

RM

RevalidatieMagazine

JAARGANG 23 | NUMMER 3 | SEPTEMBER 2017

A portrait of Job Cohen, a middle-aged man with short, graying hair, wearing a light blue striped button-down shirt. He is looking directly at the camera with a slight smile. The background is a blurred indoor setting with a window showing greenery outside.

Job Cohen 'Het voelde als een warm bad'

Het effect van CIMT | Nieuwe richtlijn dwarslaesierevalidatie | De toekomst van de revalidatie | Nederlandse revalidatiegeneeskunde bij wereldtop | 'Cool on wheels, wie wil dat niet' | Inspanningslab meet vooruitgang



*‘Mijn stomp is
stabiel en de koker
zit goed, wat wil
je nog meer?’*



Lees het volledige verhaal van Roland Benjamin

Roland Benjamin heeft in 2013 een verkeersongeluk gehad en verloor daarbij zijn voet en een deel van zijn onderbeen. Hij heeft zijn hobby, het restaureren van oude brommers inmiddels weer opgepakt. Roland vindt het prettig dat onze instrumentmakers zo goed naar zijn wensen luisteren. Daardoor heeft hij een prothese die precies past bij zijn werk en zijn hobby.

Ervoor zorgen dat onze cliënten weer zoveel mogelijk kunnen doen; dat is onze kracht!



Rijndam
Orthopedietechniek

De kracht van de aanpassing

Inhoud

Wilt u reageren op RM?
Hebt u een idee voor een artikel?

De redactie hoort het graag:
rm@revalidatie.nl.

REVALIDATIE MAGAZINE | JAARGANG 23 | NUMMER 3 | SEPTEMBER 2017

Berichten	6
Vlog. Revalideren met de robot	6
Nederlandse revalidatiegeneeskunde bij wereldtop	7
'We moeten er samen aan werken'	12
Van zorgen naar coachen	14
'Specialistische verpleegkundige kennis helpt revalidanten'	15
'Cool on wheels, wie wil dat niet'	16
Column. Trots	17
Column. Uitgerevalideerd	18
Gedachten besturen armprothese	18
De therapie. Spraak-muziektherapie voor kinderen	19
Inspanningslab meet vooruitgang	20
Column. Door de ogen van Yvonne	21
Tóch sporten dankzij RaceRunning	23



Het effect van... CIMT

Constraint Induced Movement Therapy is een behandelmethode waarbij de goede arm tijdelijk wordt uitgeschakeld zodat patiënten hun slechte arm beter leren gebruiken. Dat het werkt is wetenschappelijk bewezen.

4



Dit is hoe het bedoeld is: dwarslaesierevalidatie

'Als dwarslaesiepatiënt wordt er tijdens je revalidatie met je gesproken over mogelijke stemmingsproblemen en problemen rond seksualiteit. Na je revalidatie word je benaderd voor periodieke screenings.' Frans Penninx van patiëntenvereniging DON noemt het belangrijke voordelen van de nieuwe behandelrichtlijn.

8



Na de revalidatie Job Cohen

Job Cohen verloor in 2015 zijn vrouw Lidie aan de gevolgen van multiple sclerose. 'De behandelaars ontfermden zich over haar en dankzij hun professionaliteit en grote betrokkenheid werd de kwaliteit van haar leven aanzienlijk verbeterd. Daar zal ik ze altijd dankbaar voor zijn.'

10

‘Dit is een heel effectieve, bewezen interventie’

Constraint Induced Movement Therapy (CIMT) is een behandelmethode waarbij de goede arm tijdelijk wordt uitgeschakeld zodat patiënten hun slechte arm beter leren gebruiken. Revalidatiecentra zetten de techniek in bij halfzijdig verlamde patiënten die nog strekfunctie hebben in hand en vingers. Dat het werkt is wetenschappelijk bewezen.

TEKST Alice Broeksma **BEELD** Inge Hondebrink

CIMT werd ontwikkeld om aan arm- en handproblemen te werken na een beroerte. ‘Tien tot twintig procent van de behandelde patiënten merkt een duidelijk effect, dat ook op lange termijn nog aantoonbaar is. Dat is veel,’ zegt Gert Kwakkel, hoogleraar neuro-revalidatie bij het VUmc. ‘We hebben een analyse gedaan waarbij 51 klinische studies werden samengevoegd en opnieuw berekend. En het blijkt een heel effectieve, bewezen behandelaanpak te zijn.’

Aangepaste vorm

De hoogleraar benadrukt dat in revalidatiecentra in ons land alleen een aangepaste vorm van CIMT wordt gebruikt: Modified Constraint Movement Therapy (mCIMT). Bij de oorspronkelijke vorm wordt zes uur geoefend, en wordt de goede hand 90 procent van de tijd dat de patiënt wakker is uitgeschakeld. ‘Maar uit onze analyse blijkt dat zo lang uitschakelen niet helpt. Het effect zit in de intensiteit waarmee geoefend wordt.’ Het eerste doel is om de beweging door herhaling te optimaliseren. Dit heet ‘shaping’, oefenen met geleidelijk opvoeren van de moeilijkheidsgraad, zoals bij het perfectioneren van een tennisslag. De tweede trainingsvorm, ‘task practice’, richt zich meer op functionele activiteiten, zoals muntjes oppakken. Deze training kan ook in groepsverband. De goede hand wordt een paar uur per dag buitenspel gezet door het dragen van een speciale handschoen. Kwantiteit is belangrijk: de patiënt oefent zoveel mogelijk op de grens van zijn kunnen, waarbij de constante aanmoediging van de therapeut van belang is. Een andere techniek, die vaak wordt verward met CIMT, is ‘forced use’ waarbij de goede arm ook wordt uitgeschakeld, maar zonder verder trainingsprotocol. ‘Uit onze analyse blijkt dat deze laatste vorm van behandelen geen meerwaarde heeft.’

Dagelijks leven

Ook dit jaar worden weer ergo- en fysiotherapeuten opgeleid tijdens een tweedaagse CIMT-cursus bij het Nederlands Paramedisch

Instituut. Vorig jaar waren er vijftig deelnemers, nu een vergelijkbaar aantal. Gert Kwakkel vindt dat een goede zaak. ‘Want hoewel CIMT dus de meest bewezen behandelmethode is, is het in ons land nog slecht geïntegreerd. Omdat het zo belangrijk is na een beroerte functies te optimaliseren die er nog wél zijn, willen we dat CIMT ook ziekenhuizen en verzorgingshuizen bereikt, en particuliere praktijken. En we vragen revalidatieklinieken goed te kijken of zij de juiste vorm toepassen, die prestatiegericht is en waarbij voortdurend wordt aangemoedigd en scores worden bijgehouden. Want dan kan er veel worden bereikt. Vroeg starten, in de kliniek, heeft voordelen, maar CIMT kan ook goed poliklinisch worden ingezet. Door deze training is zóveel verbetering mogelijk.’

Korte film over CIMT.





‘Ik heb enorm veel aan dit programma’

Erika Voss (76) was een jaar geleden in Frankrijk met vakantie toen ze werd getroffen door een beroerte. Op het moment zelf merkte ze niets, maar daarna wél dat ze haar voet niet meer voelde, en haar hand slecht kon gebruiken. Lopen was moeilijk en allerlei dagelijkse handelingen lukten niet meer. Terug in Amsterdam werd ze daarom opgenomen bij revalidatiecentrum Reade. Toen ze na een paar maanden naar huis mocht was er wel herstel, maar de oude was ze zeker nog niet. Het CIMT-programma bracht grote verbetering.

Herhalen

Erika Voss krijgt sinds haar ontslag uit het revalidatiecentrum twee keer per week thuis fysiotherapie van een therapeut uit de buurt. Reade nodigde haar op een gegeven ogenblik ook uit voor een CIMT-behandeling, omdat ze voldeed aan de gestelde criteria. Het poliklinische CIMT-programma bestond uit zes weken lang dagelijks oefenen, in blokken. ‘Samen met een lotgenote, met één-op-één behandeling door twee sympathieke therapeuten. Het begon heel eenvoudig. Dingen oppakken, een tafel wrijven met een doek. Je had wel pauze na een bepaalde activiteit, maar het was door het continu herhalen van een bepaalde beweging ongelooflijk intensief. Zodra ik thuiskwam viel ik geheid op de bank in slaap. Maar ik heb enorm veel gehad aan het programma, en nog. Ook doordat je zo goed leert letten op hoe je alles doet.’

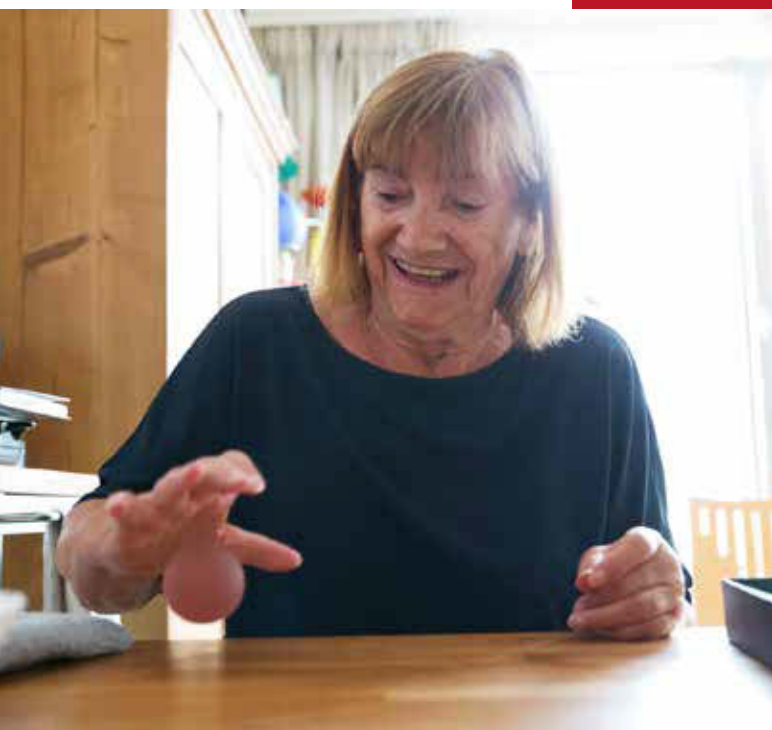
Kaartje schrijven

Tijdens CIMT wordt de vooruitgang bijgehouden. ‘Ik kreeg een map en daarin houd je precies bij hoever je gekomen bent. Dat was fijn, het geeft je het gevoel dat je met iets bijzonders bezig bent. Wat natuurlijk eigenlijk ook zo is, want na zo’n beroerte moet je opnieuw leren hoe je beweegt.’

Door de therapie, haar eigen doorzettingsvermogen én betrokkenheid van haar man kan Erika, die eerst geen pen meer kon vasthouden, nu bijvoorbeeld weer een kaartje schrijven, of de douche vasthouden met haar rechterhand. Ook lopen met een rollator lukt nu: voor haar grote winst.

Zelf doen

Het continu móeten oefenen tijdens CIMT - een kenmerk van de behandeling - was niet altijd makkelijk, zegt Erika. En toen het programma afgelopen was vond ze het lastig om het allemaal zelf goed vol te houden. ‘De voortdurende aanmoediging werkte voor mij, ik was niet goed voorbereid om het thuis alleen te moeten doen. Dat is toch zwaarder, en dan val je makkelijk terug. Zo heb ik nog steeds wel dagen dat ik denk: vandaag doe ik niks.’ Gelukkig kan ze dit bespreken met de fysiotherapeut die nog aan huis komt en contact houdt met de CIMT-behandelaars van Reade. Nazorg die Erika Voss goed doet, net zoals de overwinningen: zelf boodschappen doen, weer buiten kunnen lopen met haar man. De ontvangen revalidatie noemt ze ‘honderd procent meerwaarde’.





De revalidatie-app: thuis revalideren

Revalidatie Friesland ontwikkelde een app die patiënten in staat stelt om zelf thuis in eigen tempo te werken aan hun revalidatie. De verschillende revalidatiebehandelaars - bijvoorbeeld de fysiotherapeut of ergotherapeut, maar ook de revalidatiearts of logopedist - stellen voor hun vakgebied een trainingsprogramma samen en volgen op afstand de voortgang. De app monitort de therapietrouw, en de revalidant kan ook zelf rapporteren. Daarnaast kan de behandelaar vragenlijsten klaarzetten. Met de app kunnen patiënten op elk gewenst moment aan de slag en hoeven ze minder vaak naar een behandellocatie te reizen.

Er bestaan in Nederland verschillende apps om op afstand te trainen, maar multidisciplinaire begeleiding op afstand was nog niet mogelijk. De app van Revalidatie Friesland wordt sinds de lancering dit voorjaar steeds intensiever gebruikt. Vooral voor behandelaars is het even wennen, maar dat gaat snel beter als ze merken wat de voordelen zijn van deze werkwijze. Revalidanten zijn heel enthousiast. Op dit moment maken ongeveer 150 mensen gebruik van de app. De app is samen met Telerevalidatie.nl ontwikkeld en is mede mogelijk gemaakt met steun van het Revalidatiefonds en Fonds de Gavere. De app is beschikbaar voor andere revalidatie-instellingen via www.telerevalidatie.nl.

Klikprothese nu ook in Rotterdam

Bij een klikprothese voor het been wordt een metalen pen in het bot van de stomp geplaatst. Aan die pen kan een beenprothese worden bevestigd. De prothese is dan direct verbonden met het bot, waardoor er geen prothesekoker meer nodig is. Dit kan grote voordelen bieden, bijvoorbeeld voor mensen die veel klachten hebben bij het dragen van een conventionele beenprothese.

Wereldwijd wordt deze techniek nog maar beperkt toegepast; in ons land werd hij geïntroduceerd door het Radboudumc in Nijmegen. Nu kunnen patiënten na een beenamputatie ook in Rotterdam een klikprothese krijgen. Het Erasmus MC



en Rijnland Revalidatie hebben daarvoor gezamenlijk het Osseointegratie Centrum Rotterdam opgezet. Het centrum werkt samen met het Radboudumc, waar onlangs voor het eerst ook een klikprothese voor de arm is toegepast: [zie pagina 18](#).

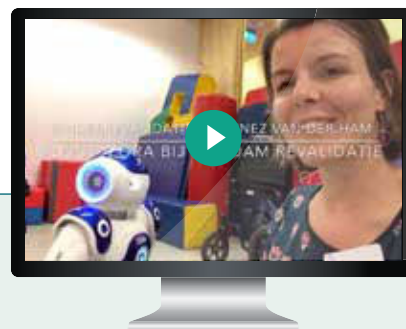
Innovatieve zool

De afdeling revalidatiegeneeskunde van het UMC Groningen ontving een subsidie van bijna drie ton voor het verbeteren van speciale schoenzolen om hardloopblessures te voorkomen. De subsidie is toegekend door het Samenwerkingsverband Noord-Nederland.

Ongeveer één op de vijf hardlopers heeft last van de achillespees en peesplaat onder de voet. Een speciale zool kan helpen om de voet beter af te wikkelen en zo klachten tegengaan. Maar het maken van deze zolen is tijdrovend en ingewikkeld, en de zolen hebben niet altijd het gewenste resultaat. De afdeling revalidatiegeneeskunde, die voor dit project samenwerkt met het bedrijfsleven, kreeg de subsidie om betere zolen te ontwikkelen.

VLOG

Revalideren met de robot



Inez van der Ham is kinderrevalidatiearts bij Rijnland Revalidatie in Rotterdam en Dordrecht. In vlogs vertelt ze in Revalidatie Magazine over haar werk. Dit keer over de inzet van zorgrobot Zora in de behandeling.



Foto: Petra Talens

Jan Geertzen: 'Onderzoek is een investering die zichzelf dubbel en dwars terugverdient'

Nederlandse revalidatiegeneeskunde bij wereldtop

De Nederlandse revalidatiegeneeskunde doet het internationaal heel goed. In de top 10 van het Center for World University Rankings staan drie Nederlandse academische centra.

De afdeling revalidatiegeneeskunde van het UMC Groningen wordt in de onlangs verschenen ranglijst beoordeeld als één na beste van de wereld. Alleen het universitaire ziekenhuis van Toronto scoort beter. Het Amsterdamse VUmc staat op plaats 5 en het Nijmeegse Radboudumc op plaats 6.

Tien jaar

Voor de ranglijst maakte het Center for World University Rankings (CWUR) gebruik van acht indicatoren, die samen een beeld geven van de kwaliteit van onderwijs, opleiding en onderzoek. Het CWUR kijkt niet alleen naar gangbare criteria, zoals het aantal publicaties en citaties in relevante vaktijdschriften. De organisatie kijkt ook naar het prestige van de wetenschappelijke staf, onder meer afgemeten aan betrokkenheid in internationale organisaties, naar de wetenschappelijke prijzen die onderzoekers en studenten van de afdeling hebben gewonnen en naar het carrièreverloop van afgestudeerden. Bijzonder is ook dat de beoordeling gaat over een periode van tien jaar; het is dus geen momentopname.

Focus

Jan Geertzen is hoofd van de afdeling revalidatiegeneeskunde van het UMCG en hoogleraar revalidatiegeneeskunde. Hij licht toe: 'We zijn als afdeling nog nooit zoveel geliked via Facebook, er is heel veel getwitterd en er waren veel positieve reacties op LinkedIn. We

zijn natuurlijk ook hartstikke trots met zijn allen. Kennelijk maken we als afdeling de juiste keuzes en hebben we een focus die goed scoort. Onze onderzoekslijn heet EXPAND: ExtremitiesPAin aND Disabilities, we richten ons dus op stoornissen van armen en benen en op pijnklachten. En daar zijn we dan heel goed in.'

Focus leidt dus tot kwaliteit. Dat is ook zichtbaar bij de Nederlandse revalidatiegeneeskunde als totaal, zegt Geertzen. 'Een paar decennia geleden stelden we wetenschappelijk weinig voor, maar met steun van de overheid en fondsen hebben we het revalidatieonderzoek een geweldige impuls kunnen geven. Dat wordt in deze ranglijst zichtbaar. We moeten er als revalidatiesector wel voor waken dat we onze gezamenlijke focus behouden, versnippering voorkomen en weer meer gaan samenwerken.'

Calimero-complex

Wat zal het effect zijn van deze lijst? 'Ik hoop dat Nederlandse revalidatieonderzoekers allemaal trots zijn en dat subsidiegevers meer beseffen dat het ondersteunen van revalidatieonderzoek van groot belang is. Onderzoek wordt al gauw gezien als kostbaar, maar het is een investering die zichzelf dubbel en dwars terugverdient. Ik hoop ook dat een effect van de lijst is dat we nu definitief van ons Calimero-complex afkomen. We zijn gewoon goed in Nederland. Revalidatieartsen, maar ook paramedici en onderzoekers. Ik kom vaak in het buitenland en dan beseft je weer hoe goed wij het voor elkaar hebben.'

Dit is hoe het bedoeld is: dwarslaesierevalidatie

‘Als dwarslaesiepatiënt wordt er tijdens je revalidatie met je gesproken over mogelijke stemmingsproblemen en problemen rond seksualiteit. Na je revalidatie word je benaderd voor periodieke screenings.’ Frans Penninx van patiëntenvereniging DON noemt het belangrijke voordelen van de eerste richtlijn voor dwarslaesierevalidatie, die onlangs afkwam.

TEKST Adri Bolt BEELD Roel Seidell

Het feit dat je als dwarslaesiepatiënt actief wordt benaderd door een gespecialiseerd revalidatieteam dat beginnende problemen opspoot, ook wanneer je de revalidatiekliniek al lang hebt verlaten, kan veel ellende én veel onkosten voorkomen. ‘De dwarslaesierevalidatie in Nederland is uitstekend en veel van wat er in de richtlijn staat gebeurt ook nu wel. Maar door de richtlijn is vastgelegd dat het structureel móet gebeuren. Met de richtlijn pakken we de tien belangrijkste knelpunten die beter kunnen aan.’ Frans Penninx is bestuurslid van patiëntenorganisatie Dwarslaesie Organisatie Nederland (DON), en was lid van de werkgroep die meedacht over de richtlijn van de vereniging van revalidatieartsen VRA. Al die tien knelpunten zijn belangrijk voor patiënten, maar zes van de tien zijn

**‘De winst:
meer transparantie,
uniformiteit en
gegarandeerde
kwaliteit’**



sterk medisch van aard. Op die punten had DON relatief weinig inbreng, vertelt Penninx. 'Zaken als het antistollingsbeleid of de behandeling van decubitus laten we graag aan de dokters over.'

Seksualiteit

Aandacht voor seksualiteit is één van de punten waarover DON wel veel inbreng had. Penninx: 'Door een ruggenmergletsel verandert je seksuele leven, dat kan niet anders. Aandacht daarvoor hoort er dus bij, zowel tijdens de revalidatie als daarna. Door het als onderwerp in de richtlijn op te nemen erkennen we dit.' De richtlijn geeft aan wie dit het beste met de betrokkenen kan bespreken. 'Bij voorkeur een seksuoloog, die in elk van de acht in dwarslaesie gespecialiseerde revalidatiecentra liefst lid van het behandelteam zou moeten zijn. Maar we hebben ook gepraat over de rol van psycholoog, verpleegkundige en revalidatiearts.'

Stemming

Structurele aandacht is er ook voor stemmingsproblematiek. 'Natuurlijk kun je in een dip raken wanneer je een dwarslaesie oploopt. Dat moet herkend worden, en vervolgens moet er iets aan gedaan worden. Want het gaat niet vanzelf weer beter wanneer je thuis bent. Integendeel, dan gaat het vaak slechter.' Daarom stelt de richtlijn dat de psycholoog met elke nieuwe patiënt een intakegesprek moet hebben. 'Verder moeten patiënten contact kunnen hebben met ervaringsdeskundigen. Dat is ook één van de punten die wij als patiëntenorganisatie hebben ingebracht.'

Ouderen

Er komen steeds meer oudere mensen. Dus krijgen steeds meer mensen op hogere leeftijd een dwarslaesie, bijvoorbeeld omdat ze

vallen of een operatie ondergaan. 'Vroeger werd je dan vaak in een verpleeghuis opgenomen, zonder dat je een revalidatietraject kreeg aangeboden. In de richtlijn bevelen we aan om ook ouderen, mits ze het aankunnen, te laten revalideren. Dat gebeurt al steeds vaker, en het past in het beleid om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten leven.'

Nazorg

Een ander belangrijk punt voor DON is de nazorg, want een dwarslaesie kan allerlei complicaties geven, zoals blaasontstekingen, neuropathische pijn of decubitus. Over de nazorg zegt de richtlijn dat aan dwarslaesiepatiënten controle op de polikliniek moet worden aangeboden, onder andere gericht op preventie, vroege identificatie of behandeling van secundaire gezondheidsproblemen. Omdat DON nazorg zo belangrijk vindt heeft de patiëntenorganisatie gelobbyd voor een protocol waarin dat heel praktisch geregeld wordt. De organisatie van in dwarslaesie gespecialiseerde behandelaars, het Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap (NVDG), en DON zijn inmiddels al ver met het protocol. 'Het geeft bijvoorbeeld aan dat dwarslaesiepatiënten minimaal één keer per twee jaar door het multidisciplinaire team uitgenodigd moet worden', vertelt Helma Bongers, revalidatiearts bij de Sint Maartenskliniek en voorzitter van het NVDG. 'Alleen de revalidatiearts is niet voldoende.'

Winst

De winst van de nieuwe richtlijn voor dwarslaesierevalidatie is vooral 'meer transparantie, uniformiteit en gegarandeerde kwaliteit', zegt DON-bestuurslid Frans Penninx. 'De basisbehandeling ligt vast. Je weet als patiënt hoe de zaken worden aangepakt.' Ook voor de revalidatiesector is die duidelijkheid een voordeel. 'Je kunt als sector je kosten beter verantwoorden.' Helma Bongers: 'Grote winst van met name het onderdeel over nazorg is de erkenning dat een dwarslaesie een chronische aandoening is. Daarbij is de preventieve werking van regelmatige controles heel belangrijk, dat gaat gezondheidswinst opleveren. Bijvoorbeeld wanneer je een slechte houding in een rolstoel op tijd corrigeert.'

Goede samenwerking

De samenwerking tussen patiëntenorganisatie en behandelaars is uitstekend verlopen, vinden beide partijen. Penninx: 'We zaten als patiëntenvertegenwoordigers soms met wel twintig revalidatieartsen en andere deskundigen om tafel, en er werd goed naar ons geluisterd.' Helma Bongers: 'Het is de bedoeling dat het nazorgprotocol in november gepresenteerd wordt. Maar daarmee zijn we er nog niet. We werken ook samen aan de financiering van de nazorg, en aan het opheffen van andere knelpunten. Zo liggen mensen nu vaak nog te lang in het revalidatiecentrum omdat hun gemeente een woningaanpassing nog niet heeft geregeld, of ze moeten thuis onder moeilijke omstandigheden 'kamperen'. Het is heel lastig om te bereiken dat gemeentes die aanpassingen sneller gaan financieren.' 'Toch is er enorm veel verbeterd, sinds ik in 1970 een dwarslaesie kreeg', concludeert Frans Penninx. 'Medisch-technisch eigenlijk te veel om op te noemen, van minder complicaties tot betere rolstoelen. Maar zeker zo belangrijk is dat de inbreng vanuit patiëntenperspectief veel groter is. En dat er veel meer bereidheid is om naar patiënten te luisteren.'

[Kijk hier voor de richtlijn.](#)



JOB COHEN:

‘Voor het eerst viel
het woord **rouw**’



Job Cohen, oud-burgemeester van Amsterdam, verloor in 2015 zijn vrouw Lidie aan de gevolgen van multiple sclerose. Het was een lange en vooral op het eind zware weg. Toen Lidie's klachten toenamen werd ze verwezen naar revalidatiecentrum Reade. 'De behandelaars ontfermden zich over haar en dankzij hun professionaliteit en grote betrokkenheid werd de kwaliteit van haar leven aanzienlijk verbeterd. Daar zal ik ze altijd dankbaar voor zijn.' TEKST Anne Merkies **BEELD** Inge Hondebrink

Job Cohen: 'De eerste verschijnselen van de ziekte openbaarden zich in 1980, een half jaar na de geboorte van ons eerste kind, toen typen ineens niet goed meer lukte. Al vrij snel daarna werd de diagnose MS gesteld. Lange tijd staken we onze kop in het zand. Lidie was daar vooral heel goed in. "Als je je almaar zorgen maakt, doe je niks meer", zei ze. Daardoor werd ons leven niet beheerst door de ziekte. En dat kon toen ook, omdat de klachten nog niet ernstig waren.'

ROLMODEL

'Lidie werkte als docent Nederlands. Later, toen haar spraak slechter werd en ze niet meer voor de klas kon staan, kon ze op dezelfde school als decaan aan de slag. Maar in 2000 moest ze stoppen met werken, het lukte niet meer. Vreselijk vond ze dat. Lezen ging niet meer door haar slechte zicht en lopen evenmin. Vlak daarna werd ik burgemeester van Amsterdam. Als burgemeestersvrouw noemde Lidie zichzelf wel eens een rolmodel, letterlijk en figuurlijk. Wanneer het werk daar om vroeg ging ze mee. Dat viel op, een burgemeestersvrouw in een rolstoel. Maar dat was de situatie en ziekte hoort ook bij het leven. Zoiets overkomt je en daar moet je het mee doen.'

IMPACT

'Lidie's ziekte heeft natuurlijk ook flinke impact gehad op mijn leven, en op dat van onze zoon en dochter, maar dat is niets in vergelijking met wat het voor haar heeft betekend. Ik heb er wel altijd op gelet dat ik haar echtgenoot bleef en niet haar verzorger werd. Natuurlijk deed ik ook van alles, maar meer en meer besteedden we zorg uit. We maakten gebruik van een persoonsgebonden budget en kochten zelf de zorg in. Als daarbuiten extra zorg nodig was, konden we ons dat permitteren. Ik besef heel goed dat dit een luxe is die lang niet voor ieder-

een is weggelegd. We hadden ook geluk met een fantastische vriendenkring. Elke dag kwam er wel iemand langs om Lidie voor te lezen of iets anders met haar te doen.'

WARM BAD

'Langzamerhand ging het slechter met Lidie. Een arts verwees ons naar Reade, waar ze een aantal weken werd opgenomen. Door de oprechte betrokkenheid en professionaliteit voelde het als een warm bad. Als behandelaar kun je niet veel doen aan zo'n ziekte, maar je kunt wél de kwaliteit van het leven echt verbeteren. Ze zagen daar bijvoorbeeld meteen dat Lidie scheef zat in haar rolstoel en konden dat met aanpassingen oplossen. Verder adviseerden ze een PEG-sonde, omdat ze steeds moeilijker kon eten. Ook adviseerden ze de medicatie tegen haar spasme via een Baclofenpompje toe te dienen, omdat ze heel sloom werd van de orale medicatie die ze had. Ze sterkte aan en knapte aanzienlijk op.'

ONTSPANNEN

'Na die revalidatietijd bleef Lidie wekelijks naar Reade gaan om te zwemmen. Heerlijk vond ze het om dat lichaam, waarin ze zat opgesloten, te ontspannen. Als het even kon ging ik graag mee. Toen Lidie ook geestelijk achteruit ging, vond ik dat heel moeilijk, ik begreep het niet echt, wist niet of dat ook met MS te maken had. De revalidatiearts raadde mij en onze kinderen een gesprek aan met een maatschappelijk werkster. Dat gesprek is voor mij heel belangrijk geweest. Voor het eerst viel het woord rouw. Tot die tijd hoorde rouw voor mij bij de dood. Door het gesprek begreep ik dat dit óók rouw was, omdat ik mijn vrouw, de vrouw die Lidie ooit was, was verloren.'



RUIMTE

'Lidie overleed in 2015, vijfendertig jaar na de diagnose. Ze werd 67 jaar. Als het aan haar had gelegen had ze langer geleefd, ze wilde helemaal niet dood. Ik vond haar situatie de laatste jaren soms moeilijk, maar had het nog jaren volgehouden, zo lang als nodig was geweest. In een huwelijk belooft je dat je er voor elkaar bent, in voor- en tegenspoed. Om de zorg voor een zieke partner zo lang vol te houden vind ik het belangrijk dat je daarnaast ook een eigen leven hebt en doet wat je leuk vindt. Ik kon altijd veel kwijt in mijn werk en Lidie gaf mij alle ruimte voor mijn carrière. Daar ben ik haar dankbaar voor. Een jaar na haar overlijden ben ik getrouwd met Anjes, die mij al langer steunde in lastige tijden, toen Lidie dit graag had willen doen maar dat niet meer kon.'

Job Cohen (1947) is jurist. Van 2001 tot 2010 was hij burgemeester van Amsterdam. Eerder was hij namens de PvdA onder meer fractievoorzitter in de Eerste en Tweede Kamer en staatssecretaris. Hij is nu hoogleraar gemeenterecht/gemeentekunde bij de Universiteit Leiden en voorzitter van Cedris, de landelijke vereniging voor sociale werkgelegenheid en re-integratie.

‘We moeten er samen aan werken’

In welke richting kan de revalidatiesector zich verder ontwikkelen? Revalidatie Nederland vroeg een klankbordgroep om toekomstscenario's te ontwikkelen. Voor dit artikel brachten we vier leden van die klankbordgroep samen om te filosoferen over de ideale revalidatiesector.

TEKST Adri Bolt BEELD Karin van Londen

In mijn meest positieve toekomstbeeld komen de al snelle technische ontwikkelingen in een stroomversnelling', zegt cerebrale-parese-patiënt **Bram Prinsen** (BP) 'Een apparaat dat mijn spieren aanstuurt, zou in de toekomst mijn beperking kunnen laten verdwijnen. Ik zou niet meer hoeven revalideren, alleen gemonitord worden vanuit het ziekenhuis.'

'Technologische ontwikkelingen zijn voor de ene vorm van revalidatie belangrijker dan voor de andere', constateert pijnpatiënt **Ilona Thomassen** (IT). 'Voor pijnpatiënten gaat het meer om de organisatie van de zorg. In de optimale situatie is die zorg kleinschalig, dicht in de buurt, met een makkelijk toegankelijke behandelaar die heel goed naar de patiënt luistert. Persoonlijk contact en de menselijke maat staan centraal. De eerste en tweede lijn werken nauw samen, waarbij de revalidatiesector zorgt voor training en advisering van die eerste lijn.'

Op 20 september 2017 viert Revalidatie Nederland het vijftigjarig bestaan met een bijeenkomst waar drie toekomstscenario's worden gepresenteerd: hoe ziet revalidatie er in 2030 uit? De scenario's helpen de revalidatiesector om ook in de toekomst te kunnen inspelen op de zorgvraag van patiënten.

Vanaf 20 september is ook de jaaruitgave van Revalidatie Magazine beschikbaar op papier en via www.revalidatiemagazine.nl. In die jaaruitgave is meer informatie te vinden over het jubileum en de toekomstscenario's. Ook wordt een korte film gepresenteerd over verleden, heden en toekomst van de Nederlandse revalidatie.

In de ideale situatie van dwarslaesiepatiënt **Melanie Peterman** (MP) zijn autonomie en zelfredzaamheid van de patiënt heel belangrijk. 'Beslis niet voor mij zonder mij' is haar uitgangspunt. Maar wel met een vangnet. 'De minder mondigen moeten niet buiten de boot vallen.'

Cees Smit (CS), hemofiliepatiënt en al jarenlang actief in de patiëntenbeweging, ziet hier een rol voor de revalidatiesector: 'Die helpt minder weerbare mensen om hun weg te vinden, weerbaarder te worden en maatschappelijk actief te blijven. Kwetsbare mensen blijven zo nodig langer in nazorg om te kijken of het goed gaat.'

POSITIEVE GEZONDHEID

In de ideale situatie staat het streven naar 'positieve gezondheid' centraal, zeggen de aanwezigen. IT: 'De zorg stelt mensen in staat hun leven zoveel mogelijk vorm te geven zoals zij dat zelf willen.' MP: 'Om dat te bereiken is een brede inzet van ervaringsdeskundigen belangrijk. En het beroep op de kring van naasten moet beperkt blijven. Persoonlijke relaties moeten geen afhankelijkheidsrelaties worden.' Mensen met beperkingen vinden in die ideale situatie probleemloos de juiste zorg, via een makkelijk vindbaar en toegankelijk platform. Uiteraard blijft die zorg financieel toegankelijk voor iedereen.

PREVENTIE

Preventie wordt automatisch meegenomen in het revalidatietraject. MP: 'Zo kan ik, om een voorbeeld uit mijn eigen leven te geven, speciale en best prijzige pleisters vergoed krijgen wanneer ik decubitus heb. Maar ik krijg ze niet vergoed als ik daarmee decubitus kan voorkomen. Terwijl dat veel geld en ellende kan schelen.' IT: 'Onderdeel van die preventie is dat in een vroeg stadium de juiste zorg wordt gegeven.' MP: 'Ook goede voeding is vaak heel belangrijk. Zoek uit waar een patiënt baat bij heeft.'



Van links naar rechts: Ilona Thomassen, Bram Prinsen, Melanie Peterman en Cees Smit

EFFICIËNT

In die ideale wereld wordt ook anders gekeken naar kosten en baten voor de samenleving. CS: 'De nadruk verschuift van de kosten van revalidatie naar de opbrengsten. Een goede re-integratie levert winst op, in kwaliteit van leven en in economisch opzicht. Daarbij komen, als je patiëntenorganisaties actief laat meedenken, vanzelf mogelijkheden om kosten te besparen aan het licht. Wanneer je een complexe aandoening hebt ben jij degene die het best in de gaten heeft met hoeveel hulpverleners je te maken hebt, en hoe dat proces efficiënter kan.'

DENKTANK

Het zijn wat gedachten over de ideale situatie, maar hoe die situatie te bereiken? IT: 'Zorgverzekeraars, behandelaars en patiëntenorganisaties moeten daar samen aan werken. Niemand kan het alleen.' BP: 'Het begint bij de wetgever. Er zijn wetten nodig om kaders te scheppen waarbinnen bijvoorbeeld de zorgverzekeraars werken.' MP: 'Maak een landelijke denktank, waarin alle partijen participeren. Er is al zoveel deskundigheid, die moet je benutten.' CS: 'De koepels van patiëntenorganisaties zouden een brede maatschappelijke discussie kunnen voeren met de politiek. Ik mis actiebereidheid bij de patiëntenbeweging. De initiatieven zijn te versnipperd.'

PROFESSIONALS

Daarbij gaan de maatschappelijke ontwikkelingen lang niet allemaal de goede kant uit. BP: 'De nadruk op geld, controle en regeltjes maakt innovatie lastig.' CS: 'Zo is het exoskelet, waarmee verlamde mensen toch kunnen lopen, nog te duur. Maar het wordt alleen goedkoper wanneer er ervaring mee wordt opgedaan. Voor het stimuleren van dergelijke vernieuwingen zou geld moeten zijn. En er

moet meer ruimte komen voor de eigen verantwoordelijkheid van de professionals.'

MONDIGHEID

Een positieve ontwikkeling is de gegroeide nadruk op eigen regie van de patiënt, vinden alle aanwezigen. Maar die ontwikkeling heeft een keerzijde. Individuele kennis en mondigheid worden steeds belangrijker. BP: 'Ik ben er door eigen ervaring achtergekomen dat er veel mogelijk is wanneer je een vlotte babbel hebt en weet welke wegen te bewandelen. Maar niet iedereen kan dat.' Die individuele verschillen, en de verschillen tussen revalidatiecentra en gemeenten, kunnen tot willekeur leiden. CS: 'Zo komt er altijd een moment waarop je als ouder wordende patiënt die regie niet meer aankunt. Wie signaleert dat, en hoe gaat het dan verder?'

ONGELIJKHEID

Als sterkste negatieve trend zien de aanwezigen de groeiende maatschappelijke ongelijkheid. CS: 'Dat begint bij het eigen risico en de stapeling van eigen bijdragen. Zelf moest ik onlangs een scooter kopen. Wanneer ik dat niet had kunnen betalen had ik een lang en onzeker traject bij de gemeente moeten volgen, en de scooter veel later of niet gekregen.'

GOED INITIATIEF

Tenslotte wordt teruggeblikt op de ontwikkeling van de toekomstscenario's. Leuk, interessant en relevant, is de algemene opvatting. IT: 'Ook moeilijk. 2030 is heel ver weg.' MP: 'Een heel goed initiatief van Revalidatie Nederland om op de lange termijn te denken, en om er verschillende partijen bij te betrekken.' CS: 'Ik waardeer zeer dat RN de klankbordgroep uit ervaringsdeskundigen heeft samengesteld. Dat is precies waar het in de zorg naartoe moet.'



Van zorgen naar coachen

Revalidanten zelf de regie geven bij hun behandeling. Revalidatiecentra zijn hier al goed in, maar toch vallen zorgverleners makkelijk terug omdat ze willen zórgen. Daarom startte Libra Revalidatie & Audiologie het project Van zorgen naar coachen. Ze wonnen er een Planetree Award mee.

Zelf regie voeren over je behandeling moet je l ren, en daarbij heb je als revalidant coaching nodig. Libra beseftte dat zorgverleners hierin moeten worden geschoold. Het leidde tot het project Van zorgen naar coachen. Alle behandelaars bij Libra krijgen een training van vier keer drie uur. Na afloop zien behandelaars beter hoe ze omgaan met revalidanten en welk effect dat heeft, vertelt Netty Oomens, teammana-

ger en projectleider. 'Je wilt het beste voor een patiënt en valt makkelijk terug in de zorgende rol. Je wordt zelf misschien ook gezien als expert van wie wordt verwacht dat je de dingen regelt. Of je staat als hulpverlener niet voldoende stil bij de nadelen van een gewenste gedragsverandering voor een revalidant. Of die heeft weinig zelfvertrouwen, waardoor je verantwoordelijkheid overneemt.'

Fasen

Centraal in de training, die is ontwikkeld met Fontys Hogescholen, staat het begeleiden van gedragsverandering. 'Wanneer het leven een ommezwaai maakt door ziekte of beperkingen, moeten mensen zich aan een nieuwe situatie aanpassen. Oude gedragspatronen moeten doorbroken worden en dat is vaak een intensief proces, dat veel energie vraagt. Wij ontwikkelden een coaching-gedragsveranderingsmodel, waarin de fasen van deze gedragsverandering beschreven staan. Ook wat er in elke fase aandacht vraagt: van de revalidant, van diens naasten en van de professional.' Het belangrijkste effect van de training, zegt Oomens, is een andere grondhouding.

'Behandelaars beseffen dat ze hun zorginstinct moeten loslaten en dat ze moeten uitgaan van gelijkwaardigheid, samenwerking, respect voor de autonomie van de revalidant en het activeren van kennis die iemand zelf al heeft.' Dat die andere houding bevalt blijkt uit positieve reacties van patiënten en professionals.

Beter aansluiten

Door coaching ontstaat meer ruimte voor wensen en hulpvragen. 'Therapeuten sluiten beter aan bij het tempo van de revalidant, en kijken ook anders naar 'lastige' revalidanten. Want mensen nemen goede adviezen niet altijd over. Elke professional maakt dit mee.' Hoe vaak dit gebeurt blijkt uit onderzoek van onderzoeksinstituut NIVEL: maar liefst de helft van alle Nederlanders kan niet goed omgaan met gezondheidsproblemen. Ze begrijpen dan bijvoorbeeld de uitleg van de dokter niet. Als voorbeeld uit de revalidatie noemt Netty Oomens weerstand bij het inzetten van een spalk of looprek. 'De behandelaar weet dat het hulpmiddel de beste optie is, maar de revalidant accepteert dit nog niet goed. Een coachende behandelaar investeert dan geen tijd om iemand te overtuigen, maar last bijvoorbeeld een pauze in de behandeling in, om zo de revalidant gelegenheid te geven z lf te concluderen dat het hulpmiddel een goed idee is.'

Planetree Nederland is een non-profit instituut dat zorgorganisaties in ons land aanmoedigt om 'mensgerichte' zorg te bieden. Tien voorbeelden van deze zorg worden jaarlijks beloond met een Planetree Award.



‘Specialistische verpleegkundige kennis helpt revalidanten’

Revalidatie vraagt van verpleegkundigen specialistische kennis. Voor het eerst is er in Amsterdam nu specialisatie mogelijk binnen het mbo. Ook wordt een vervolgopleiding tot revalidatieverpleegkundige ontwikkeld. ‘Weten wat iemand nodig heeft om tot maximaal resultaat te komen, daar gaat het om.’

‘In de revalidatie zijn verpleegkundigen medebehandelaar in het interdisciplinaire team’, vertelt Brenda Fibicher, operationeel manager verpleging neurorevalidatie bij Reade. ‘Verpleegkundigen maken opgenomen revalidanten dag en nacht mee, en zijn onmisbaar voor optimale revalidatie. Ze zijn 24 uur aanwezig én weten hoe ze revalidanten kunnen stimuleren om tijdens hun dagelijkse bezigheden verder te werken aan hun behandoelen.’

Onderbelicht

Binnen de verpleegkundeopleidingen is de revalidatie zeer onderbelicht, zegt Fibicher. ‘Het is voor leerling-verpleegkundigen moeilijker om zonder die specifieke kennis revalidanten te begeleiden, dus moet je als revalidatie-instelling zelf kennis gaan overdragen.’ Daarom nam Reade met andere organisaties het initiatief tot de nieuwe opleiding, de vakschool ROCTOP. ‘Het mooie van deze vakschool is dat studenten meteen al veel leren over revalidatie. Ze volgen een leer-werktraject van 2,5 jaar en werken in die tijd dus ook in de praktijk. Ofwel in het revalidatiecentrum, ofwel in een vervolginstelling. Collega-studenten zien dus van elkaar hoe het er elders in de zorgketen aan toegaat. We zijn ervan overtuigd dat dit de kwaliteit van zorg in de keten ten goede komt.’

Hersenletsel

De vakschool richt zich op revalidatie in het algemeen, en op de

verschillende revalidantengroepen. Speciale aandacht is er voor de zorg – ook ná de revalidatie – bij niet-aangeboren hersenletsel. Hersenletsel na een beroerte komt veel voor en kan ingrijpende, vaak onzichtbare gevolgen hebben. Het gaat dan bijvoorbeeld om problemen met onthouden, concentreren, gedrag of het verwerken van prikkels. Dit vraagt om specifieke kennis en vaardigheden. ‘De verpleegkundige moet kunnen werken vanuit de verpleegkundige richtlijn beroerte. En moet zich steeds kunnen richten naar de individuele mogelijkheden en behoeften van deze cliënt op dit moment, zodat die cliënt kan komen tot het maximale resultaat.’

In ons land bestaat nog geen **vervolgopleiding** voor verpleegkundigen op het gebied van medisch specialistische revalidatie. Er is wel een opleiding tot neuroverpleegkundige, met daarin één module over neurorevalidatie. Daarnaast is er een opleiding tot geriatriesch revalidatieverpleegkundige. Maar in 2018 start bij de VUmc Amstel Academie in Amsterdam een twaalf tot vijftien maanden durende vervolgopleiding tot revalidatieverpleegkundige.

Mensen die door een beroerte of ongeluk hersenletsel hebben, worden na een kort revalidatietraject al voor de keuze gesteld: naar een instelling verhuizen of terug naar huis? Soms is de tijd te kort om die keuze goed te kunnen maken, en daarom bestaan in enkele plaatsen al **woon- en trainingscentra** voor deze groep. In Amsterdam bestond zoiets nog niet, maar nu is er Brein In Werking, waar mensen tijd krijgen om onder begeleiding te ondervinden hoe het is om weer zelfstandig te wonen. Hiermee worden vervelende situaties voorkomen. Bijvoorbeeld dat iemand naar een instelling verhuist die met wat extra training zelfstandig had kunnen wonen. Of dat mensen thuis vastlopen omdat ze nog onvoldoende zijn voorbereid op alle dagelijkse uitdagingen.

‘Cool on wheels, wie wil dat niet’

Geen belemmeringen of betutteling, maar kansen en uitdagingen voor kinderen die gebruikmaken van een rolstoel. De rolstoelvaardigheidstraining van Kees-Jan van der Klooster levert naast een heel goede rolstoelbeheersing ook meer zelfvertrouwen op bij de deelnemers. ‘Samen met revalidatieprofessionals hoop ik bij te dragen aan een nieuwe generatie trotse en actieve rolstoelgebruikers.’

TEKST Carine Harting BEELD Sven van Santen



Kees-Jan van der Klooster: 'Er is overwaardering voor wat we doen en onderschatting van wat we kunnen'

Kees-Jan van der Klooster leeft al zestien jaar met een dwarslaesie, die hij opliep bij een skiongeluk in de Franse Alpen. Nog iedere dag ervaart hij dat de samenleving een lage verwachting heeft van mensen met een handicap. ‘Ik hoef geen applaus als ik een stoepje afrijd of achter het stuur van mijn auto zit. De houding van valide mensen – overwaardering voor wat we doen en onderschatting van wat we kunnen – is niet goed voor het overwinnen van obstakels in je hoofd. Iedere dag horen dat je vooral voorzichtig moet zijn en niet teveel van jezelf moet eisen, omdat het allemaal toch al zo erg is... Wat doet het met je als de lat zo laag ligt?’

Grenzen opzoeken

Bewegen is voor een kind met een beperking niet altijd vanzelfsprekend. Maar dat is nog geen reden om het niet te doen, weet Van der Klooster, zelf inmiddels paralympisch sporter. Bewegen is goed voor de motoriek, en het stimuleert de cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling. Als ervaringsdeskundige en rolmodel is Kees-Jan

nog veel meer dan een ‘lopende therapeut’ in staat om samen met de kinderen de grenzen van hun kunnen op te zoeken. Balanceren, vallen, achterstevoren een trap af en weer via een steile helling naar boven: stap voor stap neemt hij de kinderen in de trainingen mee in het beheersen van hun rolstoel. Hij wordt hierin bijgestaan door een psychomotorisch therapeut, die onder meer bijdraagt aan het overwinnen van mentale barrières.

Veranderingen

Een belangrijke voorwaarde is dat de ouders aanwezig zijn bij de training. Zelf zien wat hun zoon of dochter kan en durft, helpt hen om hun kind meer ruimte te geven. ‘Zodat het kind kan ontdekken waar zijn kracht ligt. Ouders vertellen me over de veranderingen in hun kind. De meesten gaan meer uitdagingen aan, ook in sport en spel, en staan over het geheel genomen positiever in het leven. Veel kinderen durven eindelijk een wheelie te maken en ontdekken dat de rolstoel een maatje kan zijn. Cool on wheels, wie wil dat nou niet.’ Inmiddels hebben al 150 kinderen meegedaan aan de rolstoelvaardigheidstrainingen.

Directe aanpak

De rolstoelvaardigheidstraining, die Van der Klooster organiseert in samenwerking met patiëntenorganisatie BOSK, wordt sinds 2013 onderzocht in het project Fit for the Future! van de Hogeschool Utrecht. De eerste onderzoeksresultaten onderschrijven zijn aanpak. Niet alleen de ouders en kinderen zijn positief over de trainingen, ook revalidatiecentra en mytilscholen die bij de studie zijn betrokken. Zij zien de opmerkelijke vooruitgang van kinderen, soms al binnen één les. In de evaluaties van de trainingen worden de directe aanpak en de ervaringsdeskundigheid van Kees-Jan vaak

Het project **Fit for the Future!** van het lectoraat Leefstijl en Gezondheid van de Hogeschool Utrecht heeft als doel om kinderen met een beperking meer te laten bewegen. Hiervoor is een goede kennisoverdracht nodig. Het wetenschappelijk onderzoek naar de rolstoelvaardigheidstraining wordt uitgevoerd door het lectoraat en het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht. De deelnemende revalidatie-instellingen – De Hoogstraat, Heliomare, Libra, Merem en Roessingh – hebben aangegeven na het onderzoek te willen doorgaan met rolstoelvaardigheidstraining voor kinderen.



genoemd als belangrijke factoren. Een kinderfysiotherapeut: ‘Kees-Jan weet zowel bij kinderen als ouders grenzen te verleggen. Ook heeft hij de rolstoelvaardigheid bij veel revalidatiecentra opnieuw op de agenda gezet.’

De factor geld

Van der Klooster: ‘Het zou vanzelfsprekend moeten zijn dat je met een rolstoel op zijn minst een trapje af kan. De realiteit is echter anders, hoewel er met name bij de jongere volwassenen met een dwarslaesie in revalidatiecentra al meer wordt geoefend, bijvoorbeeld de roltrap op en af gaan. Bij de keuze om een externe ervaringsdeskundige in te schakelen voor een gerichte training speelt helaas nog vaak de factor geld een doorslaggevende rol. Daarom ben ik ook blij met de wetenschappelijke onderbouwing van Fit for the Future!. Dit vergroot namelijk de kans dat verzekeraars de kosten vergoeden. Al zou er van de tien deelnemers maar eentje zijn die dankzij de training een gezond leven leidt, minder zorg afneemt en aan het werk kan in een uitdagende baan, dan maakt dat de trainingskosten voor de andere negen ruimschoots goed!’

De BOSK maakte een filmpje over de rolstoelvaardigheidstraining.

Op 21 oktober vindt de tweede editie plaats van **A Wheelchair Skills Event**. Dit rolstoel-evenement voor jong en oud en voor alle niveaus, is een initiatief van **K-J Projects unlimited abilities**. Het evenement is onderdeel van het programma Rolstoelvaardigheid op niveau dat de komende jaren zal worden uitgevoerd.

COLUMN

Trots

Vaak lijkt het gras van de burens groener. Dan ben ik jaloers op de fantastische combinatie van onderzoek en therapie in Australië, jaloers op gedegen registers die in Zweden veel secundaire aandoeningen voorkomen, jaloers op toegankelijkheid in Amerikaanse steden. Maar vervolgens kijk ik toch weer naar de Nederlandse verworvenheden.

Op het gebied van cerebrale parese (een hersenbeschadiging die ontstaat rond de geboorte) is een van de grootste verworvenheden de productieve samenwerking tussen mensen met CP, hun artsen en onderzoekers. Dit heeft zijn beslag gekregen in CP-Net en leidt tot mooie dingen als een gezamenlijke kennisagenda en een nationaal CP-register.

Iconisch was het congres van de European Academy of Childhood Disability afgelopen mei in Amsterdam. Volstrekt uniek in de wereld was de wijze waarop wij bij de organisatie werden betrokken. Toen de 900 onderzoekers uit 60 landen samenkwamen voor de opening, kregen ze direct een filmpje van de BOSK voorgeschoteld (nog steeds te bekijken op ons YouTube-kanaal). We bedankten hen voor hun aanwezigheid, maar wezen hen ook op hun verantwoordelijkheid: uiteindelijk zijn jullie aan werk voor óns, uiteindelijk moet alles wat jullie doen gericht zijn op de kwaliteit van óns leven. Het filmpje sloeg in als een bom. Er leek iets veranderd in de hoofden van de onderzoekers. De dagen erna hoorden we hen steeds vaker praten over de meerwaarde van hun onderzoek voor kinderen met een handicap – en niet in abstracties, maar zo concreet en toepasbaar mogelijk.

En natuurlijk hielpen wij een handje. Muisstil was het toen jongeren met CP vertelden waar zij tegenaan liepen in hun behandeling. Weldadig het applaus toen moeders lieten zien hoe je onderzoek beter maakt als je ouders erin betreft. Vol aandacht de zaal toen wij vertelden hoe behandelingen verschil kunnen maken in ons dagelijks leven.

Dit keer was het buitenland jaloers op ons. Artsen, onderzoekers en ouders uit vele landen bedankten ons en verzuchtten dat het nog lang zou duren voordat zij zo goed zouden samenwerken. Dus mogen we best wat vaker trots zijn. Trots op de manier waarop wij door hard werken en veel zoeken de samenwerking tussen mensen met een handicap, dokters en onderzoekers tot een succes maken.

*Martijn Klem,
directeur BOSK, vereniging
van mensen met een
angeboren lichamelijke
handicap*





Uitgerevalideerd

‘Gefeliciteerd, meneer De Hond, u bent uitgerevalideerd.’

Bijna een half jaar nadat ik in 2002 een dwarslaesie kreeg mocht ik definitief het revalidatiecentrum verlaten. Ik verhuisde naar mijn nieuwe rolstoeltoegankelijk appartement. Ik was door maandenlang keihard oefenen in staat om weer voor mijzelf te zorgen, en dat werd beloond met een enkeltje naar huis. Artsen en verpleging gebruikten daarvoor de term ‘uitgerevalideerd’. De taak van het revalidatiecentrum zat erop, zij hadden mij voldoende zelfredzaam gemaakt. Mijn benen had ik niet meer nodig: ik kon mijn leven voortaan op wielen voortzetten.

Mijn mede-revalidanten hadden hunkerend uitgekeken naar het moment dat er niet meer getraind hoefde te worden. Zij lieten zich na hun vertrek alleen nog in hoge uitzonderingsgevallen zien in het centrum. Ik was ook blij dat ik weg mocht, maar iets voelde niet goed. Ook al was mijn onderlijf niet meer in staat om functioneel zelf te bewegen, het leek mij onnatuurlijk om er nóóit meer iets mee te doen.

En dus bleef ik toch maar naar het revalidatiecentrum gaan. Niet om mijn onderlijf te herstellen, maar om het te onderhouden. Ik fietste op de Motomed (een hometrainer met ingebouwd motortje), liep op de Lokomat (een looprobot met lopende band) of trainde met elektrostimulatie. Dat bleef ik doen, tot op de dag van vandaag.

Destijds werd ik vreemd aangekeken omdat ik steeds maar bleef terugkomen. Maar inmiddels heeft mijn revalidatiecentrum een hele trainingsgroep met revalidanten die net als ik doortraineren. Misschien is het geluk... of misschien is het te danken aan al die jaren van intensief blijven trainen van een passief onderlijf, maar decubitus en andere nare, veelvoorkomende dwarslaesieklachten zijn mij tot nu toe bespaard gebleven. Er hangt wel een prijskaartje aan: per keer betaal ik 25 euro en dan draagt het revalidatiecentrum ook nog bij.

Op pagina 8 van dit RM leest u over een nieuwe richtlijn voor dwarslaesierevalidatie. Aangezien een dwarslaesie een chronische aandoening is, kan veel winst worden behaald door patiënten tweejaarlijkse controles aan te bieden. Dat onderschrijf ik volledig. Ik zou misschien wel verder willen gaan en revalidatiecentra willen aansporen het tevens voor revalidanten mogelijk te maken om - met behulp van de aanwezige specialistische technologie - hun onderlichaam chronisch in beweging te houden. Aan verzekeraars de aansporing om dit soort cruciaal fysiek onderhoud dan ook te vergoeden.

Marc de Hond

Gedachten besturen armprothese

In het Radboudumc in Nijmegen heeft eerder dit jaar Johan Baggerman als eerste Nederlander een armprothese gekregen die hij met zijn gedachten kan besturen. Het is een zogeheten klikprothese, die wordt bevestigd op een pin die in het bot van zijn armstomp is verankerd.

In 2010 verloor Johan Baggerman uit Lent zijn linkerarm bij een verkeersongeluk. Hij kreeg aanvankelijk een traditionele armprothese, maar die beviel niet omdat hij er niets mee kon doen. De nieuwe prothese is ontwikkeld door chirurg Jan Paul Frölke en revalidatiearts Henk van de Meent. Zij introduceerden in 2009 de klikprothese in Nederland, voor mensen met een beenamputatie. Nu hebben ze de techniek dus voor het eerst ook toegepast na een armamputatie. De klikprothese voor de arm kan snel en eenvoudig worden vastgemaakt en geeft de gebruiker meer bewegingsvrijheid, omdat de prothese met het bot wordt verbonden en dus vanuit de schouder gemakkelijker kan worden bewogen.



Naast de kliktechniek is nu ook een heel ander type prothese toegepast, die met gedachten in beweging kan worden gebracht. Deze techniek heet Targeted Muscle Reinnervation (TMR): tijdens een operatie worden de zenuwen die voorheen de hand- en onderarmspiers aanstuurden verbonden met spieren van de armstomp. Als de patiënt in gedachten zijn hand opent en sluit, trekken de spieren in de bovenarm samen. De spieractiviteit wordt gemeten door elektrodes en wordt door patroonherkenningssoftware vertaald naar een beweging van de robotarm. Wereldwijd zijn er maar paar mensen met zo'n klikrobotarm.

Het gebruik van de prothese vraagt veel oefening. Johan Baggerman doorliep een uitgebreid revalidatieprogramma en heeft de robotarm een aantal weken thuis kunnen uitproberen. Revalidatiearts Henk van de Meent: ‘De functies die deze robotarm biedt zijn enorm. Door de directe verbinding van de prothese aan het skelet en de intuïtieve aansturing krijgt Johan langzaam het gevoel zijn eigen arm terug te hebben. De proefperiode met de robotarm is inmiddels afgesloten en er loopt een aanvraag voor vergoeding bij zijn zorgverzekering.’

Als je door lichamelijke oorzaken beperkt ben in je handelen, kan specialistische revalidatie vaak een oplossing bieden. Ditmaal: spraak-muziektherapie bij kinderen, een therapievorm die op dit moment alleen nog bij Revalidatie Friesland beschikbaar is.

‘Hij was zó blij’



Muziektherapeut Ariska Groen en logopedist Yvonne Hoogland aan het werk met Jorick

Jorick Aarts van nu bijna zeven heeft door een aangeboren chromosoomdefect problemen met motoriek en spraak. Als peuter al kon hij terecht bij Revalidatie Friesland, waar hij sinds een jaar ook SMTA krijgt: Speech-Music Therapy for Aphasia. ‘Er lukt steeds meer en dat inspireert hem enorm’, zegt zijn moeder. De revalidatieaanpak met muziek en logopedie bleek een schot in de roos.

TEKST Alice Broeksma **BEELD** Winout Blaauw

Jorick leek een gewone baby maar werd, toen hij drie maanden was, getroffen door een epileptische aanval. Zijn moeder Nynke Sijsma werkte op dat moment als verpleegkundige in de kinderpsychiatrie en herkende het meteen: ‘De anti-epileptica sloegen gelukkig aan, maar er was meer aan de hand.’ Na zeker een jaar van onderzoek bleek waarom motorische mijlpalen niet werden behaald. Jorick bleek dyspractisch te zijn, door een chromosoomdefect dat zo zeldzaam is dat het niet eens een eigen naam heeft, alleen een nummer: 20Q13.33.

Dyspraxie

Bij dyspraxie is de informatieverwerking verstoord, waardoor het onder andere moeilijk wordt om handelingen uit te voeren. Ook het aansturen van de spraak kan lastig zijn. Jorick kon naar de peutergroep bij het revalidatiecentrum, een goede ondergrond ook voor de basisschool. Toen die tijd aanbrak

en hij zich verbaal niet goed kon uitdrukken, viel de keus op school Lyndensteyn in Beetsterzwaag: een mytyl-/tyltylschool die is gekoppeld aan het revalidatiecentrum. ‘Gelukkig dat hij daar terecht kon, want hij vindt het er geweldig.’

Logopedist en muziektherapeut

Sinds ruim een jaar krijgt Jorick nu ook SMTA, spraak- en muziektherapie bij afasie (taalverstoring door hersenletsel). Veel revalidatiecentra in ons land bieden dit aan voor volwassenen, en Revalidatie Friesland past het nu ook toe bij kinderen. Het behandelprogramma is gebaseerd op het uitgangspunt dat muziek kan helpen bij herstel van een verstoord taal- en spraaksysteem. Bij SMTA werken logopedist en muziektherapeut samen: de logopedist gebruikt oefeningen met klanken, lettergrepen, woorden en zinnen, die door de muziektherapeut worden getoetst.

Geen huiswerk

Nynke Sijsma: ‘Jorick kwam thuis met een cd waarop hij liedjes had ingezongen. Daarop is hij nog steeds zó trots! Na het avondeten zongen we al vaak, door papa Richard begeleid op de gitaar. Nu zingen we met het hele gezin de liedjes van Jorick! Zeker niet als huiswerk, want we vinden het belangrijk dat hij zich na zo’n lange schooldag ook kan ontspannen en zijn emoties kwijt kan.’ In zijn spraak is naar omstandigheden grote vooruitgang. Jorick kon eerst alleen een enkel woord uitspreken, op een manier die voor anderen vaak niet duidelijk was. ‘Maar nu gaat dat steeds beter, hij spreekt meer woorden achter elkaar en doordat hij merkt dat het lukt heeft hij veel meer plezier in praten. Dit versterkt zijn sociale vaardigheden, hij spreekt mensen nu ook zelf aan. Wat de toekomst brengt blijft spannend, want hij zit op een zeer moeilijk lerend niveau. Maar het is prachtig dat hij zich met spraak nu zo kan ontwikkelen, en zo blij is.’

Inspanningslab meet vooruitgang

Bij het UMCG Centrum voor Revalidatie in Haren worden aan het begin én aan het eind van de revalidatie fitheid en conditie gemeten. Het is goed voor de behandeling en het stimuleert patiënten om te bewegen. Dat ontdekte ook Geesje Hiddingh, die in juli vorig jaar werd getroffen door het Guillain-Barré syndroom.



Bewegingswetenschapper Frank van Dijk neemt testen af bij Klaas Stoker

Geesje Hiddingh ging na behandeling in het ziekenhuis naar het revalidatiecentrum. Ze vertelt: 'Ik heb relatief geluk gehad, mijn klachten vielen nog mee. Maar ik kon niet staan of lopen, en ook dingen vasthouden lukte niet. Mijn conditie was nul, dat hoort ook echt bij deze ziekte. Als ik 's ochtends gedoucht had moest ik rusten, dan was ik óp. Ik had dus een lange weg te gaan. Gelukkig werd ik tijdens de revalidatie heel goed begeleid bij het weer opbouwen van mijn conditie. En doordat mijn conditie en kracht gemeten werden, was aan het eind goed te zien hoe ik vooruit was gegaan.'

'We weten precies wat de uitgangswaarden zijn en kunnen daarbij aansluiten'

Aansluiten

Het 'inspanningslab', waar aan het begin van een revalidatietraject testen worden gedaan, is het resultaat van een intensieve samenwerking tussen de afdelingen voor revalidatiegeneeskunde, longziekten, cardiologie en sportgeneeskunde. Gekeken wordt bijvoorbeeld naar de maximale inspanning die iemand kan leveren en naar het uithoudingsvermogen, maar ook naar zaken als kracht, longfunctie en BMI. Revalidatiearts Rienk Dekker: 'Door deze beginmeting weten we waar een patiënt staat en hoe belastbaar hij is. We weten precies wat de uitgangswaarden zijn en kunnen daarbij aansluiten met een sport- en beweegprogramma op maat. Uitgangspunt daarbij zijn de doelen van de patiënt zelf: wat wil die bereiken? De ene amputatiepatiënt wil misschien weer kunnen hardlopen met zijn prothese, de andere wil een eindje kunnen wandelen. In stappen kunnen we naar zo'n praktisch doel toewerken. Op een veilige manier, want we weten ook of er geen contra-indicaties zijn om intensief te bewegen. Als bijvoorbeeld hartproblemen aan het licht komen, worden die eerst behandeld.'

Stimulans

Dat bewegen gezond is, is al lang wetenschappelijk aangetoond. Ook dat mensen met een handicap minder bewegen dan gemiddeld, terwijl bewegen voor hen juist extra belangrijk is. Daarom wil het Centrum voor Revalidatie met het inspanningslab bewegen verder stimuleren: om de behandeling te versnellen én om mensen blijvend aan het bewegen te houden. Dekker: 'We weten dat sport en bewegen op lichamelijk vlak grote voordelen heeft, zoals verbetering van uithoudingsvermogen en balans, en dat het goed is voor het zelfvertrouwen. Daardoor is het ook een middel om sneller te herstellen en revalideren. We doen wetenschappelijk onderzoek om dit verder te onderbouwen, en om te bewijzen wát het beste werkt voor wie.' Aan het eind van de revalidatie wordt opnieuw een meting gedaan in het inspanningslab, om te zien wat iemand heeft bereikt. 'Als iemand bijvoorbeeld ziet dat zijn uithoudingsvermogen met 25% is toegenomen, geeft dat een geweldige stimulans. Mensen revalideren vaak meerdere maanden en gaan elke dag een beetje vooruit. Met de test vooraf en achteraf zien ze hoe ver ze zijn gekomen.'



Foto: Antoinette Borchert

Hard gewerkt

Op dit moment wordt het inspanningslab vooral ingezet in de revalidatie na een beroerte, amputatie of kanker. Binnenkort gaan ook mensen met een dwarslaesie en kinderen naar het lab, en het is de bedoeling dat uiteindelijk alle patiënten op deze manier een beweegprogramma op maat krijgen. Geesje Hiddingh is blij met de begeleiding die ze kreeg. 'Ik ben van nature niet zo'n sporter en voor mij was die tweede meting een stok achter de deur. Je wilt daar toch naartoe werken. Je merkt tijdens de revalidatie wel dat je sterker wordt, maar het is heel fijn om dat in cijfers uitgedrukt te zien. Dat je weet: eerst kon ik maar 0.3 kilo knijpen, dat

is echt minimaal, en bij de tweede meting alweer 12 kilo. Ik had een enorme sprong gemaakt en dat voelde als een overwinning. Ik ben inmiddels al lang weer thuis en ik functioneer prima, ben ook weer volledig aan het werk. En inmiddels kan ik zelfs 27 kilo knijpen; voor mij heel belangrijk, want dat betekent dat ik weer kan motorrijden. Helemaal de oude ben ik nog niet, maar ik ben al zó ver gekomen.'

Het **Guillain-Barré syndroom** is vaak een auto-immunreactie na een infectie. De motorische zenuwen die de spieren aansturen raken erdoor aangetast, met als gevolg spierzwakte. Ook de gevoelszenuwen kunnen worden aangetast, wat dan bijvoorbeeld kan leiden tot gevoelloosheid of tintelingen. In het ernstigste geval is sprake van een tijdelijke volledige verlamming waarbij ook beademing nodig is. Het herstel kan jaren duren, en geregeld blijven er restverschijnselen.

COLUMN

Door de ogen van Yvonne

Als ik het terrein van Adelante oploop, staat Yvonne mij halverwege het pad op te wachten. Ik ken Yvonne van het intake-gesprek dat ik onlangs met haar heb gehad. Vandaag start zij met haar revalidatiedagprogramma na een beroerte. Ze vindt het spannend.

Halverwege mijn werkdag zoek ik haar op bij het behandelplein. Dat plein is het hart van ons revalidatiecentrum. Het is zodanig ingericht dat niet enkel het bewegen centraal staat, maar juist het bewegen binnen de situatie waarmee revalidanten dagelijks te maken hebben. Zij worden op het plein met name begeleid door fysio- en ergotherapeuten en bewegingsagogen. Participatie loopt als een rode draad door het revalidatieproces. Zowel in de therapie ruimtes alsook in de werkwijze van het behandelteam.

Ik zie Yvonne. Ze is bezig in het oefenhuis. Ik vraag of ze zin heeft in een kop koffie. We zoeken een rustige plek in restaurant De Oase, met uitzicht op het park. Enthousiast vertelt Yvonne over haar therapieën. Vol trots vertelt ze dat ze direct in fase 3 is ingestroomd.

Fase 1, waarin de revalidant beperkt zelfredzaam is en in een beschermde en prikkelarme omgeving vaardigheden kan leren, is voor Yvonne niet aan de orde. Ook fase 2, de fase voor mensen met matige zelfredzaamheid, is niet geschikt voor haar. Passend blijkt dus fase 3, waar de zelfredzaamheid sterk wordt bevorderd. Omdat prikkels in deze fase minder een probleem vormen, kunnen revalidanten met verschillende diagnoses samen therapie volgen.

Als ik later op de dag naar huis loop, voel ik mij trots. Luisterend naar het verhaal van Yvonne lijkt onze missie geslaagd. We hebben geprobeerd het behandelplein zodanig in te richten dat mensen kunnen revalideren op een manier die echt goed past bij hun leefsituatie.

Hoewel ik, en met mij mijn collega's, nog stoei met het 'anders werken', lijkt het werken volgens drie fasen voor revalidanten nu al geslaagd. Yvonne, dankjewel, tot gauw en zet 'm op!



Ralf Jetten,
maatschappelijk werker Adelante, Hoensbroek

REHACARE[®]
INTERNATIONAL



www.rehacare.com

Internationale
vakbeurs
voor revalidatie
en zorg

Düsseldorf, Duitsland
4 – 7 oktober 2017

40
YEARS
1977 – 2017



Zelfbeschikkend
leven

Fairwise bv
Verlengde Tolweg 2a _ 2517 JV Den Haag
Tel. 070-3501100 _ Fax 070-3584061
info@fairwise.nl _ www.fairwise.nl


Messe
Düsseldorf

Vrijheid en gewoon wonen met
een fysieke beperking?
Fokus maakt het mogelijk!




Fokus

Fokus verleent assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), 24 uur per dag, 7 dagen per week. Dat doen we in een aangepaste woning die u huurt van de woningcorporatie. De assistentie verlenen we wanneer u dat wilt, op uw afroep en aanwijzing. Op die manier kunt u in alle vrijheid leven zoals u wilt.

'Net als ieder ander van mijn leeftijd was ik toe aan een eigen plekje waar ik zelfstandig kan wonen en zelf kan bepalen wat ik doe. In een Fokuswoning heb ik zelf de regie in handen en kan ik hulp inschakelen op de momenten dat ik dat wil. Dat geeft een veilig en vrij gevoel.'

Jasper, Fokuscliënt

Er zijn bijna 100 Fokus-
projecten in meer dan
60 plaatsen in Nederland.
Er is dus altijd een Fokus-
project bij u in de buurt.

T (050) 521 7272

E servicepunt@
fokuswonen.nl

Kijk voor meer informatie
op www.fokuswonen.nl

www.fokuswonen.nl

Tóch sporten dankzij RaceRunning

Het is nog een vrij nieuwe sport, die snel oprukt in ons land: RaceRunning. Een mogelijkheid om te sporten voor mensen die dat anders vaak niet kunnen. Het begon op de afdeling revalidatiegeneeskunde van het VU medisch centrum.

RaceRunning is bedacht in Denemarken. Petra van Schie, kinderfysiotherapeut en onderzoeker bij het VUmc, zag de sport daar en besloot hem naar Nederland te halen. 'Het is prachtig om te zien hoe snel kinderen en volwassenen vooruitgaan bij RaceRunning, en hoe ze genieten van het kunnen lopen en rennen. Het geeft een enorm gevoel van vrijheid.' De racerunner is geschikt voor kinderen en volwassenen met een lichamelijke beperking, zoals cerebrale parese of spina bifida, die in

het dagelijks leven een rollator of rolstoel gebruiken. Als sporten in een rolstoel niet lukt vanwege een slechte handfunctie, kan de racerunner wél een optie zijn.

Atletiekverenigingen

In 2015 hebben Petra van Schie en haar collega's van het VUmc-RaceRunningteam bij tien kinderrevalidatiecentra, verbonden aan mytilscholen, workshops gehouden. 'De meeste centra hebben daarna een of meer racerunners aangeschaft. Ze gebruiken die tijdens de behandeling, bijvoorbeeld om fitheid te trainen of het lopen te oefenen. Kinderen gebruiken de racerunner soms ook om te lopen op het schoolplein.'

Als sport is RaceRunning snel aan het groeien. Er zijn in Nederland inmiddels vijftien atletiekverenigingen die een RaceRunninggroep hebben. 'Nu loopt een project, door NSGK gefinancierd, dat als doel heeft nog véél meer atletiekverenigingen te ondersteunen in het opzetten van een groep. We organiseren clinics en begeleiden de trainers.' Vorig jaar werd voor het eerst een nationale RaceRunningwedstrijd gehouden.

Lekker hard

Het streven is dat uiteindelijk iedereen die dat wil in de eigen buurt kan RaceRunnen, zegt Van Schie. 'Ook volwassenen. Omdat ik zelf kinderfysiotherapeut ben is de aandacht tot nu toe vooral op de jeugd gericht geweest, maar ook voor volwassenen is het een geweldige sport. We hopen dat er financiering komt voor wetenschappelijk onderzoek, zodat we kunnen aantonen wat de positieve effecten zijn en hoe de sport het beste kan worden ingezet. Als het nut bewezen is, zullen racerunners mogelijk ook eerder vergoed worden. Daarnaast bestaat internationaal de wens om RaceRunning tot paralympische sport te brengen. Ook daarvoor is meer wetenschappelijke kennis nodig, onder andere als onderbouwing voor een classificatiesysteem.'

◀ Anies van 17 is spastisch. Bij Atletiekvereniging Haarlemmermeer ontdekte hij RaceRunning en die sport beoefent hij nu fanatiek. Hij zegt: 'Ik kan in RaceRunning mijn energie kwijt. Het fijne is dat je gewoon lekker kan bewegen en dat je lekker hard kan. Hopelijk kan ik over tien jaar naar de Olympische Spelen!'

Informatie: www.racerunning.nl.



Foto: Dennis Brouwer

WELKOM OP L'ACCOLADE

Onbeperkt genieten voor mensen met een beperking



L'Accolade is een bijzonder vakantiepark. Niet alleen omdat het prachtig in uniek duingebied aan de Franse westkust ligt. Maar vooral omdat kinderen en volwassenen met een lichamelijke of meervoudige beperking kunnen genieten van een zorgeloze vakantie. Samen met hun familie, partner of vrienden. Op het mooie terrein van L'Accolade kan iedereen terecht. Of u nu met een groot gezin in een bungalow of luxe Safaritent wilt, met z'n tweeën in een studio of liever met uw eigen caravan, vouwwagen of tent komt.

Alle hulpmiddelen zijn aanwezig: van rolstoelen tot strandbuggy's en van aangepaste fietsen tot hoog-laagbedden en douchebrancards. Het zwembad is natuurlijk ook aangepast. De hulpmiddelen zijn gratis te gebruiken of te huur voor een klein bedrag. Zelfs assistentie is 24 uur per dag mogelijk. En in het hoogseizoen is er een gezellig recreatieprogramma voor kinderen met beperking en zonder beperking. Bent u toe aan een écht zorgeloze vakantie? Kijk op www.l-accolade.nl en boek meteen!



Rolstoel
proberen?
Maak een
afpraak!

De rolstoel die perfect bij jou past!

- Gezonde zithouding
- Persoonlijk instelbaar
- Schokabsorberend
- Lichtrijgend
- Lage zitdruk
- Modern design



www.rolstoel.nl • tel. 0315 396900 • info@o4.eu

LEES Revalidatie Magazine ALS EERSTE!

Schrijf u in voor de **nieuwsbrief** en u bent als eerste op de hoogte als een **nieuwe editie** is verschenen.

GA NAAR WWW.REVALIDATIEMAGAZINE.NL



RevalidatieMagazine