twee muziektherapeuten, een voor kinderen en een voor volwassenen. Muziektherapeut Saskia Hoogendam: 'Onze programma's zitten bomvol. Muziektherapie is geschikt voor iedereen. We werken veel samen met andere disciplines; zo geef ik SMTA samen met de logopedist. We behandelen onder meer een man met afasie die graag tegen zijn bezoek wil kunnen zeggen: "Bedankt voor je bezoek." Doordat er beweging en ontspanning in de



Foto: Inge Hondbrink / Locatie: De Hoogstraat

muziek zit, lukt het hem nu om het zingen. De volgende stap is dat hij het gaat zeggen. Net als in Friesland bieden we muziek ook vaak aan als nieuwe hobby. Als iemand door het maken van muziek uit zijn isolement komt of er een nieuwe tijdsbesteding bij heeft, en ik kan daarin begeleiden, vind ik dat ook therapie.'

Kennis

Hoe komt het toch dat muziek nog zo weinig wordt erkend als therapeutisch middel? 'Het probleem van alle kennis die we hebben, is dat veel nog niet evidence-based is', zegt Woldendorp. 'De kennis die er is, veelal uit literatuur en vakbladen, is te verspreid. Revalidatieartsen zijn er vaak niet van op de hoogte. Er zou meer onderzoek moeten plaatsvinden, maar daarvoor ontbreekt het dan weer aan tijd en geld. Daarom proberen wij vooral de kennis die er is over te dragen. Niet alleen aan muziektherapeuten, maar ook aan andere behandelaars. Binnen de revalidatie moet men zich bewust worden van wat er allemaal mogelijk is met muziek. Er is nog veel te doen, maar we hebben geduld en zijn blij met elke ontwikkeling. We kunnen nog jaren vooruit.'

Informatie over de muziekbleisurepolikliniek van Revalidatie Friesland en over SMTA vindt u op www.revalidatie-friesland.nl, knoppen 'wat doen we' en 'speciale producten'. Informatie over de Magic Flute staat op www.mybreathmymusic.com.

'Het werd ineens zo duidelijk wat ik voelde'

Anja de Vries (rechts op de foto) revalideert vanwege chronische pijn bij De Hoogstraat. Twee keer per week staat er een half uur muziektherapie op haar programma. 'Ik kijk er altijd naar uit. Omdat ik graag zing, besloot ik in overleg met muziektherapeute Saskia Hoogendam hier ook te gaan zingen. We begonnen met vrolijke musicalliedjes. Maar dat veranderde toen bleek dat er nog veel onverwerkte woede in mij zat. Op het lied *Wat is mijn hart* van Marco Borsato schreef ik mijn eigen verhaal. De eerste keer dat ik het zong, moest ik erg huilen. Later kwam de opluchting. Het werd ineens zo duidelijk wat ik voelde, maar vooral ook hoe ik verder wilde.' Als Anja zingt, begeleidt Saskia haar op de piano. Soms houdt ze in als het emotioneel wordt, soms speelt ze juist harder als de tekst het toelaat. 'Dat is het mooie van muziektherapie; we spelen het precies zoals ik het voel. Op deze manier verwerken is anders dan praten. Ik was op een gegeven moment uitgepraat. Weer dat gezeur van mezelf over iets van lang geleden. Het zingen voel ik in heel mijn lijf, nog steeds krijg ik kippenvel. Voordat mijn revalidatie is afgelopen, willen we *Wat is mijn hart* met nog drie andere nummers op cd zetten. Dan heb ik mijn eigen verhaal op muziek en kan ik het afsluiten.' Na afloop van de sessie voelt Anja zich ontspannen. 'Als ik zing is mijn hoofd leeg, dan ben ik alleen met zingen bezig.'

‘Onbegrijpelijk dat we daar niet eerder aan hebben gedacht...’ Volgens Hans Mallie is het een terugkerende uitspraak van deelnemers aan Revalidatie in Beweging. Hij is adviseur bij dit programma, dat is gericht op zorglogistieke verbeteringen in revalidatiecentra. Zijn ervaring is dat deelnemers anders leren kijken naar hun eigen organisatie.

Werken aan zorglogistiek: logisch

Zonder uitstroom geen ruimte voor nieuwe instroom’, constateert Hans Mallie. ‘Om één nieuwe patiënt op te nemen, moet je één patiënt ontslaan.’ Dat lijkt wel heel erg voor de hand te liggen. ‘Klopt, klinkt logisch. Maar gebeurt het ook? Als je aan revalidatiecentra vraagt hoeveel patiënten die week worden opgenomen, krijg je antwoord. Maar als je vraagt hoeveel patiënten die week vertrekken, weten ze dat lang niet altijd. Meedoen aan Revalidatie in Beweging komt erop neer dat je als centrum meetbare doelen stelt, het zorglogistieke proces ontrafelt en kijkt waar knelpunten ontstaan en wat de oorzaken daarvan zijn. Als je zicht hebt op de oorzaken, komen oplossingen vanzelf om de hoek kijken.’

Alvast aan de slag

Omdat ze werden uitgeloot voor de eerste tranche van Revalidatie in Beweging, besloot Revalidatie Friesland zelf alvast aan de slag te gaan. Mirjam Wierda, beleidsmedewerker kwaliteit: ‘We wilden dringend iets doen aan de zorglogistiek. Uit marktonderzoek was namelijk gebleken dat verwijzers acceptabele wachttijden belangrijk vinden en dat in hun ogen Revalidatie Friesland op dit punt niet hoog scoorde. Daarom besloten we de wachttijden te verkorten. In een twaalf weken durend programma hebben drie teams – voor mensen met neuromusculaire aandoeningen/CVA en chronische pijn en voor kinderen met Developmental Coordination Disorder – hun zorgprocessen geanalyseerd. Ieder team heeft een procesbeschrijving gemaakt en op basis daarvan aanbevelingen gedaan voor verbetering van de in-, door- en uitstroom. Het project heeft ons veel inzichten gegeven en we kijken uit naar het in praktijk brengen van de uitkomsten.’

Haperende uitstroom

Bij Rijndam revalidatiecentrum, waar Mallie onder meer adviseerde, is gezocht naar oplossingen voor de soms haperende uitstroom van mensen met een dwarslaesie uit de kliniek. Een van de doelen: de ligduur verkorten door halvering van het aantal niet-geïndiceerde verpleegdagen. Rijndam was een van de vier revalidatiecentra die deelnamen aan de eerste ‘tranche’ van Revalidatie in Beweging. Andere centra richtten zich op het verkorten van de wachtlijsten of het verbeteren van de doelmatigheid van het behandelproces. Hun ervaringen worden meegenomen in de tweede tranche, die 2 juni van start ging; op 18 juni is er een landelijk congres. In Rijndam is men tijdens de eerste tranche gaan sturen op ontslag. Er wordt nu zo snel mogelijk een ontslagdatum vastgesteld en daar wordt naar toegewerkt door afspraken te maken over het behandeltraject. Prettig voor patiënten en medewerkers, want zij weten snel waar ze aan toe zijn. En beter voor de organisatie als geheel. Ook als er straks, als de diagnose-behandelcombinaties (DBC’s) volledig zijn ingevoerd, geen financiering meer is voor patiënten die langer dan medisch noodzakelijk een bed bezetten.

Tijdelijke bedden

‘Er is veel te winnen door te kijken naar fluctuaties in ligduur’, zegt Mallie. ‘Er werd uitgegaan van gemiddelden, maar het bleek dat de ligduur van patiënten in dezelfde diagnosegroep fluctueerde van 15 tot 300 dagen. Als iemand heel kort blijft, kun je je afvragen: hoort die patiënt hier wel thuis, hebben we de indicatie goed gesteld? Bij patiënten die heel lang bleven, bleek vaak dat ze uitgerevalideerd waren maar moesten wachten op een plek in het verpleeghuis, een hulpmiddel of woningaanpassing.’ Nu is Rijndam in overleg met verpleeghuizen, die wellicht transferplekken kunnen vrijhouden: tijdelijke bedden om mensen op te vangen totdat ze naar het gewenste verpleeghuis kunnen. Met leveranciers van hulpmiddelen wordt gesproken over de mogelijkheid om een depot met tijdelijke hulpmiddelen in te richten. Te denken valt aan



Foto: Inge Honebrink / Lucatie, Revalidatiecentrum Amstardam

hellingbanen, om het eigen huis in te kunnen, of aan rolstoelen die nog niet aan alle specificaties voldoen maar wel goed bruikbaar zijn. Met dit soort maatregelen kan snelle winst worden behaald; later kan bijvoorbeeld met de gemeente worden bekeken of procedures voor de aanvraag van voorzieningen structureel versneld kunnen worden.

‘Als je zicht hebt op de oorzaken, komen oplossingen vanzelf’

Direct resultaat

Mallie: ‘Binnen het revalidatiecentrum leert men anders kijken: niet meer alleen naar de individuele patiënt, maar ook naar de organisatie van het proces rond patiënten. Soms blijken er beelden te leven die niet overeenkomen met de werkelijkheid. In Rijndam had men bijvoorbeeld het idee dat elke dwarslaesiepatiënt die wordt opgenomen tijdens het revalidatieproces wel minimaal één keer naar het ziekenhuis moest, wat dan een verlenging van de behandelduur tot gevolg had. Maar dat bleek maar bij een kleine groep zo te zijn. Dan moet je verder kijken: wat gebeurt er nou écht? Wat je ziet, is dat een bewustwordingsproces op gang komt binnen het team. Het is een leertraject dat direct resultaat oplevert.’

Marja Verbraak,
communicatieadviseur ZonMw

Revalidatie in Beweging is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS en Revalidatie Nederland. Het doel is om in de jaren 2008, 2009 en 2010 bij driekwart van de Nederlandse revalidatiecentra de instroom, doorstroom en uitstroom aanzienlijk te verbeteren. Het programma wordt onder verantwoordelijkheid van ZonMw uitgevoerd door CC Zorgadviseurs en Prismant. Zie ook www.revalidatieinbeweging.nl.



Zelfstandig

‘Hoe blijf je als gehandicapte zelfstandig?’ Deze vraag stelde iemand mij onlangs in een interview. Een wezenlijke vraag, maar ook een lastige. Want: wat is zelfstandigheid? Wat is het écht? Gaat het er eigenlijk niet om hoe je vrijheid verwerft binnen de jou gegeven beperkingen?

Ik zal de laatste zijn om te ontkennen dat mijzelf in praktische zin kunnen redden van groot belang is voor mijn levenskwaliteit. Ik ben dankbaar dat ik kan gaan en staan waar ik wil en wanneer ik dat wil. Maar zelfstandig zijn met een handicap als deze vereist hoe dan ook dat je om hulp leert vragen. Erken je onmogelijkheden, laat je helpen en er gaat een wereld open voor jezelf en anderen. Mijn ervaring is dat je zelfstandiger wordt als je afleert je zelfstandigheid te bewijzen. Niemand vraagt van je dat je met een handicap alles maar kunt. Dat zijn eisen die je jezelf oplegt.

Werkelijke zelfstandigheid is toch vooral een innerlijke zaak. Het heeft te maken met overgave, het opgeven van verzet tegen de werkelijkheid. En vervolgens met het nemen van eigen verantwoordelijkheid en afstand doen van slachtofferschap. Regel de praktische dingen – zoals therapie, huishouden of vervoer – zo goed mogelijk en probeer verder buiten verdriet en frustraties over die praktische dingen te blijven. Te veel mensen doen zichzelf hiermee tekort. Natuurlijk zijn frustraties soms onvermijdelijk, maar ze mogen geen excuus zijn om het leven op afstand te houden.

Zelfstandig ben je als je zorgt dat je omstandigheden je niet de baas zijn en vanuit je hart sturing geeft aan je leven. Of je nu beperkingen hebt of niet, voor ons allemaal geldt dat zelfstandigheid vraagt om zelfrespect en meesterschap. Het is het waardig gaan van onze volstrekt unieke weg, binnen de ons gegeven omstandigheden.

Annemarie Postma

Veiligheidsmanagement, ook in de revalidatie

In de ziekenhuissector bestaat al langer aandacht voor de veiligheid van patiënten.

Na publicaties over vermijdbare schade en onnodige sterfte stond dit thema hoog op de agenda. De risico's in de revalidatiesector zijn weliswaar kleiner, maar toch moet ook hier serieus werk worden gemaakt van veiligheid.

Het groeiende veiligheidsprobleem in de ziekenhuiszorg is mede een gevolg van de vooruitgang. De belangrijkste redenen zijn de toegenomen overleving van patiënten, die gepaard gaat met grotere kwetsbaarheid, de steeds ingewikkelder technische mogelijkheden en toename van specialisatie, waardoor ook steeds meer mensen bij een behandeling betrokken zijn en de organisatie complexer wordt. Hierdoor neemt de kans op fouten of ongewenste gebeurtenissen ('adverse events') toe, terwijl de tolerantie in de maatschappij hiervoor juist afneemt. Ook al zijn de risico's in de revalidatiesector lager, toch zal veiligheid ook daar een groeiend probleem blijven. Er wordt met kwetsbare patiënten gewerkt, technologische mogelijkheden nemen toe, van oudsher is de betrokkenheid van veel disciplines bij uitstek een kenmerk. Er is eigenlijk weinig bekend over het voorkomen van adverse events in de revalidatiesector. Maar het is aannemelijk dat bijvoorbeeld medicatiefouten, valpartijen, in de instelling opgelopen infecties en ongelukken met hulpmiddelen geregeld voorkomen.

Toen ruim vijftien jaar geleden werd geconstateerd dat het groeiend aantal verkeersdoden – ook een resultaat van vooruitgang – onacceptabel was, is een pakket maatregelen ingezet. Het aantal

doden werd daarmee teruggebracht van destijds 3500 naar inmiddels zo'n 900 per jaar. De ziekenhuissector wil op een vergelijkbare manier actie ondernemen en besloot vorig jaar tot een project dat in vijf jaar het aantal adverse events en onnodige sterfgevallen moet halveren. Maatregelen zijn vooral gericht op het in acht nemen van richtlijnen ten aanzien van hygiëne, infectiepreventie, medicatiebeleid en omgang met apparatuur. In overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn tien thema's geïdentificeerd waar prioriteit aan wordt gegeven. Enkele van die thema's zijn ook

nu naast een centrale meldingscommissie ook met afdelingsgebonden commissies. Veiligheid is niet langer gedelegeerd naar enkele stafmedewerkers, maar moet in het takenpakket van alle leidinggevenden zitten. Personeel wordt geschoold om problemen te identificeren. Risico-inventarisaties en veiligheidsrondes maken het mogelijk om vooraf risico's in te schatten en verbeteringen door te voeren. Het moet niet al te ingewikkeld zijn een dergelijk systeem voor revalidatiecentra in te voeren. Er is inmiddels voldoende instrumentarium beschikbaar om een passend actiepakket op

'De kans op fouten of ongewenste gebeurtenissen neemt toe'

voor de revalidatie toepasbaar, zoals medicatieveiligheid in de overdracht tussen instellingen of naar huis, de veiligheid van de oudere patiënt en vroegtijdige herkenning van vitaal bedreigde functies. Daarnaast zullen specifiek voor de revalidatie relevante thema's aan te wijzen zijn.

De inspectie verwacht tegenwoordig van ziekenhuizen dat ze een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) hanteren. De ziekenhuizen hebben zich verplicht uiterlijk in 2012 een geaccrediteerd of gecertificeerd VMS te hebben. Zo'n systeem bevat regelingen voor het voorkomen, melden en systematisch analyseren van incidenten. Omdat dit bij voorkeur zo dicht mogelijk bij de afdeling moet gebeuren, werken de meeste ziekenhuizen

te stellen; Revalidatie Nederland en de vereniging van revalidatieartsen VRA moeten hierbij het voortouw nemen. Als het gaat om verbeteren van de veiligheid van de gezondheidszorg, kan de revalidatie niet achterblijven!

Wim van Harten, lid raad van bestuur Nederlands Kanker Instituut / Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis, hoogleraar Kwaliteit van Zorg aan de Universiteit Twente, bestuurslid Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, w.v.harten@nki.nl

Informatie over het VMS Veiligheidsprogramma vindt u op www.vmszorg.nl.

Frits Renshof

Door Kitty Rotteveel

LEEFTIJD > 55 JAAR **WERK** > SOCIAAL-PEDAGOGISCH MEDEWERKER BIJ DE JEUGDAFDELING VAN DE HOOGSTRAAT **PRIVÉ** > WOONT SAMEN
HOBBY'S > ZEILEN EN MUZIEK MAKEN, IK SPEEL GITAAR EN ZING **HEKEL AAN** > ALS HET TE LANG TE DRUK IS OP HET WERK, EN OOK DE
 TEGENSTELLINGEN IN DE SAMENLEVING - DIKKE BONUSSEN TEGENOVER ARMOEDE

Wat houdt je functie in?

'Vroeger heette de functie 'huiskamermedewerker', maar door de jaren heen breidden onze werkzaamheden zich uit. Vandaar de naamverandering naar sociaal-pedagogisch medewerker. Op onze jeugdafdeling revalideren bijna veertig kinderen en jongeren tussen acht en achttien jaar, in dagbehandeling en in de kliniek. De sociaal-pedagogisch medewerkers zijn er van acht tot half vijf, daarna neemt de verpleging het over. Het is belangrijk dat de huiskamer voor de kinderen een veilige haven is, naast hun therapie en school. We zorgen dat er een goed pedagogisch klimaat heerst, dat er in alle drukte tijd is voor een moment van rust, en dat de kinderen zichzelf kunnen zijn en zich welkom voelen.

We kijken naar hun psychosociale vaardigheden: hoe functioneert een kind bijvoorbeeld in de groep, hoe gaat het kind om met verwerking van verdriet? Of we worden ingeschakeld om vaardigheden die kinderen in de therapie leren, te oefenen. Vaak moeten we ze ondersteunen in de ADL. We zitten ook bij de multidisciplinaire overleggen: de functie van de huiskamer is goed ingebed en wordt gewaardeerd binnen de organisatie.'

Hoe vind je het werken met kinderen en jongeren?

'Ik doe het 31 jaar en vind het nog steeds prachtig. Ik ben ook mentor van vijf kinderen met niet-aangeboren hersenletsel, dat vraagt om een intensieve begeleiding. Geheugen- en oriëntatieproblemen, visusveranderingen, problemen met plannen: je moet er soms bijna naast lopen! Zo'n hersenletsel betekent voor een kind een breuk in



Foto: Joost van de Kreeke

het leven, en je hebt als mentor ook een taak in de verwerking ervan. Want het zijn toch individuele drama's waar je mee te maken krijgt. Ik heb door de jaren heen wel geleerd meer los te laten, maar er blijven momenten dat ik het heftig vind. Maar ik ondervind zóveel optimisme en flexibiliteit bij deze kinderen. De sfeer is opbouwend, opgewekt, kinderen hebben altijd wel zin in een feestje of in een leuke therapie. Er wordt vooruitgekeken.'

Hoe zijn de contacten met ouders?

'Ouders zijn altijd welkom in de huiskamer en verder hebben we veel telefonisch contact en gebruiken we contactschrijftjes. Eenmaal per zes weken lopen ze een dag mee met hun kind en in vakanties kunnen ook broertjes en zusjes mee-

lopen – we vinden het belangrijk om het hele gezin bij de behandeling te betrekken.'

Waar word je blij van in je werk?

'Het feit dat je iets kunt betekenen voor kinderen. Je kunt ze helpen inzien dat er waardevolle dingen zijn om voor te leven, of dat je verdriet kunt delen met elkaar. Ook mijn collega's maken me blij. We zijn een sterke afdeling, we werken hard en zijn creatief. Een heel leuk aspect is dat je veel van jezelf kunt meenemen in dit werk. Zo regel ik jaarlijks een zeildag, dat is een passie van me en het is mooi om die over te dragen. Iedereen gaat mee, en op die dag proberen we voor de kinderen het onmogelijke mogelijk te maken. Met tuinstoelen, veel kussens en een beetje improvisatie zorgen we dat echt ieder kind een plek in de BM krijgt.'