

RM

RevalidatieMagazine

JAARGANG 28 | JAARUITGAVE | NOVEMBER 2022

Eindelijk begrip

Collin (8) heeft DCD

Nieuwe bloggers RM presenteren zich | 'Praat mét jongeren, niet over hen' | WheelChair Mafia laat zien wat er wél mogelijk is in een rolstoel | 3D-printer wil vaste plek in revalidatiecentra

NEEM
DIT TIJDSCHRIFT
GERUST MEE!



THUASNE

Actieve ondersteuning tijdens jouw activiteiten

Een nieuwe generatie carbon enkel-voet orthese (EVO) & Knie-Enkel-Voet orthese (KEVO) met specifiek design voor effectieve ondersteuning op maat.



Ontdek met je zorgprofessional welke Sprystep bij jou past.



SPRYSTEP.NL | 033 247 44 44



Als we écht samenwerken, krijgen patiënten de beste zorg

Voorwoord

De achtjarige Collin was een puzzelkind. Hij ontwikkelde zich motorisch niet goed en was erg moe. Zijn ouders begonnen een speurtocht in het medische circuit. Naar de kinderarts, bloedprikken, intelligentietesten, extra onderzoeken en nog eens testen.

Er kwam niets uit, medici en de ouders tastten in het duister. Totdat moeder Debbie door haar eigen moeder werd gewezen op DCD, Developmental Coördination Disorder. Maar omdat Collin niet aan alle vinkjes voldeed, moest Debbie alle zeilen bijzetten voor een verwijzing naar het DCD-team van Roessingh Revalidatie.

Inmiddels krijgt Collin de juiste zorg en is er veel meer begrip voor hem in zijn directe omgeving. Het verhaal van Collin, dat te lezen is vanaf pagina 10 van deze jaargang van Revalidatie Magazine, is de zoveelste uitnodiging voor zorgverleners om meer samen te werken en kennis te delen.

Laten we frequent landelijk kennis delen, congressen organiseren over moeilijk te diagnosticeren aandoeningen en nauw samen werken in de regio. Dat is een mooi begin om de hokjes te veranderen in een zorglandschap waarbij mensen snel de juiste zorg op de juiste plek krijgen.

Ik ben dan ook heel blij dat er nu een Integraal Zorgakkoord (IZA) ligt, waarin alle belangrijke zorgpartijen afspraken hebben gemaakt over vergaande samenwerking en waardevolle zorg. Dat is nodig in een veranderende wereld, waarin we als revalidatiecentra een belangrijke rol kunnen pakken. Zo zijn er steeds meer mensen met chronische aandoeningen die te maken hebben met hun leefstijl. Dat vereist een multidisciplinaire aanpak en daar hebben revalidatiecentra heel veel ervaring mee.

Betekent wel dat we zichtbaar moeten blijven in het zorglandschap én samenwerkingen moeten aangaan. Bijvoorbeeld met de GRZ, vanuit de ouderenzorg ontstaan, die zich sterk heeft ontwikkeld. Wij als Medisch Specialistische Revalidatiecentra hebben fantastische faciliteiten. Waarom zou je die twee werelden niet meer samenbrengen? Zodat niet financiële afspraken, maar het patiëntproces leidend wordt. De werkgroep 'regiosamenwerking', die onlangs uit de algemene ledenvergadering van Revalidatie Nederland is ontstaan, wil hierin iets betekenen. We brengen om te beginnen alle bestaande vormen van samenwerkingen met de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) in kaart om te delen en van elkaar te leren.

Het gaat om het welzijn van mensen. Een mens is één geheel. Daarom zou ook de zorg één geheel moeten zijn en niet allemaal eilandjes. Er is veel meer contact nodig met elkaar en onze zorgcollega's in de regio.

De beste ideeën en nieuwe vormen ontstaan als we buiten onze comfortzone stappen, het beste voor patiënten leidend laten zijn (en niet de financiën), out of the box kunnen denken en durven door te verwijzen. Dat is waar wij goed in zijn: holistisch naar complexe zaken kijken en dan het goede doen voor onze patiënten.

De jaargang die voor je ligt staat vol met bevlogen verhalen van revalidatieprofessionals, die puzzelen, meedenken en zich blijven ontwikkelen. Dat geeft veel vertrouwen in de toekomst.

Fenna Eefting Hoofdredacteur Revalidatie Magazine en bestuurder van Vogellanden Centrum voor Revalidatie en Bijzondere Tandheelkunde.

COLOFON

Revalidatie Magazine (revalidatiemagazine.nl) is een online kennis- en discussieplatform van en voor de mensen die zijn betrokken bij revalidatiesector. Het wordt gemaakt door Revalidatie Nederland en haar leden.

Op dit kennisplatform delen we actuele, inspirerende en belangrijke verhalen uit de revalidatiezorg. Het zijn verhalen met en van onze leden, bedoeld voor professionals in de revalidatie, belanghebbenden, patiënten en mantelzorgers.

Eén keer per jaar verschijnt er een papieren jaaruitgave, zoals dit exemplaar dat nu voor je ligt, waarin we een selectie presenteren van de in dat jaar gemaakte verhalen. Het kan dus zijn dat sommige informatie door de actualiteit is ingehaald.

Redactie Fenna Eefting (bestuurder Vogellanden) - Wouter van der Meer (senior communicatieadviseur Revalidatie Nederland)

Eindredactie Tim de Hullu

Redactieraad Monique Jakobs (adviseur kwaliteit Basalt) - Melanie Peterman (ervaringsdeskundige)

Redactieadres Revalidatie Nederland - Saskia Lamme - postbus 9696 - 3506 GR Utrecht - (030) 2739 384 - rm@revalidatie.nl

Advertenties Performis BV - (073) 6895 889 - RM@performis.nl

Overnemen en vermenigvuldigen van artikelen: Dit is slechts geoorloofd met bronvermelding en na schriftelijke toestemming van Revalidatie Nederland.

Deze jaaruitgave

Samenstelling redactie RM

Uitgever Performis BV

Vormgeving Studio Jorrit van Rijt

Foto omslag Inge Hondebrink



Dit tijdschrift is CO₂ neutraal en met FSC-papier geproduceerd.



Inhoud

REVALIDATIE MAGAZINE | JAARGANG 28 | JAARUITGAVE | NOVEMBER 2022

- 8 Iedere ontmoeting verrijkt het leven van maatschappelijk werker Ieme Rein
- 15 Blogger Burugo: Dwarslaesie voor Dummies
- 24 Award-winnares Mijke schopt vrolijk tegen heilige huisjes in de zorg
- 28 Blogger Ilse van Nes: Opgelucht
- 42 Heeft een leefstijlloket meerwaarde? Onderzoek moet antwoord geven
- 46 Iedereen ziet de meerwaarde in van een Persoonlijke Gezondheidsomgeving
- 48 Jeffrey wil anderen motiveren voor Invictus Games
- 51 Revalidatiearts Ilse van den Brand is op een missie in het ziekenhuis
- 55 Blogger Erwin Baars: Doctor of Silly Walks



10 Sinds de diagnose DCD krijgt Collin (8) **veel meer begrip**

- 6 De mannen van WheelChair Mafia** laten zien wat er wél mogelijk is in een rolstoel
- 16 Jongeren en revalideren?** Meer aandacht voor het echte leven is noodzakelijk
- 30 Krijgt de 3D-printer een vaste plek in revalidatiecentra?** Onderzoek moet antwoord geven
- 35 Eline wil gastvrijheid** in haar revalidatiecentrum integraal aanpakken →
- 38 Verpleegkundestudent Fleur** hielp een CVA-patiënt bij zijn oefenverlof



20 **Naar huis.** Cynthia voelde zich thuis in het diepe gegooid.



44 **Syrische chirurg Ahmad** is dolblij met stageplek bij Rijndam Revalidatie

WheelChair Mafia laat zien wat er wél mogelijk is in een rolstoel



De mannen van WheelChair Mafia: Thomas Maas (l) en Frank Sanders.

Frank Sanders en Thomas Maas van WheelChair Mafia bereiken met hun sociale-mediakanalen een enorm publiek. Met passie en humor informeren en inspireren ze gehandicapte lotgenoten om het onderste uit het leven te halen. Wat drijft het duo in deze uit de hand gelopen hobby?

TEKST Pascal Gerritsen **BEELD** Inge Hondebrink

Vijf Facebookgroepen, een podcast, een Youtubekanaal met tips voor rolstoelgebruikers, twee populaire Instagramaccounts, een webshop voor T-shirts met teksten als 'walking is so yesterday' – het is slechts een greep uit de kanalen waarmee WheelChair Mafia inspiratie, tips en informatie deelt met zijn aanhang. Die bestaat inmiddels uit vele tienduizenden rollers. Wat begon als een hobby uit frustratie, groeide uit tot een professioneel bedrijf dat zich met veel passie inzet voor rollers.

Schaamte voor de rolstoel

Frank Sanders belandde als gevolg van een erfelijke stofwisselingsziekte in een rolstoel. 'Dat vond ik ronduit verschrikkelijk, ik schaamde me dat ik een rolstoel zat', vertelt hij over die eerste jaren. 'Ik probeerde mijn handicap voor de buitenwereld te verbergen, ik kwam zelfs bijna niet meer buiten.' Het duurde lang voordat hij zijn handicap echt kon accepteren. 'Dit is een proces waar elke gehandicapte doorheen moet en dat bij iedereen anders verloopt.' De twee krachten achter WheelChair Mafia zijn daarvan zelf goede voorbeelden. 'Waar ik jarenlang worstelde om mijn rolstoel te accepteren, lukte dat Thomas in veel kortere tijd. De informatie en hulp die hij direct na zijn ongeluk als onderdeel van zijn revalidatie kreeg, heeft hem veel geholpen.'

Humor helpt

WheelChair Mafia is ontstaan nadat Frank zijn frustraties op sociale media van zich af begon te schrijven. 'Als ik op een of andere ontoegankelijkheid stuitte, schreef ik daar grappige berichtjes over.' Het bleek te werken, want er kwamen steeds meer reacties. Van het een kwam het ander: Frank en Thomas schieten hun berichten inmiddels via zestien (!) kanalen de wereld in. Veelal voorzien van een flinke dosis humor.

'Humor heeft mij geholpen in het traject van acceptatie', verduidelijkt Frank. Dat merkte hij toen mensen hem aanspraken over een grappige tekst op zijn T-shirt. 'Daardoor wisten ze dat ze geen zielig verhaal te horen zouden krijgen als ze me aanspraken.' Hij hoopt dat de shirts in de webshop van WheelChair Mafia voor andere rollers ook zo'n ijsbreker zijn. 'Het zijn niet zomaar shirts met een tekstje, ze zorgen voor acceptatie. Mensen zien dat je je handicap hebt geaccepteerd en gaan het gesprek met je aan.'

Hulp bij acceptatie

De T-shirtverkoop is daarmee geheel in lijn met het belangrijkste doel van WheelChair Mafia: rolstoelgebruikers ondersteunen in hun acceptatieproces. 'Alles wat wij doen is bedoeld om mensen daarbij te helpen', licht Frank toe. 'Informatie om belemmeringen op te lossen, laten zien wat wél mogelijk is, de discussieplatforms. We delen het met mensen die in hetzelfde schuitje zitten, zodat zij het wiel niet opnieuw hoeven uit te vinden.'

De twee vrienden richten zich in hun berichten vooral op het positieve. Ze willen het leven van rollers leuker maken, hen inspireren, dingen laten ontdekken. 'Ga vooral eens kanoën, probeer te mond-



'Iemand die trots een foto post van de rolstoel die hij eerst verafschuwde, laat zien dat hij weer 100 procent kan meedoen aan de samenleving'

schilderen. Er zijn zo veel dingen mogelijk die jouw leven gelijkwaardig maken aan dat van een valide persoon. Wij laten positieve ervaringen van gepassioneerde mensen zien. Die inspiratie kan voorkomen dat anderen net zo lang in hun acceptatieproces blijven hangen als ik.'

Persoonlijke successen

'Al hebben we veel bereikt bij grote organisaties als de ANWB, Optimel en PostNL, we willen niet alleen bezig zijn met ontoegankelijkheid. Daar gaat veel tijd en energie inzitten en je verandert er nauwelijks iets mee', verduidelijkt Frank. Het zijn veel meer de persoonlijke succesverhalen op de kanalen van WheelChair Mafia waar hij trots op is. 'Dat mensen tóch die wereldreis durven maken dankzij het advies en de informatie van andere rollers in een discussiegroep. Dat iemand trots een foto post van de rolstoel die hij eerst verafschuwde. Daarmee laat hij zien dat hij weer 100 procent kan meedoen aan de samenleving.'

WheelChair Mafia is inmiddels het grootste platform voor rolstoelgebruikers van Europa. In Amerika tikt het daartegenaan. Dat zijn prestaties om trots op zijn, maar de koek is voor Frank en Thomas nog lang niet op. 'We willen zo veel mogelijk passies en nieuwe dingen delen. En telkens laten zien: ook met die rolstoel kun jij een normaal leven hebben.'

Iedere ontmoeting verrijkt het leven van maatschappelijk werker Ieme Rein

Op 15 maart was de Internationale dag van het maatschappelijke werk. Op deze dag was er extra aandacht voor het beroep van maatschappelijk werker en het belang dat 'social work' heeft voor de samenleving. Revalidatie Magazine sprak met Ieme Rein van der Velde, maatschappelijk werker bij Revalidatie Friesland, over zijn werk, drijfveren en dierbare momenten.

TEKST Olaf van Tilburg BEELD Inge Hondebrink

'Sorry dat ik je niet eerder kon spreken. Ik ben afgelopen weekend naar Slowakije gereden. Daar waren enkele Oekraïense vluchtelingen opgevangen in een kerk, waaronder een vriendin uit Kiev die ik ken via een project van onze kerk. Ik heb haar, haar twee jonge kinderen en nog enkele familieleden opgehaald en ondergebracht in het huis van mijn broer. Ik ben nu aan het uitzoeken hoe ik het beste alles kan regelen voor deze mensen qua inkomen, zorg en uitkeringen. Gelukkig wordt hier steeds meer over duidelijk en wordt het goed geregeld in Nederland. Daarnaast had ik regelmatig contact met de mensen in Slowakije en de partners van de vrouwen die in Oekraïne zijn achtergebleven. Ik probeer hen vanuit Nederland te ondersteunen, zodat zij ter plekke hulp kunnen bieden. Het waren intensieve dagen, waarvan ik nog even moest bijkomen... Ik heb er nu eigenlijk een baan bij.'

Leven op z'n kop

Aan het woord is Ieme Rein van der Velde, in het dagelijks leven maatschappelijk werker bij Revalidatie Friesland. Hij is een 'mensen-mens', oprecht geïnteresseerd in de ander, diens situatie en

diens drijfveren. Dat blijkt uit alles wat Ieme Rein in zijn werk en daarnaast doet. 'Ik probeer rust en overzicht te brengen in de levens van mensen die zich in een crisissituatie bevinden. Hun leven staat op z'n kop. Er zijn twijfels, vragen. Wat is er allemaal aan de hand? Hoe ga ik hiermee om? Ik wil hen daarbij helpen. Kijken wat de mogelijkheden zijn, zoveel mogelijk praktische ondersteuning bieden en – ook heel belangrijk – gewoonweg een luisterend oor bieden.'

Uitvoerend hulpverleners

Ieme Rein werkte voorheen in het 'klassieke' algemeen maatschappelijke werk, waar hij te maken kreeg met allerlei hulpvragen van mensen van alle leeftijden. Hij zag het vak echter veranderen. 'De procesmatige hulpverlening verdwijnt steeds meer naar de achtergrond', stelt hij. 'Veel maatschappelijk werkers worden heel breed opgeleid. Zij zijn bezig met indicatieschrijven; uitvoerend hulpverleners is steeds minder aan de orde. Het sociale domein staat onder druk, er zijn wachtlijsten, de werkdruk is hoog. Dat vind ik jammer om te zien. In mijn werk bij Revalidatie Friesland krijg ik gelukkig wél de kans om uitgebreid met iemand te praten en daadwerkelijk





‘Elke ontmoeting is anders, want ieder mens is anders’

ondersteuning te geven. Hier ben ik echt op mijn plek. We hebben een fijn, multidisciplinair team, waarin ieder vanuit zijn of haar expertise een bijdrage levert aan een zo optimaal mogelijke revalidatie. Ik ben heel methodisch bezig in de rouw- en verliesverwerking bij revalidanten, zowel op het psychische vlak als praktisch. Het gevoel er echt voor iemand te kunnen zijn, dat maakt mijn werk zo mooi en dankbaar.’

Inkijkjes en gesprekken

In zijn werk komt Ieme Rein een dwarsdoorsnede van onze samenleving tegen. ‘Elke ontmoeting is anders, want elk mens is anders’, onderstreept hij. ‘Dat vind ik heel speciaal. Het verrijkt ook mijn eigen leven: ik krijg inkijkjes in het leven van Jan en alleman, van

fabrieksarbeiders tot wethouders. Het is bijzonder om te zien hoe patiënten na gezondheidsverlies hun leven weer opbouwen. Het zijn mooie gesprekken, ook omdat iedereen anders omgaat met tegenslagen. Gesprekken ook die nu nog steeds indruk op me maken. Bijvoorbeeld de “kloosterbank-gesprekken”. Een al wat oudere dame revalideerde in een van de vestigingen van Revalidatie Friesland. Ze wist al dat ze niet meer naar haar eigen huis terug kon. Terwijl haar grootste plezier was om ’s avonds in de tuin op een kloosterbankje te zitten en te kijken naar haar in het gras spelende hond. Toen ze ontslagen werd en naar een aangepaste woning ging, hebben we ervoor gezorgd dat het bankje meeverhuisde. Ook hebben we samen afscheid genomen op het bankje van haar oude woning en uitgebreid stilgestaan bij wat het allemaal met haar deed. Weer een tijdje later heb ik wederom met haar gesproken. Op het kloosterbankje, op het balkon van haar appartement in een beschermde woonvorm. Het ging goed met haar. Ze kon haar arm beter bewegen en liep stukken beter dan toen ze ons verliet. Ze had rust gevonden. Het was echt fijn om haar weer te spreken. Tja, dat zijn de momenten waarvoor ik dit werk doe.’



A child's arm and hand are visible on the left side of the image, reaching out to touch a wooden fence. The fence is made of vertical wooden planks and runs along the length of the image. The background is a blurred wooden wall.

Sinds de diagnose DCD krijgt Collin (8) veel meer begrip

Gemiddeld één kind per klas heeft DCD: Developmental Coordination Disorder. Toch wordt deze coördinatie-ontwikkelingsstoornis weinig herkend. Dit stelt ouders vaak voor een lange zoektocht naar de diagnose. 'Ons kind werd steeds ongelukkiger.'

TEKST Evelyn Fransen BEELD Inge Hondebrink

DCD valt net zoals ADHD en autisme onder neuro-ontwikkelingsstoornissen, maar is een stuk minder bekend en wordt veel minder vaak gediagnostiseerd. Vaak denkt de omgeving dat een kind 'gewoon' onhandig is en dat kinderen er wel 'overheen groeien.' Niets is minder waar, want DCD gaat meestal nooit over. Wél kunnen een kind en zijn omgeving veel leren over de aandoening, wat de kwaliteit van leven vaak flink verhoogt. Daarom is het stellen van een diagnose essentieel voor kinderen met DCD en hun ouders.

Puzzelkind

'Collin was drie jaar oud toen het echt op begon te vallen', vertelt moeder Debbie Ormel. 'Hij ontwikkelde zich motorisch niet goed en was erg moe. Eigenlijk leek hij nooit echt fit.' En zo begon hun zoektocht. 'Naar de kinderarts, bloedprikken, intelligentietesten, extra onderzoeken en nog eens testen. Veel ziekten konden we inmiddels uitsluiten - zoals metabole ziekten - maar we bleven verward achter: wat was er met ons kind aan de hand? Collin was een zogenaamd 'puzzelkind', niemand wist wat hij had en ondertussen werd hij steeds ongelukkiger.' Totdat Debbie door haar moeder werd gewezen op DCD. Zij had erover gelezen op internet. 'Bijna alle symptomen kon ik afvinken, ik las zo duidelijk mijn eigen kind in de omschrijving.' Voor een verwijzing naar een DCD-specialist moest ze vervolgens hard werken. Want er waren ook vinkjes waaraan Collin niet voldeed, zoals een taal- en spraakachterstand. Om de ouders 'gerust te stellen' kregen ze uiteindelijk toch een verwijzing, van een kinderarts. Zo kwam Collin op zijn vijfde terecht bij het DCD-team van Roessingh, Centrum voor Revalidatie.

Afpellen

Juan Manterola, jeugdarts kinderrevalidatie bij Roessingh en gespecialiseerd in DCD, weet dat het verhaal van Collin helaas niet op zichzelf staat. 'Kinderen met DCD hebben over het algemeen een complexe ontwikkelproblematiek. Eén van de grote kenmerken van DCD is dat het probleem bijna nooit alleen motorisch is. Vaak is er ook sprake van een spraak- of taalprobleem, ADHD, ADD of dyslexie. Of een combinatie van deze aandoeningen. En niet elk kind voldoet aan alle 'vinkjes' van DCD. Het is daarom moeilijk te herkennen en het stellen van de diagnose is uitdagend. Het is vooral een kwestie van afpellen, van andere aandoeningen uitsluiten.'

Interdisciplinair DCD-team

Kinderen met (vermoedelijk) DCD worden bij Roessingh poliklinisch

behandeld door een interdisciplinair DCD-team. Met onder andere een fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werker, een logopedist en een psycholoog. En zo nodig sluiten een bewegingsagoog, creatief therapeut of diëtist aan. Voor Collin volgt na zijn verwijzing eerst een interdisciplinaire evaluatie waaruit het voorstel voor behandeling volgt: een poliklinisch traject van tien weken. In de loop van dit traject wordt de diagnose DCD gesteld. Een belangrijk moment voor het hele gezin, vertelt Debbie: 'Eindelijk was er helderheid en houvast: hier konden we mee verder.'

Oefenen in het dagelijks leven

De daaropvolgende behandeling van ongeveer vijf maanden verliep voorspoedig: Collin kwam elke week met plezier langs, samen met zijn ouders. Hij leerde veel over DCD en hoe hij daarmee om kon gaan.

De therapie richt zich niet zozeer op het verbeteren van motorische vaardigheden: het doel is dat een kind de geleerde vaardigheden zelf in het dagelijkse leven toe kan passen, legt Natasja Luttenberg uit. Zij is GZ-psycholoog en onderdeel van het DCD-team van Roessingh. 'Samen spreken we af waar het kind zich verder in wil ontwikkelen en met bepaalde tools en methodes leren we hoe het kind zelf die vaardigheden kan trainen. Nu en in de toekomst. Ook bieden we handvatten voor het systeem om het kind heen, zoals familie en school. Zodat zij de kinderen kunnen helpen, zonder het over te nemen.'

Mentale gezondheid

Binnen de behandeling is ook aandacht voor het sociaal-emotionele aspect en hoe DCD je leven beïnvloedt. Natasja: 'Hoe ouder de kinderen zijn, hoe zichtbaarder de verschillen met andere kinderen worden. Van schoolgaande kinderen die niet mee kunnen voetballen op het pleintje tot jongvolwassenen die niet in de auto durven stappen voor rijles. Sommige kinderen trekken zich terug, gaan bijvoorbeeld liever gamen, of ze krijgen depressieve klachten. Als gevolg van jaren frustratie, omdat ze telkens niet mee kunnen doen. Met psycho-educatie kunnen we daarin veel betekenen. We leren kinderen wat DCD is, hoe het hun zelfbeeld kan beïnvloeden en hoe ze daar mee om kunnen gaan. Bij kinderen met DCD is de kans op onzekerheid en angsten bijvoorbeeld groter dan gemiddeld. En we gaan op zoek naar hun eigen talenten, hun krachten. Binnen de behandeling is het doel niet zozeer dat de kinderen soepeler gaan bewegen, maar dat ze succeservaringen opdoen waardoor ze meer zelfvertrouwen krijgen.'





Werk aan de winkel

Wat kunnen we doen om DCD beter te herkennen? Moeder Debbie: 'Zelf deel ik ons verhaal met veel mensen, daar ben ik heel open in. Iedereen om mij heen die contact heeft met Collin - van school tot vrienden en familie - heb ik bijvoorbeeld een verslag gegeven met tips en tools die we bij Roessingh hebben geleerd. We leggen uit wat Collin heeft, wat DCD met hem doet, welke dingen hij goed kan en waar hij hulp bij kan gebruiken. Ook de vele artsen en therapeuten die we in onze zoektocht tegenkwamen, heb ik hierover geïnformeerd en de reacties waren vaak positief: voor sommigen was het echt een eyeopener.' Juan: 'Eigenlijk doen wij als zorgprofessionals hetzelfde als Debbie: ons verhaal, onze kennis delen. Wij spreken op symposia over DCD, organiseren webinars en informeren kinder-

artsen, revalidatieartsen, leerkrachten, therapeuten en collega's uit de eerstelijnszorg. We zijn goed bezig, maar er is nog genoeg werk te verzetten om DCD voor het voetlicht te brengen en een vroegere diagnostisering mogelijk te maken.'

Inzicht is goud waard

Met Collin gaat het inmiddels goed: hij is een vrolijke, zorgzame jongen en zit lekker in zijn vel. Maar DCD heeft een grillig karakter, benadrukt Debbie. 'De ene dag gaat het goed, de andere dag heeft hij een flinke terugval in zijn energie en voelt hij zich down. Maar de diagnose en alle inzichten die daarbij horen, maken echt het verschil. Als Collin nu aangeeft dat het hem niet lukt om zijn kleren aan te trekken, hadden we vroeger gedacht: "Gisteren lukte het wel, dus kom op, tandje erbij". Nu weten we dat Collin op zo'n moment écht de energie niet heeft om die lichamelijke inspanning te leveren. Omdat hij overprikkeld is of omdat hij de vorige dag een fysieke topprestatie heeft geleverd, door een potje te voetballen met zijn klasgenoten. Dat inzicht, het begrip dat wij en zijn omgeving nu met liefde op kunnen brengen, en de tools om hem écht te helpen. Dat is goud waard. Voor ons en voor Collin.'



Meer informatie over DCD en behandelmogelijkheden vind je op balansdigitaal.nl.

“ Dankzij goede
prothesen kan
ik volop
genieten van
het gezinsleven!



Wij brengen je in beweging!

Rolan is geboren met verkorte onderbenen. Toen hij zes jaar was maakten wij de eerste prothesen voor hem. Inmiddels is Rolan makelaar en is hij blij dat hij met zijn prothesen nog steeds de dingen kan doen die hij wil: wandelen, sporten, met zijn gezin op stap en zijn werk uitvoeren!

Dwarslaesie for dummies

Een dwarslaesie is leverbaar in verschillende modellen. Je hebt incomplete, hoge, lage, en caudalaesies. En deze modellen hebben ook nog eens heel veel varianten, dus er is keuze genoeg! Ik zal proberen in het kort uit te leggen wat de voornaamste kenmerken zijn van de verschillende modellen.

De incomplete dwarslaesie is eigenlijk nog niet helemaal af. Daarom heet-ie ook zo. Dus dan heb je al een dwarslaesie, is-ie ook nog niet eens compleet. Als ik er zo een had, zou ik me zeker gaan beklagen bij de leverancier!

De hoge dwarslaesie is het topmodel! De Ferrari onder de dwarslaesies. Met name de complete variant, daar zit echt met alles op en aan. Mensen met zo'n laesie verdienen dan ook het grootste respect. Maar gek genoeg worden ze vaak behandeld alsof ze niet goed snik zijn. Volkomen ten onrechte natuurlijk, want degenen die ik ken zijn juist enorm snik!

De caudalaesie. De wat?!? De caudalaesie. Dat is het model dat niemand kent omdat je hem aan de buitenkant niet kunt herkennen als een dwarslaesie. Maar het is er wél één. Het enige verschil is dat je er meestal geen rolstoel voor nodig hebt, en dat je argwanend wordt aangekeken als je de auto op een gehandicaptenplaats parkeert.

En als laatste de lage dwarslaesie. Het middenklassertje, de Opel Astra onder de dwarslaesies. Dat zijn die lui die je altijd op tv ziet omdat ze hip en stoer willen zijn. Basketballen, bergen beklimmen, bungeejumpen, diepzeeduiken, dat is wat ze de hele dag lijken te doen, maar diep van binnen zijn het ook gewone mensen hoor. Althans, de meesten.

Zelf beschik ik over het lage model, maar ik kom niet op tv want ik ben te lui voor al dat gedoe. Nu ik er zo over nadenk mag ik eigenlijk helemaal niet mopperen over mijn type dwarslaesie, en dat ga ik ook niet doen. Maar toch loopt-ie voor geen meter.

www.facebook.com/burugocolumns

BURUGO is één van de bloggers op revalidatiemagazine.nl. Check de website voor meer blogs.

'De lage dwarslaesie is het middenklassertje, de Opel Astra onder de dwarslaesies'



Jongeren en revalideren? Meer aandacht voor het echte leven is noodzakelijk



Wat hebben jongeren écht nodig in hun revalidatie? Een team van ervaringsdeskundigen en professionals werkte in het project *Zie Mij Nu & In De Toekomst* samen om de aansluiting beter te krijgen. Van mismatch naar coöperatie, met de kracht van jongeren als uitgangspunt. 'Revalideren leer je niet uit een boekje, maar in het echte leven.'

TEKST Evelyn Franssen BEELD Inge Hondebrink

Ik zag alle goede bedoelingen van de zorgprofessionals, maar toch voelde ik me vaak ongehoord tijdens revalidatietrajecten,' vertelt Gerie van Tongeren (27). Vanaf haar geboorte heeft ze spasme, waarvoor ze regelmatig kort en langdurig in therapie was bij verschillende revalidatie-instellingen. 'Er werd vooral gefocust op mijn beperkingen en hoe we binnen een bepaalde tijd konden toewerken naar een concreet doel. Bijvoorbeeld van a naar b lopen of leren schrijven. Maar ik miste de aansluiting op mijn dagelijkse leven. Ik wilde liever leren hoe ik mijn energie goed kon verdelen op een dag, zodat ik bijvoorbeeld fit genoeg was om naar school te gaan of af kon spreken met een vriendin.'

Revalidant en zijn omgeving

Het is een terugkerend thema binnen het herstel- en revalidatieproces: jongeren voelen zich niet altijd begrepen. Dat zag ook Inge Vuijk van de Rehab Academy. 'Ik kom uit de medisch specialistische revalidatie en zag dat veel mensen na hun revalidatie vastliepen. Een revalidatieproces is vooral medisch en paramedisch ingericht. Gericht op doelen, zoals op kunnen staan, jezelf wassen en aankleden. Terwijl jongeren veel meer bezig zijn met levensvragen, emoties en ambities. Kan ik mijn opleiding afmaken? Hoe kan ik toewerken naar mijn droombaan? En ook: hoe kan ik een café binnenkomen en alle nieuwsgierige blikken van me af laten glijden? Dat zijn onderwerpen waar we als zorgprofessionals nu weinig aan toe komen. Maar dat zijn wel de thema's die spelen bij jongeren. En die verdienen aandacht, zodat ze zich net als alle andere jongeren kunnen ontwikkelen tot mooie volwassen mensen.'

Samen om tafel

Ook Hanne van der Kolk zag en hoorde de signalen van jongeren om zich heen. Hier moeten we iets mee, dacht de oprichter van Dream Support, een organisatie die zich inzet om op creatieve manieren maatschappelijke problemen aan te pakken. Ze zette in samenwerking met FLOOR jongerencoaching en met steun van het Agis Innovatiefonds het project *Zie Mij Nu & In De Toekomst* op. Om meer aansluiting te vinden tussen revalidatieprocessen en jongeren. 'Niet door óver jongeren en zorgprofessionals te praten, maar juist door sámen om tafel te gaan.' Ze bracht een groep van 20 ervaringsdeskundigen en professionals samen, waaronder Gerie en Inge. 'De insteek was om vrij en creatief na te denken over het onderwerp en de mismatch tussen jongeren en het aanbod. Over oplossingen die er nu nog niet zijn, maar waar wel behoefte aan is.'

De omgeving

Er kwamen verschillende aandachtspunten voorbij waar jongeren tegenaan lopen. Zoals meer regie tijdens het revalidatieproces en aandacht voor de thuissituatie. Gerie: 'Afspraken worden bijvoorbeeld ingepland zonder afstemming, terwijl het fijn zou zijn als je daar zelf ook iets over te zeggen hebt. En tijdens een revalidatietraject moet je vaak opnieuw je hele verhaal vertellen aan veel verschillende behandelaars. Vaak gebruikmakend van uitgebreide formulieren die onpersoonlijk overkomen en een sterke focus hebben op problemen of aandoeningen. En juist bijna geen ruimte



bieden voor persoonlijke levensomstandigheden, terwijl dat wel een grote rol speelt in revalidatieprocessen.'

Eye-opener

Hanne begeleidde de sessies en het viel haar op hoe stil de professionals in het begin waren. 'Ze namen de tijd om te luisteren. Normaal zijn zij de behandelaar en nemen ze juist regie en geven ze uitleg. De impact van al die eerlijke verhalen en ervaringen, dat deed iets met ze. Het kwam binnen.' Wat Inge vooral raakte was de energie die er in de groep zat. 'Dijken van jongeren zijn het, stuk voor stuk. Ze hebben zó scherp wat ze willen en wat beter kan. Niet vanuit "Ik heb zo'n zwaar leven", maar juist om iets bij te willen dragen.' Gerie vond de openheid mooi. 'Zoals de fysiotherapeut die vanuit goede bedoelingen aangaf dat hij het bewust nooit had over problemen, maar altijd over uitdagingen. Ik legde voorzichtig uit dat hij daarmee misschien wel over een probleem heen stapte, dat het soms ook gewoon heel fijn is om even stil te staan bij iets. Dat was een eyeopener voor hem.' En dat is precies de wisselwerking die ook nodig is in de revalidatie, vult Inge aan: 'Revalideren is een samenspel tussen de behandelaar en de revalidant. Ze brengen allebei hun eigen expertise mee.'

Ideeënboek

Op basis van de vijf sessies en trendonderzoeken werden met hulp van pedagogen en ontwerpers vijf concepten ontwikkeld. De "Post-it wall", een muur waar jongeren, hun ouders of vrienden behandelaars hun verhaal en gedachten kunnen delen. "De Huiskamer", een online omgeving met ruimtes waar jongeren elkaar ontmoeten. De "Zie mij(n) wereld journal", een persoonlijk boekje dat jongeren

kunnen gebruiken als agenda en dagboek. Het online programma "Ik en revalideren", met verschillende leerzame modules en tools. En "Discover me and my world", een online platform waar jongeren foto's en een introductiefilmpje kunnen uploaden voor alle behandelaars, waarin ze laten zien wie ze zijn en wat hun verhaal is. De laatste drie werden het beste beoordeeld door de praktijk: dertig zorgorganisaties en -professionals. Hanne: 'Die drie concepten hebben we samengevoegd tot één oplossing: de blended e-learning omgeving *Samen op weg*. Bedoeld om jongeren met fysieke of mentale problemen meer mogelijkheden en eigenaarschap te bieden. Met volop ruimte voor persoonlijke informatie en ontmoeting en toegang tot educatieve modules en tools.'

De stem van jongeren

Het plan voor de blended learning omgeving ligt nu bij het Agis Innovatiefonds, legt Hanne uit. 'Als zij het initiatief steunen, dan gaan we aan de slag om het concept tot uitvoering te brengen.' En dat zou echt te gek zijn, vult Gerie enthousiast aan: 'Met dit project hebben we jongeren die struggelen met hun revalidatietrajecten een stem gegeven. Met de vervolgstap *Samen op weg* kunnen we laagdrempelig heel veel jongeren en zorgprofessionals bereiken. Laten zien en ervaren dat je duurzaam revalideren niet leert uit een boek, maar juist door samen te werken en het echte leven te betrekken in een revalidatieproces.'

Het programma Zie Mij Nu & In De Toekomst is een samenwerking tussen FIOOR jongerencoaching, Dream Support en een kernteam van ervaringsdeskundigen, professionals en studenten. Mogelijk gemaakt door het Agis Innovatiefonds.

Plafondlift

+

**Surehands
tilbeugel®**

=

**Zelfstandig
tillen naar
toilet, bed of
rolstoel**



Ti Tiltechniek
Uniek in zelfstandig wonen

www.tiltechniek.nl | info@tiltechniek.nl | 0416 - 65 08 67



**NIET TE
STOPPEN**
Parkinson wel

Help mee en doneer
op parkinson.nl

ParkinsonNL




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

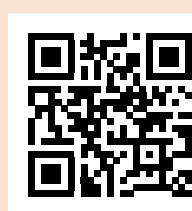
Fokus verleent assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), 24 uur per dag, 7 dagen per week. Dat doen we in een aangepaste woning die de cliënt huurt van de woningcorporatie. De assistentie verlenen we wanneer de cliënt dat wil, op afroep en aanwijzing. Op die manier kan hij/zij in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

Er zijn bijna 100 Fokusprojecten in meer dan 60 plaatsen in Nederland. Er is dus altijd een Fokusproject in de buurt.

T (050) 521 7272 E servicepunt@fokuswonen.nl
Kijk voor meer informatie op www.fokuswonen.nl of scan de QR:

'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.'

-Tineke, Fokuscliënt







VAN REVALIDATIECENTRUM NAAR DE THUISITUATIE

Mensen met een dwarslaesie voelen zich in het diepe geworpen

Hoe kun je dwarslaesiepatiënten beter informeren over de overgang van revalidatiecentrum naar hun thuissituatie? Daarover buigen Dwarslaesie Organisatie Nederland (DON) en revalidatiecentra zich. Aanleiding is een onderzoek van DON onder haar leden, waaruit blijkt dat veel informatie niet beklijft. En dat is wel belangrijk, want de switch van ‘alle ondersteuning en voorzieningen aanwezig’ naar ‘op jezelf en je naasten teruggeworpen worden’, is zeer ingrijpend.

TEKST Olaf van Tilburg BEELD Inge Hondebrink



Cynthia Overbeeke was 15 jaar toen ze een dubbele salto op de trampoline maakte die haar leven drastisch veranderde. Ze sprong, veerde, draaide in de lucht en landde op haar nek. Met een acute dwarslaesie als jammerlijk gevolg. Vier maanden verbleef ze in een revalidatiecentrum. Daarna mocht ze weer naar huis. ‘Het ging allemaal te snel’, vertelt de nu negentienjarige Cynthia. ‘We waren niet goed voorbereid. Toen ik thuiskwam, moest ik het doen met een geleende tillift, hoog/laagbed en douchestel. Deze voorzieningen waren óf van een slechte kwaliteit, of niet aangepast genoeg. Er was ook niemand vanuit het revalidatiecentrum bij ons thuis geweest om te kijken wat we nodig hadden. Mijn ouders en ik voelden ons in het diepe gegooid. Het was ook een gedoe om alles bij de gemeente aan te vragen. Uiteindelijk hebben mijn ouders enkele voorzieningen zelf gekocht. Contact met de mensen in het revalidatiecentrum had ik gelukkig nog wel in de eerste periode na mijn thuiskomst: ik ging naar de school die bij het centrum hoorde en kreeg daar therapie. Ook had ik af en toe een gesprekje met een ervaringskundige. Praten met een lotgenoot is echt fijn. De eerste twee jaar na het ongeluk was ik vaak verdrietig en dan zijn steun en begrip onmisbaar. Daarna pas heb ik de dwarslaesie echt een plaats kunnen geven in mijn leven.’



Ruimte voor verbetering

De ervaringen van Cynthia zijn geen uitzondering, zo blijkt uit onderzoek van Dwarslaesie Organisatie Nederland (DON), de belangenvereniging voor mensen met een laesie en hun naasten. 22 van de 80 aangeschrevenen die de afgelopen twee jaar een laesie heb-

ben opgelopen, meldden zich voor een interview. De uitkomst van het DON-onderzoek is, kort door de bocht: er gaat veel goed bij de overgang, maar er is ruimte voor verbetering, met name als het om informatieoverdracht gaat. Zo blijkt de helft van de onderzoekdeelnemers niet te weten dat er nazorgpoli's zijn. Verder is er in die eerste zo moeilijke maanden thuis geen of nauwelijks contact met de ervaringsdeskundigen van DON, terwijl de gesprekken met deze lotgenoten tijdens de klinische fase zo op waarde worden geschat.

‘Feest van herkenning’

‘Geen verrassende uitkomst’, stelt DON-bestuurslid Martha Pol. ‘Lezers van het rapport noemden het gekscherend een “feest van herkenning”. Uit eerdere gesprekken wisten we al dat het werk van onze ervaringsdeskundigen gewaardeerd wordt. We hadden ook al wel verwacht dat het merendeel van de geïnterviewden zeer tevreden is over hun behandeling in het revalidatiecentrum. Maar eenmaal thuis is het een heel ander verhaal. Je lichamelijke situatie is totaal anders dan daarvoor, zeker als het om een acute laesie gaat. Daarmee moet je zien te dealen. Identiteit speelt een rol: wie ben ik dan nog? En dan krijg je naast deze lichamelijke en psychosociale aspecten ook nog te maken met allerlei praktische zaken – woningaanpassingen bijvoorbeeld – die je moet regelen. Je komt terecht in een bureaucratische rompslomp. Dit alles heeft een enorme impact, ook op je omgeving.’

Info beklijft niet

Janneke Stolwijk, revalidatiearts bij De Hoogstraat en vicevoorzitter van het Nederlands Vlaams Dwarslaesie Genootschap, las het



rapport en werd, ondanks haar staat van dienst, toch op sommige punten verrast. 'Grootste eyeopener is hoe revalidanten onze voorbereiding op de periode na de behandeling ervaren. Er zijn in ons revalidatiecentrum verschillende voorlichtingscycli, waarbij ook de DON-ervaringsdeskundigen betrokken zijn. Belangrijk hierbij is het voorlichtingsprogramma Weer op Weg. Verder gaat de ergotherapeut samen met de revalidant mee naar diens huis. Ik weet niet of elk centrum dat doet, maar het heeft een enorme meerwaarde. Niet alleen het zien van het huis, maar ook de spanning om voor de

'Je lichamelijke situatie is totaal anders dan daarvoor, zeker als het om een acute laesie gaat. Daarmee moet je zien te dealen'

eerste keer thuis te komen is voor revalidant en familie vaak toch minder als er een professional mee is. Je kunt dus gerust zeggen dat de revalidanten in de klinische fase veel informatie krijgen. Maar niet al die informatie beklijft. Dat is eigenlijk ook wel logisch: de revalidanten bevinden zich in een emotionele rollercoaster. Maar de hoeveelheid die niet beklijft verbaast me. Zo blijkt maar weer: wij professionals kunnen alleen maar inschatten hoezeer je leven verandert met een laesie. We zijn toch buitenstaanders die aan de andere kant van de tafel zitten.'

PGO

Stolwijk is blij met het DON-onderzoek. 'Het is goed om hierover met elkaar het gesprek aan te gaan en bijvoorbeeld samen te zoeken naar andere, aanvullende manieren van informatieoverdracht. Ik zie zelf wel wat in de PGO, een online omgeving waarin al je medische gegevens staan. Er is nu nog geen Persoonlijke Gezondheidsomgeving voor laesies. Het lijkt me heel waardevol om thuis in te kunnen loggen op je PGO en daar dan allerlei praktische informatie te vinden. Bijvoorbeeld over de aanvraag van een rolstoel. De DON-ervaringsdeskundigen kunnen hierbij ook een belangrijke rol hebben. Zij kunnen bijvoorbeeld via een chatfunctie hun ervaringen delen. Zij zijn immers lotgenoot. Zij beleven het, terwijl een professional alleen zijn deskundigheid kan inbrengen.'

Lotgenotencontact

Ook een koffiemoment met andere revalidanten en hun naasten kan helpen. Dat idee heeft DON al opgepikt: sinds een jaar is er een 'laesie-café'. 'Het contact met lotgenoten, de steun die zij aan elkaar hebben en de uitwisseling van ervaringen: het is goud waard', concludeert Stolwijk. Martha Pol knikt instemmend. 'We willen er voor onze leden zijn, ook na hun revalidatieperiode. Individuele begeleiding is geen optie – daar hebben we simpelweg de mensen niet voor. Maar we kunnen wel een duidelijker aanbod doen: neem contact met ons op, vind ons. Dan moeten we wel zichtbaarder zijn. Hoe we dat kunnen realiseren, bespreken we binnenkort met de revalidatiecentra. Ook gaan we in gesprek met de Beroepsvereniging van Cliëntondersteuners (BCMB), om te kijken hoe we de cliëntondersteuning gericht kunnen inzetten. Het zou mooi zijn als er in Nederland een ondersteuningsnetwerk ontstaat dat bekend is bij de revalidatiecentra. Tot slot gaan we, als follow-up van dit onderzoek, onze leden bevragen over hun ervaringen in het nazorgtraject. Ook dat is dan weer een mooie aanleiding om de dialoog aan te gaan.'





Mijke Ulrich schopt vrolijk tegen heilige huisjes in de zorg

Mijke Ulrich is de verpersoonlijking van de Shakingtree Award. Met humor, positivisme en kennis van zaken helpt ze mensen met afasie en hersenletsel en wil ze de zorg aanvullen. Logisch dus, dat de ervaringsdeskundige zorgprofessional de zorgprijs won. 'Er moet veel meer aandacht komen voor de dingen die mensen gelukkig maken.'

TEKST Tim de Hullu **BEELD** Inge Hondebrink

OVER DE SHAKINGTREE AWARD

De Shakingtree Award wordt toegekend aan mensen die op een positieve manier aandacht vragen voor verbetering in de zorg. De prijs wordt jaarlijks in november uitgereikt door de directeur-generaal Curatieve Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De prijs draagt de naam van Niels Schuddeboom (1982 – 2017). Hij was spastisch en zou overlijden aan de gevolgen van kanker. Niels schudde de zorgwereld op door als spreker en influencer onnodige regels en ongelijkwaardigheid tussen mensen met en zonder beperking aan de kaak te stellen.

Bij de officiële uitreiking van de Shakingtree Award kreeg winnares Mijke Ulrich de vraag 'wat er door haar heen ging'. Het schijnt dat een ambtenaar van het Ministerie van VWS zich vervolgens in een jus d'orange verslikte, want Mijke riep door de microfoon: 'Smack my bitch up!'. Voor muzikieliefhebber Mijke is de titel van de controversiële jaren-negentig-hit van The Prodigy een lijfspreuk geworden. 'Het is een soort oppepper, een tekst om jezelf moed in te spreken.'

Mijke is nogal uitgesproken en maakt zich niet druk om wat anderen van haar vinden. Ze weet en voelt dat mensen dan denken dat deze 'ongeremdheid' met haar hersenletsel te maken heeft, maar niets is minder waar. De oude Mijke was net zo, vraag maar aan haar vrienden.

Ook voor haar hersenbloeding van zestien jaar geleden, huisde er al een 'zorgopschudder' in Mijke. In een ziekenhuis was ze een kritische sociaal werker die haar leidinggevenden verbetertips gaf. Dat ze daarnaast ervaringswerker is geworden, ziet ze als een verrijking. Ineens kon ze het zorgsysteem als patiënt bekijken. Over haar verblijf in revalidatiekliniek Libra (Locatie Blixembosch) in Eindhoven heeft ze alleen maar lovende woorden. 'Je hoort het, ik praat best wel weer normaal.'

Boos

Toen ze net in het revalidatiecentrum was, zag Mijke de mooie stip aan de horizon nog helemaal niet. 'Ik was boos! "Potverdomme, kijk dan!", riep ik: "Ik zit in een rolstoel, heb een verlamde kant, gooi mijn woorden door elkaar, kan niet meer lezen. Jeetje, hel!" Om mij heen was iedereen blij, omdat ik de hersenbloeding had overleefd. Tegen de psychiater zei ik: „Kijk nou hoe ik erbij zit, vind je het gek dat ik somber ben?" Er waren meer 'opstandige' revalidanten, waarvan de meesten rookten. Ik ging lopen schooien bij hen. Maar na een paar dagen dacht ik: „Hey, ik ga niet dood." Toen kwam het besef. Het mooie van een revalidatieproces is dat je allemaal heldere momenten krijgt. Ik dacht: "Ik kan hier wel gaan zitten



bokken en opstandig lopen doen, maar daar wordt helemaal niemand beter van. Ik heb toen met mezelf afgesproken: ik ga vechten. Ik kijk niet meer terug en ga alleen maar knokken voor wat ik weer terug kan winnen. En ik ga niet dromen, maar blijf reëel. Daarna kwam steeds meer Mijke terug. Zodat uiteindelijk de hoofdverpleger tegen me zei: „Mijke, jij hebt een positieve uitwerking op de andere revalidanten.” En ik denk dat dit wel klopt.’

Trui

Ze realiseerde zich dat ze moest vechten. Haar veranderende spraak en hoe de buitenwereld daardoor naar haar keek, waren enkele van de monsters die ze wilde verslaan. ‘Ik haalde woorden uit hetzelfde taalspectrum door elkaar. Dan zei ik: ‘Wat heb je een leuke broek aan’, terwijl ik ‘trui’ bedoelde. Met als gevolg dat mensen altijd dachten dat wat ik zei niet klopte. Terwijl ik alles snapte. Dat is echt het nare van afasie. Met dank aan twee hele goede logopedisten

heb ik beter leren praten en opnieuw leren lezen en schrijven. Nu kan ik het allemaal weer. Alleen lezen duurt wat langer. Voorlezen in het openbaar vind ik lastig en super spannend, maar ik heb mezelf aangeleerd me niet te laten kennen.’

Het warme stuk

Mijke kwam er goed bovenop en tóch miste ze iets in de revalidatiezorg: aandacht voor dat wat een mensenleven interessant maakt. Het ‘warme stuk’, zoals ze het zelf omschrijft. ‘Die bewustwording kreeg ik toen ik weer thuiskwam. Ik wist dat ik een wijnliefhebber was en goed kon koken. Maar over het bereiden van een heel simpele maaltijd deed ik ineens een uur en toen ik de fles wijn opentrok, bleek die niet te nassen. Toen had ik echt zoiets van: jee-tje, wat is er allemaal gebeurd? Ik kon weer lopen, praten, denken, maar al die dingen die voor mij als Mijke belangrijk waren, die kon ik niet meer.’

‘Wijntherapie’

Dat gold ook voor autorijden. ‘Revalideren deed ik op een driewieler, maar dat vind ik een gehandicaptenfiets en ik voel me niet gehandicapt. Ik ben gaan zoeken naar mogelijkheden en kwam uit bij een bakfiets. Met dank aan een blijkbaar toch goed werkend brein. Ik ben altijd iemand geweest die in mogelijkheden denkt en dat ben ik nog steeds.’ Voor het wijndrinken bedacht ze haar eigen ‘wijntherapie’, inmiddels kan ze er weer van genieten. Niet dat die ‘therapie’ in revalidatiecentra gegeven moet worden, maar de grote confrontaties bij thuiskomst zetten haar wel aan het denken. Daarom heeft Mijke een cursus geschreven, die als een pilot bij revalidatiecentrum Reade in Amsterdam draaide (zie kader).

‘Voor deze training heb ik inspiratie gehaald uit een gedachtengoed binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In de Herstelvisie van de GGZ wordt herstel gezien als een proces, waarbij nieuwe zin en betekenis in het leven ontstaan na ontwrichtende problemen. De Herstelvisie is gericht op het weer in handen nemen van je eigen leven, ook al heb je de symptomen van je ziekte niet volledig in de hand. Deze cursus is ontwikkeld voor gelijkgestemden in het revalidatieproces, zonder tussenkomst van zorgprofessionals en heet ‘Revalideren doe je zelf, maar niet alleen’. Je revalideert namelijk met vrienden, familie en professionals, maar je moet het proces echt zelf aangaan. Betutteling ligt op de loer in ons zorgsysteem en deze cursus draagt juist bij aan eigen regie. In acht bijeenkomsten doorloop je de fases in jouw herstel. Het woord herstel is een lastig woord in de revalidatie, omdat in de zorg ook erg de nadruk ligt op het accepteren dat je leven nooit meer hetzelfde zal zijn. Maar ik wil het woord herstel juist wél gebruiken, omdat je gewoon weer een heel gelukkig mens kunt worden.’

Met de cursus wil ze het voor revalidanten makkelijker maken om weer bij zichzelf te komen. ‘In de revalidatie ben je patiënt, maar wie ben jij? Want je bent toch ook de Truus van voor jouw letsel. Als je er over nadenkt is dit stuk essentieel in de revalidatie.’

Weg met die breuk

Over de Mijke van voor haar letsel gesproken: haar eigen broek ophouden was ook iets wat bij haar hoorde. Ze had een baan in het ziekenhuis en als zorgtrajectbegeleider in de Alzheimerzorg. Ook werkte ze als vervangster in een afasiecentrum. Door een verschil van inzicht verloor ze haar baan in het ziekenhuis, waarna het nog niet is gelukt om een nieuwe betaalde betrekking te vinden. ‘Ik had gewoon een goede baan en nu moet ik praten als Brugman om mezelf te laten zien. Dan zeggen vrienden: “Je hoeft in sollicitatiegesprekken niet te vertellen over je letsel.” Maar dat voelt toch een beetje als mezelf verloochenen. Ik hoef toch niet te liegen over mijn rugzak?’

Dus kiest ze ervoor om zich voorlopig belangeloos in te zetten met het geven van lezingen en cursussen en schuwt daarbij de controverse niet. Zo wil Mijke dat zorgmedewerkers veel meer in mogelijkheden gaan denken en dat er in de hersenletselzorg niet meer over

REVALIDEREN DOE JE ZELF, MAAR NIET ALLEEN

Het idee van Mijke is inmiddels werkelijkheid geworden: samen met Ruth Wobma geeft ze binnen revalidatiecentrum Reade de cursus ‘Revalideren doe je zelf, maar niet alleen’. Met dank aan de Reade Foundation.

Een pilot was succesvol. In zes bijeenkomsten leerden revalidanten hoe ze weer baas over hun eigen leven kunnen worden. Met beperkingen, maar zeker ook met nieuwverworven talenten. De kracht van de cursus is: delen is helen. Een cursus zonder zorgprofessionals, maar met ervaringsdeskundigheid. Nu willen Mijke en Ruth het land in met deze cursus. ‘Niet de persoon is kwetsbaar, maar de situatie waarin iemand zit veroorzaakt kwetsbaarheid’.

Meer informatie bij Ruth Langeveld-Wobma (r.wobma@reade.nl) of Mijke Ulrich (mickulrich@hotmail.com).

een breuk in de levenslijn wordt gesproken. ‘Als je een kind krijgt, heb je ook een breuk in je levenslijn. Er wordt bij hersenletsel zó de nadruk gelegd op het negatieve van de gebeurtenis, maar dat leidt af van het naar de mens kijken, naar een persoon met karakter, behoeftes en drijfveren.’

Rondleidingen

Daarom ook sluit Mijke zich graag aan bij organisaties als Dinges en de A-factor, die uit de slachtofferrol blijven, maar juist naar kracht en levenslust kijkt. Mijke geeft rondleidingen in het Van Abbemuseum voor mensen met afasie. ‘Om het geluksgevoel weer aan te tikken. De rondleidingen zijn eigenlijk heel normaal, ik neem alleen wat meer de tijd en praat wat langzamer. Bij reguliere rondleidingen gaat alles net wat te snel, zoals bij het stellen van vragen. Zie dan als deelnemer met afasie maar eens de durf te hebben om aan te geven dat je iets niet snapt. Dan is een aparte rondleiding voor mensen met afasie erg fijn.’

Het goede voorbeeld

Los van het beeldje dat ze heeft gewonnen, houdt de Shakingtree Award in dat ze ondersteuning krijgt van het Ministerie van VWS. Ze mag bellen met vragen. ‘Dat is best wel een lastige, want ik heb eigenlijk niet zo’n concrete vraag. En eerlijk gezegd denk ik ook niet dat ze mij daar echt begrijpen, omdat informele zorg nog helemaal niet is ingebed in zorgsystemen. Als ik dat uit naar ambtenaren en zeg dat ik een andere taal spreek dan zij, dan merk ik dat ze zich enigszins aangevallen voelen. Maar dat is helemaal niet mijn bedoeling. Het is gewoon zo: in mijn beleving spreek je pas de juiste taal als je zelf een revalidatietraject hebt doorlopen. Het gaat om meedenken en ondersteuning. Daarom is de inzet van ervaringsdeskundige professionals zo belangrijk en daar zal ik het goede voorbeeld in blijven geven.’

‘Ik geef haar een **compliment** voor de wijze waarop ze het tot op heden heeft aangepakt en geef haar **tips** hoe ze verder kan trainen’



Opgelucht

De verwijzing van de huisarts triggert mij. Geen vraag om revalidatie, maar om contact. ‘Mevrouw wil graag een gesprek met een revalidatiearts in verband met haar klachten, om alles af te kunnen sluiten.’ Benieuwd naar de persoon en het verhaal achter deze verwijzing, haal ik mevrouw uit de wachtkamer.

TEKST Ilse van Nes BEELD Inge Hondebrink

Met een lach op haar gezicht en vlotte tred komt ze me tegemoet. Met toch wel enige aarzeling begint ze te praten. Al snel blijkt dat ze zich eigenlijk schuldig voelt dat ze hier zit, ‘want het gaat eigenlijk hartstikke goed’.

Ze vertelt haar verhaal. Dat begint met een enorm angstige periode van haar armen en benen niet meer kunnen bewegen en een spoedoperatie in verband met een ontsteking bij haar ruggenmerg. Een traject dat ze in een waas beleefd heeft. Daarna voelde ze zich opgelucht dat het snel beter ging en ook zó goed, dat ze niet bij ons in de kliniek hoefde te komen, maar direct vanuit het ziekenhuis naar huis kon. Ze herstelde relatief snel en kon binnen een paar maanden zonder rollator of krukken lopen. De fysiotherapeut in haar thuissituatie heeft super goed werk geleverd.

Maar toch. Nu bijna een jaar verder is haar lichaam nog altijd anders. Het gevoel in haar handen en voeten is anders. Ze loopt ‘lomp’. Haar voeten en handen zijn snel koud en bovendien heeft ze in de nacht gauw last van krampen in haar benen. En telkens als ze lang gezeten of gelegen heeft, moet ze zichzelf even aanzetten. Tot slot vertelt ze dat haar blaas soms verkeerde signalen geeft en dat haar seksuele beleving ook anders is.

Ze is dankbaar voor haar herstel, maar soms vliegt haar ‘andere’ lichaam haar aan. Werken zoals voorheen lukt ook niet meer. Alles kost veel meer energie, ze kan niet snel van houding veranderen en kan activiteiten ook niet zo lang meer volhouden. Graag wil ze weten of haar klachten passen bij haar aandoening en wat ze kan verwachten aan herstel. Ik kan haar, voordat ik een uitgebreid antwoord geef, direct aangeven dat de klachten die ze beschrijft horen bij haar aandoening en dat ik blij ben dat ze gekomen is.

Ik onderzoek haar uitgebreid volgens de standaarden van het dwarslaesieonderzoek en vind diverse gevolgen die je aan de buitenkant niet ziet. Verminderd gevoel in handen en sterk verminderd gevoel in de voeten; een koude rechtervoet; verhoogde spierspanning in

de kuiten en tijdens het lopen valt de wat instabieler gang op. Tevreden noteer ik alles in mijn dossier: in mijn hoofd klopt het hele plaatje.

Rustig nemen we vervolgens alles door, terwijl ik wat aantekeningen voor haar maak. Alle gevolgen van een incomplete dwarslaesie komen aan bod. Door haar slechtere gevoel in de voeten, heeft ze moeite met haar balans. Door het slechte gevoel in haar handen duurt het dichtmaken van een knoopje langer dan voorheen. Ook bespreken we de gevolgen op het gebied van blaasfunctie, seksualiteit en temperatuurregulatie. Ik geef haar een compliment voor de wijze waarop ze het tot op heden heeft aangepakt en geef haar tips hoe ze verder kan trainen. Ik geef haar vooral advies om door te gaan met waar ze mee bezig is en samen met haar eigen fysiotherapeut uitdagende balansoefeningen te doen om haar evenwicht verder te trainen.

Mijn aantekeningen gaan bij haar papieren, waarna ze opgelucht mijn spreekkamer verlaat, met een telefonische afspraak op zak. Zo kan ze de vragen die mogelijk gaan opborrelen nog kwijt. Na afloop schrijf ik een brief voor haar huisarts met een kopie naar mevrouw. Ook ik ben opgelucht dat deze huisarts mevrouw heeft verwezen om haar klachten te duiden. De gevolgen van een dwarslaesie zijn voor de buitenwereld dan niet altijd zichtbaar; voor een individueel persoon kunnen ze wel heel bepalend voor het dagelijks functioneren zijn. Kennis van alle gevolgen van een dwarslaesie is niet altijd voorhanden, doordat een dwarslaesie gelukkig niet zo vaak voorkomt. Daarom kan een verwijzing naar een revalidatiearts met expertise op het gebied van dwarslaesie ook juist bij hele milde gevolgen heel zinvol zijn.

Revalidatiearts Ilse van Nes is revalidatiearts bij de Sint Maartens-kliniek en is één van de nieuwe bloggers van Revalidatie Magazine. Meer blogs van Ilse op revalidatiemagazine.nl.

Krijgt de 3D-printer een vaste plek in revalidatiecentra?

Dit onderzoek draagt daaraan bij

Het lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg van Zuyd Hogeschool doet uitgebreid onderzoek naar de potentie van 3D-printen voor ergotherapie. Daarbij is zowel het onderwijs als de praktijk betrokken. Al halverwege het onderzoek mag geconcludeerd worden dat ontwerpen en printen met name in co-creatie vruchten afwerpt.

TEKST Olaf van Tilburg **BEELD** Inge Hondebrink

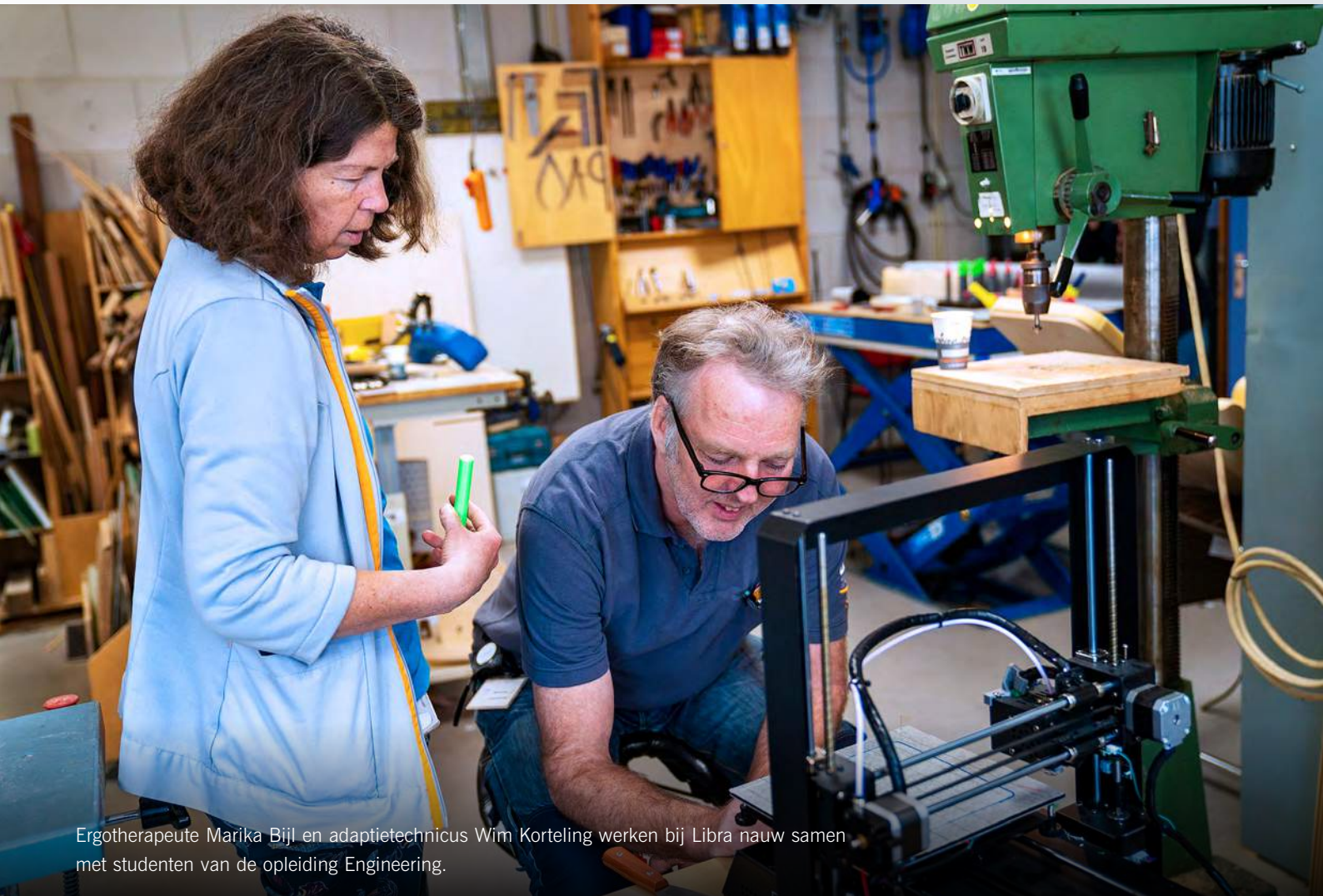
En dan komt de printer tot leven. Eerst klinken enkele piepjes. Vervolgens maakt de 'nozzle', de spuitmond van de printer, hoekige bewegingen over het printbed. Laag voor laag wordt hier met vloeibare filament een 'drukknophulp' gecreëerd. Dit revalidatiehulpmiddel is bestemd voor een meisje met hypermobiliteit. Haar vingerkootjes gaan heel snel uit de kom. Ook als ze bijvoorbeeld een lichtknopje indrukt. Met dit hulpmiddel houdt ze haar vingers op de voor haar beste manier, terwijl ze, zonder pijn, met een staafvormig onderdeel van de drukknophulp alle denkbare knoppen in kan drukken...

De printer, te vinden in de instrumentenwerkplaats van Libra Revalidatie & Audiologie, is de hoofdrolspeler in een onderzoek van Zuyd Hogeschool naar de meerwaarde van 3D-printen voor revalidanten die maatwerk hulpmiddelen nodig hebben. 'Revalidatiecentra zoeken continu naar innovaties die

toegevoegde waarde hebben voor de revalidant', legt onderzoeker Monique Lexis uit. '3D-printen borrelde de afgelopen jaren al veelvuldig op als mogelijk waardevolle technologie voor ergotherapie. Ook bij revalidatiecentra Adelante, Sevagram en Libra. We zijn hierover in gesprek geraakt en startten kort daarna dit onderzoek.'

Ervaringen

Stap 1 bij het onderzoek was een peiling onder zorgprofessionals. Zij onderstreepten de potentie, brachten enkele aandachtspunten in (bijvoorbeeld: de wet- en regelgeving rondom revalidatiehulpmiddelen), maar lieten weten nog weinig concrete ervaringen te hebben met 3D-printen. Die zo belangrijke toetsing in de praktijk vormt nu een belangrijk deel van het onderzoek. En dus experimenteren Libra, Adelante en Sevagram met het ontwerpen en printen van op maat gemaakte hulpmiddelen voor dagelijkse activiteiten van mensen met een beperking. Aangepaste handvatten voor bestek bijvoor-



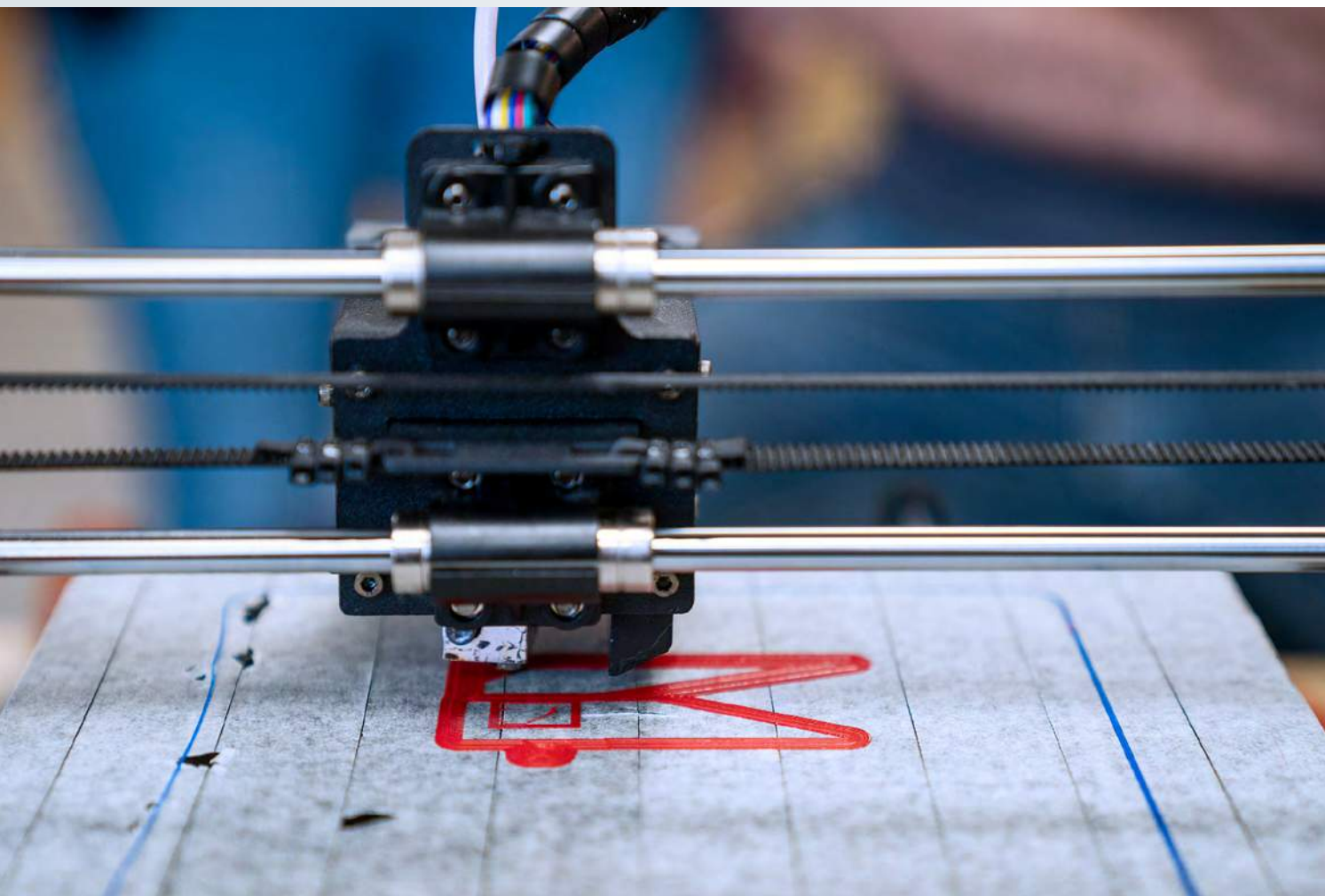
Ergotherapeute Marika Bijl en adaptietechnicus Wim Korteling werken bij Libra nauw samen met studenten van de opleiding Engineering.



beeld. Schrijfhulpmiddeltjes. Of de eerder genoemde drukknoophulp. De doelgroep bij het onderzoek is breed. Zo richt Libra zich primair op kinderen; Sevagram richt zich op ouderen; Adelante op zowel volwassenen als kinderen.

Co-creatie

'Wij zitten vanuit ons lectoraat heel dicht op de zorgopleidingen, zodat we waardevolle ontwikkelingen gelijk kunnen implementeren in de curricula. Maar we hebben ook een steeds nauwere verbinding met andere faculteiten, waaronder engineering', legt Monique



‘Dit is revalidatie. En dat betekent in de meeste gevallen: maatwerk’

uit. ‘Deze verkenning naar de potentie van 3D-printen gaan we samen aan. We kijken gezamenlijk wat in de praktijk haalbaar is en wat daarbij de optimale rolverdeling kan zijn. Wat dat laatste betreft durven we nu al te stellen dat het 3D-printen in co-creatie moet plaatsvinden. Het is niet iets wat je als ergotherapeut in je eentje met een toolbox en YouTube-tutorials even snel kunt doen.’ ‘Ik heb het geprobeerd, maar haakte al snel af’, beaamt Marika Bijl, ergotherapeute bij Libra. ‘Kijk: het bedenken van hulpmiddelen is ons vak. Dat is het probleem niet. Verder helpt het als je creatief en innovatief bent. Maar dit vergt ook veel kennis van 3D-tekenen en ontwerpen. Ik ben best leergierig, maar de tijd om me die kennis toe te eigenen is er niet.’

Van hulpvraag naar hulpmiddel

Het printen zelf is niet zo spannend: je zet het apparaat aan, laat het opwarmen en drukt dan op print. De uitdagingen zitten juist in het ontwerp en dat printklaar maken. Er zijn namelijk verschillende routes die je kunt bewandelen om een revalidatiehulpmiddel

op maat te printen. Zo kun je een ontwerp maken in Fusion360, een 3D-tekenprogramma. Dat gebeurt nu vooral bij Libra en Adelante. Maar je kunt ook eerst van klei of bijvoorbeeld gips een model maken van het hulpmiddel dat je hebt bedacht en dit dan 3D-scannen. Dit modelleren en scannen wordt veel gedaan bij Sevagram, dat hiervoor beroep doet op het bedrijf RepRapUniverse in Kerkrade, dat gespecialiseerd is in 3D-printen.

Ergotherapeute Marika Bijl en adaptietechnicus Wim Korteling werken bij Libra nauw samen met studenten van de opleiding Engineering. ‘Daar zijn we heel blij mee’, benadrukt Marika. ‘Er zijn weliswaar websites met allerlei standaardhulpmiddelen die je zo kunt printen. Kwestie van een bestandje downloaden. Maar dit is revalidatie. En dat betekent in de meeste gevallen: maatwerk. Dat is nou juist onze kracht. We zitten samen met de revalidant aan tafel, ontdekken wat nodig is en gaan zo van hulpvraag naar hulpmiddel. Om dat te ontwerpen heb je echt een goede 3D-tekenaar nodig. Zoals onze studenten, eerst Martijn en later Nick.’



Efficiënt

‘Ja, die tekenen razendsnel!’, vult Wim enthousiast aan. ‘3D-printen is ook breder inzetbaar dan ik vooraf had gedacht. Je kunt niet alles maken met een 3D-printer. Maar wát je kunt maken, kun je ook weer heel gemakkelijk aanpassen. Zo wilde laatst een therapeut een ontwerp van onze studenten laten printen, maar dan groter. Dat is dan zo gepiept. Het is heel efficiënt, zeker als je kunt putten uit een database met ontwerpen; die zijn we dan ook samen met Sevagram en Adelante aan het opbouwen. Bovendien is het materiaal, filament, goedkoop. De 3D-printer verdient een vaste plek in mijn werkplaats. Niet als vervanging van mijn overige gereedschap, maar als een aanvulling hierop. Want soms heeft ander materiaal de voorkeur. Zo kun je hout veel gemakkelijker polsteren (opvullen, red.)’ ‘Al gaan de ontwikkelingen ook bij 3D-printen razendsnel’, haakt Monique in. ‘Er wordt steeds meer mogelijk. Een coating aanbrengen bijvoorbeeld. Als een hulpmiddel dan toch te glad is, kun je het op die manier antislip maken. Deze ontwikkelingen houden we nauwlettend in de gaten bij ons onderzoek.’

Structurele inbedding

‘We zijn erg enthousiast’, onderstreept Marika. ‘Maar dit moet nog wel ingebed worden in de organisatie. Nog niet al onze collega’s zien de potentie; zij zijn nog te weinig bekend met deze technolo-

gie. Dat gaat beslist groeien, maar als we hiermee ook ná het project verder willen, moet er nog van alles geregeld worden. Van hele praktische zaken – vrijgemaakte tijd, de beschikbaarheid over een vaste 3D-tekenaar, de aanschaf van Fusion360-licenties – tot juridische: de wet- en regelgeving. Die blijkt ingewikkelder dan we voorheen dachten.’ ‘Revalidatiehulpmiddelen vallen onder dezelfde wetgeving als medische hulpmiddelen: de Medical Device Regulation’, legt Monique uit. ‘Deze Europese wetgeving is sinds vorig jaar nog strenger geworden. De wettelijke kaders zijn beschreven, maar wat deze voor de praktijk betekenen is nog niet helder. In die kaders is niet van a tot z uitgewerkt waaraan je moet voldoen als jouw revalidatiecentrum zelf een hulpmiddel op maat gaat maken. Dat is dus nóg een aspect waaraan we in ons onderzoek aandacht besteden. Dat gebeurt in samenwerking met Universiteit Maastricht. Het resultaat is een template waarmee je het gehele proces van idee tot en met oplevering kunt doorlopen om het hulpmiddel op een MDR-proof wijze te maken.’

Zo plotseling als de printer begon, zo ineens stopt het apparaat. Een nacht lang heeft de printer – laag voor laag en zonder ommezien – een prachtig hulpmiddel gemaakt. Klaar om gebruikt te worden...

Revalideren van een arm- of handamputatie

Ontdek hoe jij patiënten kan helpen

Het is belangrijk dat patiënten hun spieren trainen. Op ons YouTube kanaal hebben we een playlist samengesteld van oefeningen die patiënten kunnen doen om weer in beweging te komen.

Scan de QR-code en ontdek met welke oefeningen jouw patiënt aan de slag kan.



CRE-12002



Slot Letselschade: samenwerken maakt mensen beter

Letselschade slachtoffers worden kort na een ongeval geconfronteerd met heel veel onzekerheden, waaronder geldzorgen. Deze zorgen kunnen een revalidatie en verder herstel ernstig belemmeren. Je kunt niet in rust aan je herstel werken, als je je zorgen maakt of je de energienota, de huur of de hypotheek nog wel kunt betalen. Het is daarom van belang dat letselschade slachtoffers worden bijgestaan door een goede letselschade advocaat die rust brengt en het slachtoffer helpt in het proces naar herstel.

Slot Letselschade helpt slachtoffers om de rust te creëren die nodig is om goed te revalideren. Mocht het nodig zijn dan zorgen we ook dat het revalidatietraject vergoed wordt door de aansprakelijke verzekeraar. Samenwerken aan herstel, zodat mensen beter worden en weer zelf de regie kunnen nemen.

GOOGLE PLAY STORE



APP STORE



MEER INFORMATIE?

Scan de code en download de **Slot-app**,
of ga naar www.slotletselschade.nl



A close-up portrait of Eline van der Velden, a woman with blonde hair, smiling warmly. She is wearing a bright orange textured jacket and gold hoop earrings. The background is softly blurred, suggesting an outdoor setting.

Eline van der Velden
wil gastvrijheid in haar
revalidatiecentrum
integraal aanpakken

BEROEP UITGELICHT

Met een flink cv in de hotelbranche zit gastvrijheid in haar DNA. Sinds negen jaar brengt Eline van der Velden juist dat aspect bij Heliomare naar een hoger niveau. 'Iedereen zou moeten weten wat patiënten blij maakt.'

TEKST Tim de Hullu BEELD Inge Hondebrink



De manager Huisvesting, Services en Faciliteiten zit zelf in de meest gehorige ruimte, naast muziektherapie en tegenover het restaurant waar een patiënt tijdens het interview piano speelt. 'Zo hoort het toch, gastvrij naar mijn medewerkers', grapt ze. Maar, serieus: 'In de hotelbranche heb ik eerst in de HR gewerkt, en daar zeiden ze: "Als wij goed voor onze personeelsleden zorgen, zorgen zij goed voor onze gasten". Die heb ik altijd in mijn achterhoofd gehouden, ook al paste HR later niet meer bij mijn ambities.'

Eline van der Velden werkte voor grote bekende Amerikaanse hotelketens. Haar laatste functie was in Brussel, waar ze Director of Sales was voor vier hotels. 'Ik heb hartstikke hard gewerkt, veel gereisd, maar ook heel veel plezier gemaakt. Het is een mooie, snelle en intensieve wereld. Toen ik moeder werd, wilde ik weer in Nederland in de hotellerie aan de slag, maar voor vier dagen in de week ging dat gewoon niet. Niet op het niveau dat ik in Brussel had.'

'Goed gewerkt!'

Via via hoorde Eline over de functie teammanager hotel bij Heliomare. Inmiddels werkt ze al weer negen jaar bij het revalidatiecentrum in de duinen. Ze werd facilitair manager en gaat sinds mei vorig jaar over Huisvesting, Services en Faciliteiten. In deze rol combineert ze deze drie aspecten, die volgens haar onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn als je gastvrijheid integraal naar een hoger niveau wilt tillen. 'Operationeel gezien lijken de zorg- en hotelwereld gigantisch op elkaar.' Wel ging er een nieuwe wereld voor haar open, waar ze waardering voelde voor de kwaliteit van de revalidatiezorg. En waar ze zag dat zij en haar teams konden bijdragen aan een nog betere patiëntbeleving. 'Collega's moesten even aan mij wennen. Aan het einde van de dag liep ik even een rondje langs mijn teamleden: "Goed gewerkt, bedankt!" Of, als ze een avonddienst hadden: "Veel succes vanavond!". "Hoezo zeg jij bedankt?", zeiden ze dan. Maar al snel werd het gewoon. Want waardering voor je personeel zit 'm echt niet in veel salaris en een auto van de zaak. Persoonlijke en oprechte aandacht is veel belangrijker.'

Luisteren

En dat geldt dus ook voor de houding naar patiënten. Je kunt je werk als revalidatiearts of therapeut nog zo goed doen of als voedingsmedewerker nog zo'n lekkere maaltijd voorschotelen; zonder te luisteren naar wat behoeften zijn van individuen, mis je een slag. Het zijn op het oog kleine dingetjes waar het om gaat en waar Eline juist op let. 'In het begin merkte ik dat die basisdingetjes niet helemaal op orde waren. Het rook niet overal even fris en het kwam voor dat medewerkers patiënten op de gang passeerden zonder gedag te zeggen. En ook al zijn dit kleine zaken, je mag ze niet klein maken. De effecten hebben namelijk grote impact. In een integrale aanpak is het dan ook belangrijk daarvan bewust te zijn.'

Welkom

Eline realiseerde zich dat hartelijkheid niet voor iedereen vanzelfsprekend is. Zelf was ze vroeger al een zorgzaam meisje dat iedereen tevreden wilde houden. Deelde drankjes uit op verjaardagen en dat doet ze nog steeds. Maar bij wie deze houding niet standaard was, ging ze gesprekken aan. 'Ik snap dat er professionals zijn die heel gericht werken en daarop gefocust zijn. Maar als je bijvoorbeeld een lamp vervangt, van a naar b loopt en tussendoor een patiënt tegenkomt, dan is het heel belangrijk dat je die persoon even groet. Hoe zou jij het vinden dat als je in een rolstoel zit in een revalidatiecentrum en mensen je passeren zonder iets te zeggen? Dat kan gewoon niet. Je moet je welkom voelen en daar draagt iedereen aan bij.'

'Hoe voel je je?'

Een moment waar het verschil gemaakt kan worden, is bijvoorbeeld bij het eten. 'Dat zijn van die momenten dat mensen even niet in therapie of een zwaar gesprek zitten en even kunnen ontspannen. Hét moment voor een stukje persoonlijke aandacht. "Hoe gaat het nu vandaag", of "Hoe voel je je?". Ik merk alleen de nadruk nog wel eens op de snelheid ligt. Zo van: hup, hup, de tafels er even doorheen jagen en we hebben het aan het eind van de rit weer geschaft. Natuurlijk is het belangrijk dat mensen op tijd eten krijgen en dat een ruimte daarna weer spic en span is, maar als we daarna helemaal niet weten of iedereen wel tevreden was, hebben we toch iets over het hoofd gezien. En het klinkt misschien cliché, maar gastvrijheid kost geen tijd. Zo leer je je gasten en kennen en kun je ook inspelen op hun behoeften.'

Onderscheidend vermogen

De komende tijd zal hospitality nog veel belangrijker worden in de zorg, denkt Eline. De tendens is dat mensen de beste zorgaanbieder willen zoeken, kijk naar een rating-site als zorgkaartnederland.nl. Dan zullen we patiënten dus echt als klanten moeten zien. Daarvoor is het nodig dat een instelling haar klanten kent. Eline gelooft dat revalidatieprofessionals veel van patiënten weten. 'Ze vragen echt wel wat mensen zelf belangrijk vinden in hun revalidatie. Maar het is belangrijk om specifieke informatie ook te documenteren. Wanneer op de dag is iemand op z'n best? Houdt hij of zij 's avonds van sterke koffie? Ik wil toe naar een cliëntmanagementsysteem, zoals dat in de hotelwereld gewoon is. Zodat we



ook bij kunnen houden hoe tevreden iemand is, of waar we moeten aanpassen' Zo'n systeem kan bijdragen aan de missie van Eline, die op een whiteboard op haar kantoor staat geschreven: Gastvrijheid als onderscheidend vermogen. 'Met elkaar gaan we de komende tijd een visie ontwikkelen op gastvrijheid, zodat iemand die hier komt, zegt: "Ik heb er eigenlijk een fantastische tijd gehad. En ik ben ook nog beter geworden.'"

Denken als gast

Uiteindelijk zijn het de medewerkers die bij de uitvoering het echte verschil gaan maken. In aanloop naar de integrale aanpak, doet goed voorbeeld volgen. Als Eline even koffie haalt voor iemand en ze ziet twee vieze kopjes staan die er niet horen, dan pakt ze die op en zet ze weg. En als er een lekkende vuilniszak is, meldt ze het. Eline probeert haar collega's daarin mee te nemen. 'Probeer als een gast te denken. Mensen die hier komen, weten dat het medische revalidatietraject goed staat aangeschreven. Alles wat we daar omheen extra kunnen doen, wat ze niet hadden verwacht, dat is winst. En dat zit 'm echt in de gastvrijheid.'

Switch

Ze hoopt dat meer mensen uit het hotelwezen de switch naar de zorg gaan maken. 'We hebben veel geschikte functies op verschillende niveaus. Alle facilitaire afdelingen zijn bij uitstek plekken waar je met een hotelachtergrond goed aan de slag kunt.' Soms gaat het bij haar weer kriebelen, want haar hart ligt nog steeds in de hotelierie. Eline sluit niet uit dat ze er ooit weer terugkeert. 'Maar ik ben in de zorg nog lang niet klaar. Als het lukt om hier gastvrijheid integraal aan te pakken, zou dat fantastisch zijn. Voor mij is het ideale revalidatiecentrum een omgeving waarvan mensen denken: als ik dan toch moet revalideren, dan wil ik naar dát centrum. Daar lopen medewerkers lachend rond en doen altijd hun best om mij zo goed mogelijk te laten herstellen. Niet alleen met medische zorg, maar ook in goed eten, goede verblijven en aandacht. Dat geheel, dat is écht goede zorg.'

Verpleegkundestudent Fleur hielp een CVA-patiënt bij zijn oefenverlof



Paramedische studenten begeleiden CVA-patiënten bij een oefenverlof in hun thuissituatie. Zo wordt de overgang van revalidatiecentrum naar huis soepeler en is sneller duidelijk in hoeverre iemand weer voor zichzelf kan zorgen. Verpleegkundestudent Fleur Raijmakers: 'Het had écht een meerwaarde om de patiënt thuis te ondersteunen.'

TEKST Mirthe Diemel BEELD Inge Hondebrink



Ze liep koud een week stage bij het ZZG Herstelcentrum in Groesbeek, toen derdejaarsstudent Fleur al over het 'oefenverlof met een student' hoorde. Een CVA-patiënt zat in de laatste fase van zijn revalidatietraject en Fleur kreeg de vraag of zij hem een dagdeel wilde begeleiden bij het oefenen in zijn thuissituatie.

'In eerste instantie liet ik het even bezinken', vertelt Fleur. 'Het leek me nogal spannend om in mijn uppie met een patiënt mee te gaan,

naar een omgeving die ik niet kende.' Toch wierp ze zich al snel op als vrijwilliger. 'Allereerst omdat ik die patiënt daarmee hielp. Hij had geen naaste familie die hem kon begeleiden en op deze manier hoefde hij het niet alleen te doen. Daarnaast vond ik het een verrijking voor mezelf. Ik had immers ook stagedoelen en die kon ik niet behalen zonder stappen te nemen. Dit was zo'n stap. Ik twijfelde bijvoorbeeld of ik een gesprek wel op gang kon houden. Ha, nu had ik vier uur de tijd om daarmee te oefenen.'

Stapsgewijs

Het oefenverlof met een student is vrij nieuw en uniek, vertellen initiatiefnemers Ton Satink, associate lector Neurorevalidatie aan de HAN en Marlies Keim, logopedist en studentbegeleider bij het ZZG Herstelcentrum. Satink: 'De meeste instellingen zetten studenten al veelvuldig in tijdens hun stage, maar niet als ondersteuner van een patiënt die naar huis gaat. In het ZZG Herstelcentrum merkten we dat patiënten juist die overgang spannend vonden. Is het een optie om een student mee te sturen?, vroegen we ons toen af. Zo werd het oefenverlof met een student stapsgewijs ontwikkeld.'

Omdat iedere patiënt andere behoeften heeft, worden studenten van verschillende opleidingen ingezet. Keim: 'Heeft iemand moeite met lopen, dan is het logisch om een student fysiotherapie in te schakelen. Bij communicatieproblemen is de match met logopedie weer snel gemaakt. We werken daarnaast ook nog samen met studenten ergotherapie, voeding & diëtetiek en natuurlijk verpleegkunde, de opleiding die Fleur volgt. Op die manier kunnen we zorg op maat bieden.'

'Ik twijfelde of ik een gesprek wel op gang kon houden. Ha, nu had ik vier uur de tijd om daarmee te oefenen'

Eyeopener

Raijmakers maakte enkele dagen voor het oefenverlof kennis met 'haar' patiënt, een man van halverwege de tachtig. 'Ik stuurde zelf aan op die kennismaking en zorgde dat ik die week de ochtendzorg bij hem in het Herstelcentrum deed. Zo kon ik me beter voorbereiden en samen met meneer zijn doelen doornemen – dan wist ik nog beter waarop ik moest letten.' Koffiezetten, een eitje bakken, de afwas doen en zelfstandig de katheterslang legen: dat waren de voornaamste doelen van de patiënt. Raijmakers lacht. 'Eenmaal thuis bood hij me natuurlijk meteen een bakkie aan.'

Ze kijkt positief terug op die middag. 'Het had écht een meerwaarde om daar te zijn en de patiënt te ondersteunen. Een simpel voorbeeld: toen meneer een ei ging bakken, moest hij eerst een pakje

boter openpeuteren. Maar de pan stond toen al wél op het vuur. Ook waren er veel drempels in huis. Hoewel meneer daar vakkundig met zijn rollator overheen liep, morste hij met zijn soep terwijl hij dat deed.' Het lijken kleine voorvallen, maar ze kunnen een grote impact hebben, legt Raijmakers uit. 'Het ging nu om een druppeltje soep, maar de volgende keer is het misschien een hele kom. Zulke dingen gebeuren minder snel in het Herstelcentrum, omdat daar geen drempels of vloerkleden zijn. Thuis is dat een ander verhaal: je ziet letterlijk waar een patiënt tegenaan loopt. Dat vond ik wel een eyeopener.'

Koffiezetten en traplopen

Daarmee slaat Raijmakers de spijker op z'n kop, zegt Marlies Keim. 'Je kunt in het revalidatiecentrum nog zo goed koffiezetten, maar thuis staat een ander koffieapparaat. En neem zoiets als traplopen: hier oefenen we op een rechte trap, maar wat als iemand thuis een trap met een draai heeft? Zo zijn er meer dingen die zich achter de voordeur van een patiënt afspeelen. Wij willen weten waar ze – letterlijk – tegenaan lopen, zodat we daarmee kunnen oefenen voordat iemand wérkelijk ontslag krijgt en naar huis gaat. Dit krijgen we als team terug via een rapportage van de student.'

Emotioneel aspect

Op het eerste oog lijkt het dus vooral om praktische zaken te gaan, maar volgens Ton Satink speelt er ook een emotioneel aspect mee. 'Voor veel patiënten is de terugkeer naar huis een grote stap. Of ze hebben een mantelzorger die het nogal spannend vindt. De ondersteuning vinden ze zeer prettig – ze kennen de student immers al een beetje en zijn blij dat juist die persoon een helpende hand biedt in de thuissituatie.'

Dat verhaal herkent Raijmakers wel. 'Aanvankelijk was meneer nuchter, maar achteraf was hij héél blij met die begeleiding. Thuis was er immers geen alarmknop die hij kon indrukken, mocht er iets misgaan.' Overigens is besloten – in samenspraak met de familie en de behandelaars in het Herstelcentrum – dat meneer niet meer thuis kan wonen. 'In het halfjaar vóór de CVA ging het thuis al minder goed met de patiënt, hij verwaarloosde zichzelf een beetje. Tijdens de revalidatieperiode in het Herstelcentrum én het oefenverlof kwam dus ook naar voren dat als deze patiënt naar huis zou gaan, er wel aanpassingen nodig waren. Na overleg met de familie is daarom toch besloten dat meneer in een verzorgingshuis gaat wonen.' Dat voelt niet als een mislukking, benadrukt Raijmakers. 'Integendeel, het oefenverlof is juist heel zinvol gebleken. Stel dat meneer zonder begeleiding naar huis was gegaan en over een drempel was gestruikeld, dan waren we daar misschien veel later achter gekomen. Bovendien kun je zonder oefenverlof veel moeilijker beoordelen welke hulpmiddelen iemand eventueel nodig heeft, mocht diegene wél thuis kunnen blijven wonen.'

Win-win

Over de vraag waar ze het meest trots op is, hoeft Raijmakers niet lang na te denken. 'Eén van mijn stagedoelen was dat ik mijn collega's in het Herstelcentrum ergens in kon adviseren. Na het



oefenverlof kreeg ik positieve reacties op mijn verslag, zowel van de arts als de casemanager. Ze hadden een duidelijk beeld en konden zich goed in de thuissituatie verplaatsen. Dat er echt iets met mijn bevindingen is gedaan, is voor mij de bevestiging dat ik mijn steentje heb kunnen bijdragen aan de situatie van deze patiënt.'

Satink is blij met die constatering. 'Hoewel we dit programma in beginsel voor patiënten hebben ontwikkeld, heeft het ook een grote meerwaarde voor studenten. Voorheen zagen ze een patiënt voornamelijk in een klinische setting, nu krijgen ze ook iets van de thuissituatie mee. De context wordt daarmee stukken breder en dat is ontzettend leerzaam. Je kunt dus wel spreken van een win-winsituatie.'

Verbeterpunten

Om die reden zijn twee andere zorgcentra in de regio ook gestart



‘Je ziet letterlijk waar een patiënt tegenaan loopt. Dat vond ik wel een **eyeopener**’

met het oefenverlof met een student. ‘Daar wordt zelfs al gekeken om het bij *élke* patiënt aan te bieden, niet alleen de mensen die een CVA hebben gehad. Het doel is om dit op grotere schaal uit te breiden.’ Verbeterpunten zijn er ook, gaat Satink verder. ‘Patiënten gaan nu maar *één* keer op oefenverlof, maar ik denk dat het niet verkeerd is om meer oefenmomenten aan te bieden, afhankelijk van de behoeften en doelen van de patiënt. Zo kan per oefenverlof worden gekeken waar de focus op ligt. Bijvoorbeeld de ene week op het lopen, ondersteund door een fysiotherapiestudent, en de week erop op praktische zaken, ondersteund door een ergotherapiestudent.’

Ook vanuit onderwijsperspectief kan er meer uit het oefenverlof gehaald worden, denkt Satink. ‘Studenten gaan nu mee, maar wat leren ze precies en hoe kunnen begeleiders daar inzicht in krijgen? We hebben weliswaar een feedbackformulier en studenten doen aan zelfreflectie, maar dat proces hebben we niet specifiek geëvalueerd in dit project. Op termijn zou dat zeker een optie kunnen zijn, maar voor nu is de insteek vooral: het moet een meerwaarde zijn voor de patiënt.’

Heeft een leefstijloket meerwaarde? Dit onderzoek moet antwoord geven

Dat een gezonde leefstijl kan bijdragen aan iemands herstelproces lijkt een open deur. Toch is het nooit als zodanig structureel ingebed in het aanbod van zorginstellingen. Het blijft bij losse projecten. Houdt de studie op, dan stopt ook de interventie. In het vierjarige 'LOFIT'-onderzoek wordt in Amsterdam en Groningen onderzocht of een 'leefstijloket' in zorginstellingen meerwaarde heeft.

TEKST Olaf van Tilburg **BEELD** Roel Seidell

LOFIT staat voor *Lifestyle front Office For Integrating lifestyle medicine in the Treatment of patients*. Een mondvoll. Feitelijk komt het erop neer dat elk ziekenhuis of revalidatiecentrum haar patiënten en revalidanten structureel bewust gaat maken van de helende effecten van een gezonde leefstijl en hen verwijsopties biedt naar leefstijlinitiatieven in de regio. Dit gebeurt aan de hand van een leefstijloket dat leefstijlgeneeskunde integreert in de behandeling of het revalidatieproces. 'We hopen aan te tonen dat zo'n loket effectief is, zodat het straks standaard is in elke zorginstelling', vertelt Judith Jelsma. Als senior onderzoeker is zij de kartrekker van dit door ZonMw gefinancierde project, waarbij naast haar werkgever Amsterdam UMC ook UMC Groningen, Ommelander Ziekenhuis Groningen, diverse onderwijsinstellingen, zorgverzekeraars en lokale 'gezonde-leefstijl'-initiatieven betrokken zijn. 'Ons streven is dat straks alle zorgverleners steevast het onderwerp "levenstijl" aanstippen bij hun patiënten.'

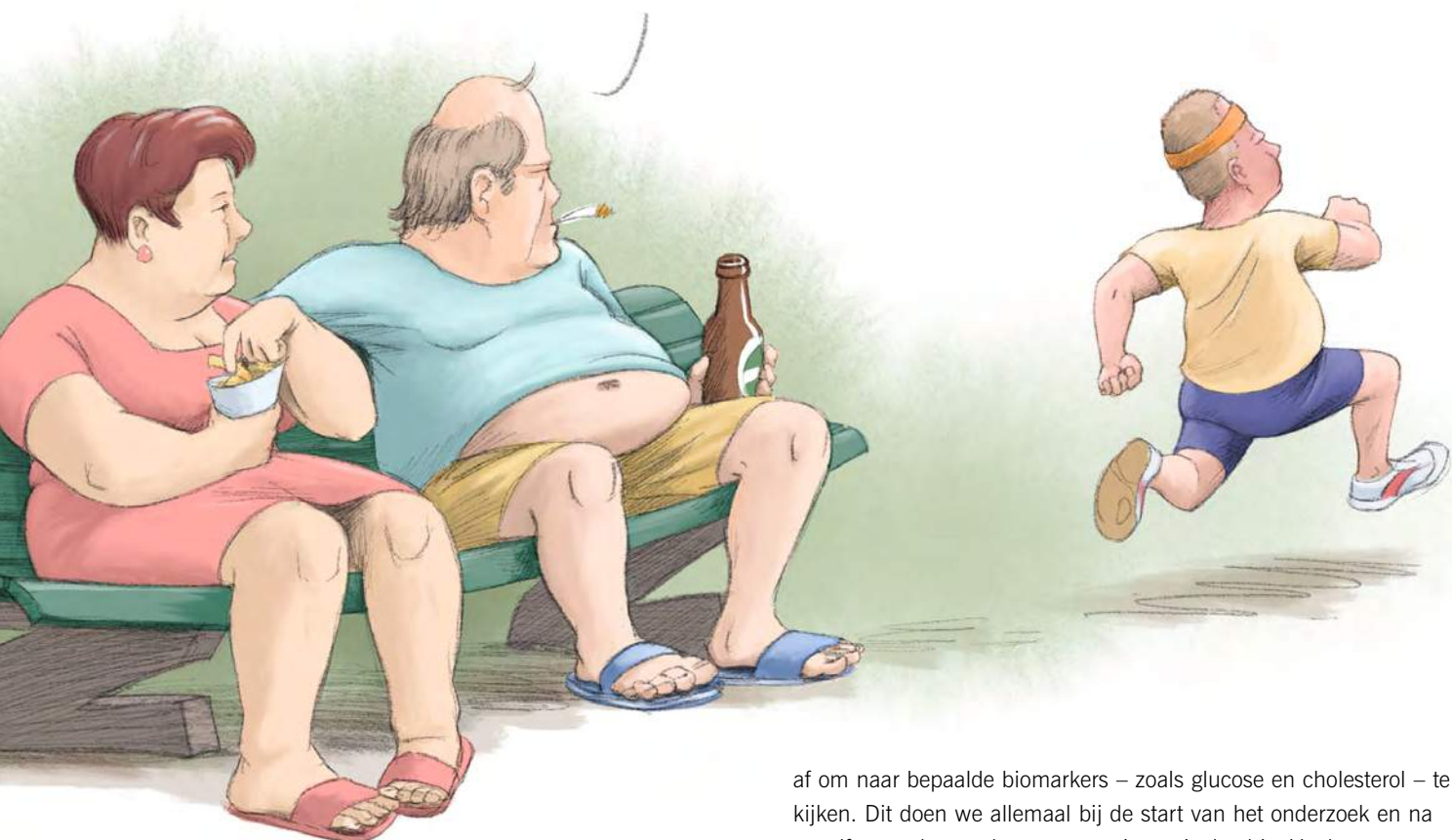
Leefstijlmakelaar

Dat gebeurt nu nog te weinig. Sowieso door de factor tijd – er valt al genoeg te bespreken tijdens een consult. Verder zijn de meeste zorgverleners niet op de hoogte van het lokale aanbod

van leefstijlcoaches en andere specialisten en initiatieven op het gebied van gezond leven. Judith: 'Werken aan een gezonde leefstijl kan het beste gebeuren in de woonomgeving van de patiënt of revalidant. Een ziekenhuis associëren we toch met ziekzijn, terwijl het hier juist om gezondheid en vitaliteit gaat. De eigen omgeving werkt dan het meest stimulerend. Maar naar wie kunnen de zorgverleners dan doorverwijzen? Verder vergt het een bepaalde vaardigheid om het gesprek over gezonder leven aan te gaan: tactvol, met het besef dat het vaak om een aanzienlijke gedragsverandering gaat. Dat vraagt weer om scholing en training. Bij ons onderzoek creëren we een aparte functie: we bemensen het leefstijloket met een "leefstijlmakelaar", die de tijd heeft om een uurtje met een patiënt te praten, te kijken waar de motivatie om te veranderen zit en vervolgens doorverwijst naar bijvoorbeeld een leefstijlcoach in de eigen woonomgeving. Artsen en andere zorgverleners hoeven dit gesprek dus niet aan te gaan. Wat we wél van hen verlangen is dat zij hun patiënten aanraden een gesprek te voeren met de leefstijlmakelaar. Als een arts iets adviseert, is de kans groter dat een patiënt daadwerkelijk het advies opvolgt. Het witte-jassen-effect, zeg maar.'



HERSTELD WEL JA.
MAAR HIJ IS NOOIT MEER
DE OUWE GEWORDEN...



Divers aanbod

Het LOFIT-project loopt inmiddels anderhalf jaar. In die periode zijn er ruim honderd gesprekken gevoerd met zorgverleners, leefstijldeskundigen, preventiecentra, welzijnswerkers en patiënten, waarbij mogelijkheden, belemmeringen, wensen en behoeftes zijn geïnventariseerd. Verder zijn in de regio Amsterdam en de regio Groningen alle leefstijlaanbieders in kaart gebracht en is contact gelegd met deze lokale professionals. Het aanbod is groot. Er is variatie als het gaat om de hulpvraag – stoppen met roken, minder drinken/drugs, afvallen of meer bewegen –, om de vormen (van 1-op-1 tot groepssessies en van gratis tot betaald), maar ook om aspecten als culturele achtergrond of moedertaal. Van de onderzoekspopulatie, bestaande uit tientallen chronische patiënten, krijgt de helft een gesprek met de leefstijlmakelaar en heeft via het leefstijlloket toegang tot dit aanbod. De andere helft moet het zonder stellen. 'Tja, dat is altijd een mindere kant van dit soort onderzoeken', beaamt Judith. 'Om de effecten te meten moet je nou eenmaal ook een controlegroep hebben. Dan kunnen we kijken of de "leefstijlloket"-groep veranderingen doormaakt die we niet terugzien bij controlegroep. Bijvoorbeeld als het om gewicht of buikomvang gaat. We laten de onderzoekspopulatie ook vragenlijsten invullen. En we nemen bloed

af om naar bepaalde biomarkers – zoals glucose en cholesterol – te kijken. Dit doen we allemaal bij de start van het onderzoek en na twaalf maanden, zodat er geen seizoensinvloed is. Verder meten we ook de kosteneffectiviteit: draagt de interventie bij aan minder zorgkosten? Als laatste houden we een uitgebreide procesevaluatie, waarbij we via vragenlijsten en interviews allerlei ervaringen en andere interessante informatie ophalen. Dit doen we bij iedereen die betrokken is in het zorgproces – patiënten, zorgverleners, leefstijlmakelaars en regioaanbieders. We vragen bijvoorbeeld hoe tevreden iedereen was met de interventie. De effectiviteitsanalyse, de kosteneffectiviteitsanalyse en de procesevaluatie dragen allemaal bij aan de beslissing om te bepalen of een leefstijlloket effectief is.'

Iedereen gezond

Judith en haar medeonderzoekers hopen dat LOFIT ertoe leidt dat zo veel mogelijk mensen gestimuleerd worden gezonder te leven en ook op de langere termijn gemotiveerd te blijven. 'Want dat heeft niet alleen een positief effect op de patiënt zelf, maar ook op het zorgstelsel. Hoe gezonder iemand is, hoe minder zorgbehoefte. Dat doel bereiken we echter alleen als er voldoende financiering is. Het zou dus mooi zijn als een gezonde levensstijl vergoed wordt door de zorgverzekering en in elke zorginstelling, op elke afdeling aangeboden kan worden, met het leefstijlloket als verbindende schakel met de regio. Ook in revalidatiecentra. Bij Reade, hier in Amsterdam, is er bijvoorbeeld ook een sport- en leefstijlloket. De aandacht voor leefstijl groeit. Wellicht kan ons onderzoek als accelerator werken.'

Syrische chirurg Ahmad is dolblij met stageplek bij Rijndam Revalidatie

In zijn eigen land werkte hij als traumachirurg. Hier is hij verpleegassistent: regelt de voeding voor patiënten met een dwarslaesie, verzorgt hun wonden, meet hun bloeddruk. 'Iedereen wint', zegt Ahmad Mohamed (32). Hij is dolblij met deze nieuwe route naar werk in de zorg in Nederland.

TEKST Ilse Broers BEELD Inge Hondebrink



Er wordt naar hem gevraagd, op de afdeling. 'Is Ahmad er vandaag? Kan hij bij mij komen?' Ahmad vertelt zijn verhaal in verrassend goed Nederlands, met een duidelijk accent en soms een woord Engels erdoor. Op zijn ronde over de afdeling maakt hij praatjes, checkt patiënten, staat even een collega bij. Vijf maanden werkt hij hier nu bij Rijndam Revalidatie, hartje Rotterdam, met een stageovereenkomst.

Een enorme aanwinst, vindt verpleegkundig manager Alina de Groot (41). Ahmads vaardige aanpak, zijn rustige aandacht, zijn vriendelijke energie. Zij was het die contact legde met Vluchtelingenwerk, na het lezen van een nieuwsbericht over Ahmad. 'Wij hebben een nijpend tekort aan goede mensen in de zorg. De tekorten nemen alleen maar toe. Kom je uit Europa, dan is instromen vrij gemakkelijk. Voor mensen uit de Arabische wereld gelden veel strengere eisen. Ja, ook als ze hoog opgeleid zijn.'

Onzinbarrière

Dat de taal een grotere barrière zou zijn, vindt ze onzin. 'In een revalidatiecentrum heb je meestal met cognitief gezonde mensen te maken. Elke patiënt in de Randstad kan zich redden met Engels, als het Nederlands even te ingewikkeld zou worden. En dit is Rotterdam; er wonen hier 98 nationaliteiten. Een Franse arts die veel slechter Nederlands praat dan Ahmad mag wel gewoon zijn vak uitoefenen. Die regels zijn niet altijd even logisch.'

Het zorgstelsel is ingewikkeld, beaamt Ahmad. Al heeft hij zijn artsopleiding in Damascus afgerond en jaren werkervaring; hier moet hij opnieuw zijn artsdiploma halen om in aanmerking te komen voor een BIG-registratie. Zonder die registratie mag je niet aan het werk in Nederland. Een ingewikkelde procedure voor een vluchteling, die daar ook nog zelf verantwoordelijk is. Alina: 'Dat kan zomaar jaren duren. Dat betekent dat goed opgeleide mensen in de zorg waar wij om zitten te springen, ondertussen in een andere sector kunnen gaan werken. Al dat potentieel, daar moeten we veel beter gebruik van maken.'

Rugzak met medische studieboeken

Drie jaar geleden ontvluchtte Ahmad samen met zijn ouders en jongere zusjes de bloedige oorlog in zijn land. Met in zijn rugzak zijn medische studieboeken, Engelstalig, van de Oxford-methode. Hij vond een goede baan, in sales, maar voelde zich totaal niet op zijn plek. Nu volgt hij als instromer vier uur per week college in Utrecht, daarna moet hij stage gaan lopen op de operatiekamer. 'Ik hou van chirurgie, ik hoop dat ik straks een goede opleidingsplek vind. Dat ze me binnenlaten op de OK.'

Ahmad is blij weer contact te hebben met patiënten, blij met zijn witte jas, al zijn de handelingen die hij zelfstandig mag uitvoeren beperkt. Wat wel kan: de patiënt verzorgen, monitoren, de vooruitgang zien. Zoals hij ook deed in Syrië. 'In mijn land ben je verantwoordelijk voor het hele traject van een patiënt en is de band tussen arts en patiënt belangrijk. Hier zijn de zorgtaken opgeknipt in stukjes. Ik deed in stresssituaties met weinig middelen zo veel



'Een vakman' Dat zegt meneer Vincken (71), oud-docent Nederlands met een dwarslaesie, zijn verpleegkundig assistent Ahmad. 'Hoge eisen stellen aan de zorg is prima, maar Ahmad wordt onderschat door de Nederlandse bureaucratie. Hij helpt mij verder. En ik help hem, met de taal. Dat hij op mijn weg is gekomen, vind ik een wonder.'

mogelijk. Kun je nagaan wat je hier kunt doen, met alle beschikbare middelen. Dat besef lijkt er niet altijd te zijn.'

Een totaalbenadering waar we veel van kunnen leren, vindt Alina. 'Ik denk dat zorgprofessionals in Nederland, ook artsen, veel kunnen leren van Ahmads aanpak. Het psychologische aspect speelt een grote rol. Zeker bij ons; revalideren is een kwestie van maanden.'

'Mensen waar wij om zitten te springen, gaan ondertussen elders werken'

Vraag & aanbod

Alina zet nu heldere lijnen uit bij Vluchtelingenwerk om mensen direct als arts te registreren. Om vraag en aanbod bij elkaar te brengen. 'Zo kunnen we hoogopgeleide vluchtelingen snel koppelen aan medici, voor stageplekken. En hen begeleiden bij hun BIG-aanvraag. Een van onze revalidatie-assistenten is gevlucht uit Somalië, een geweldige mens ook. Deze mensen moeten zo snel mogelijk aan de slag, in ziekenhuizen en revalidatiecentra.' Stapje voor stapje, zegt Ahmad. 'En dit is een heel goede eerste stap. Nu gaat het een stukje sneller omdat ik hier werk. Ik heb een netwerk nu, mensen weten wat ik kan. En er is geen betere manier om de taal te leren.'

Iedereen ziet de meerwaarde in van een **Persoonlijke Gezondheidsomgeving**

Cliënten empoweren, zorgverleners ontlasten en de druk op de zorg(kosten) verlagen. Ziedaar de doelen van de digitalisering in de zorg. De regeling VIPP 5 stimuleert deze ontwikkeling. Dit programma draait om de uitwisseling van medische gegevens tussen zorginstellingen én de uitwisseling met patiënten via een Persoonlijke Gezondheidsomgeving, oftewel PGO. Wat zijn de verwachtingen?

TEKST Olaf van Tilburg **BEELD** Roel Seidell

Vertel eens, hoe gaat het met u? Hoe ziet het leven eruit? Hoe gaat het met pijn, moeheid, bewegen, spierspanning, slapen, eten, verplaatsen, verzorgen, werk en sociaal leven? Zijn uw woning en hulpmiddelen nog naar wens? Dit vragenvuur is momenteel onderdeel van menig consultgesprek in de medisch specialistische zorg. Regelmatig moet er ook nog informatie opgevraagd worden bij het ziekenhuis. Of zelfs bij meerdere ziekenhuizen: sommige revalidanten zijn bij meerdere instellingen onder behandeling (geweest). De informatie is hierdoor versnipperd en heeft vaak nog het nodige copy-paste werk om te verwerken. Tot slot moet dit allemaal in het elektronisch patiëntendossier worden vastgelegd. Een tijdrovend proces, beseft Wouter Bos, reumatoloog en Chief Medical Information Officer bij Reade, een expertisecentrum voor revalidatie en reumatologie voor Amsterdam en omgeving. 'Bovendien gaat een typende dokter achter zijn computer ten koste van een goed gesprek met de cliënt. Niet bepaald bevorderlijk voor het samen begrijpen en beslissen.'

De toekomst

In zijn functie als CMIO draagt Bos zorg voor de inbedding van digitale technologie in de zorg. Er wordt in het zorgdomein al geruime tijd gewerkt aan digitalisering. De Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) betekent een flinke stap voorwaarts voor de digitale zorg, vindt Bos. 'Wat nou als alle relevante informatie reeds voorafgaand aan het spreekuur beschikbaar is, direct toegankelijk voor de betrokkenen? Als cliënten middels patiëntgerapporteerde uitkomsten zelf hun ziekte monitoren? Als smart wearables inzage geven in hoe het met bewegen, slapen, bloeddruk en hartslag gegaan is? Als cliënten op elk gewenst moment hun lab- en röntgenuitslagen in hun eigen, digitale omgeving kunnen inzien, waar ook informatie van andere behandelaars samenkomt en zij zelf data kunnen toevoegen?'

‘Dat is waar we naartoe werken en de komend tijd ligt de nadruk op de PGO’, voegt Joris van der Poel toe. Hij werkt eveneens bij Reade en is projectleider VIPP 5 (de regeling die het uitwisselen van medische gegevens tussen instellingen onderling via een PGO ondersteunt). ‘Een PGO is een app of een website waar cliënten een kopie van hun medische gegevens (Basisgegevens Zorg - BgZ) kunnen bekijken, gegevens van alle zorginstellingen waar zij mee te maken hebben op één plek bij elkaar.’

Fitbit

‘Dat overzicht ontbreekt nu’, legt Bos uit. ‘Een PGO maakt het mogelijk dat de cliënt veel informatie die de zorgverlener elke keer weer vraagt, vooraf al kan delen. Ook heeft de cliënt de mogelijkheid de medische gegevens van alle zorginstellingen aan te vullen met eigen gegevens, bijvoorbeeld via externe leefstijl-apps die van

alles kunnen bijhouden. Denk aan voeding, bewegen en rust. Zo kun je aan verschillende PGO's een stappenteller of een Fitbit koppelen.’

Persoonlijk

Bos vervolgt: ‘Niet meer *one size fits all*, maar *personalized medicine* met de cliënt als manager van zijn eigen gezondheid. Met inzicht in en regie over de eigen gezondheid. Cliënten komen dan goed geïnformeerd en alleen wanneer het nodig is op het spreekuur. Voor een gesprek over relevante uitkomstmaten voor de cliënt in plaats van de tijd te besteden aan het verkrijgen van deze gegevens.’

Veilig

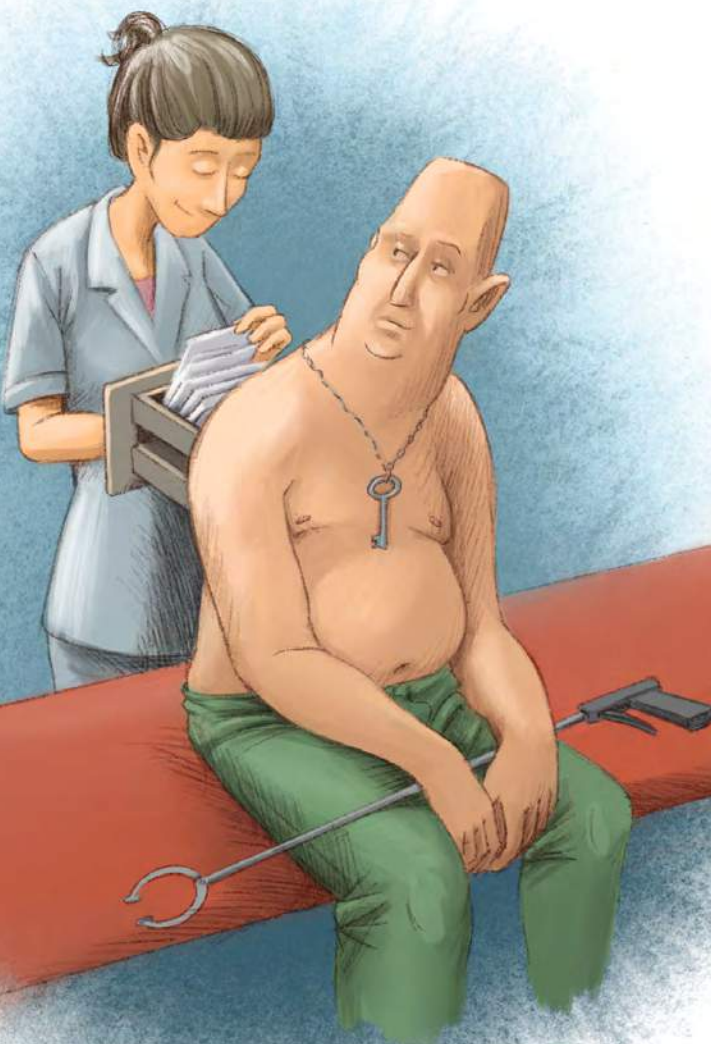
Momenteel wordt nog hard gewerkt om alles technisch op orde te krijgen, waarbij privacy uiteraard de hoogste prioriteit heeft. Daarnaast krijgen natuurlijk zaken als gebruikersgemak, toegankelijkheid en functionaliteiten voor specifieke zorgpaden aandacht. ‘Er komt veel bij kijken en er zijn diverse partijen bij betrokken’, weet Van der Poel. ‘We hebben goed contact met het ministerie VWS, de Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ), de Patiëntenfederatie en voor onze regio ook samenwerkingsverband Sibra. Samen stemmen we zaken af, zodat we – op het opportune moment – de cliënt goed kunnen informeren en ondersteunen. Tegen die tijd moet iedereen een PGO weten te vinden en ook willen vinden. Het is nog een stip aan de horizon, maar alle betrokkenen zien absoluut de meerwaarde.’

Cultuuromslag

Het idee is dat het project voor een groot deel voor de zomer 2023 al operationeel is. ‘Dat geldt voor het volledige VIPP5-programma’, legt Van der Poel uit. ‘Dus zowel de uitwisseling van de medische informatie tussen zorginstellingen, als de uitwisseling met de PGO van de cliënt.’ Bos vult aan: ‘Dit gaat absoluut bijdragen aan een cultuuromslag waarbij digitale zorg het nieuwe normaal wordt. Gezien de winst die dit op vele fronten oplevert, is dat een geweldig vooruitzicht.’

Dit is een verhaal in een serie van twee artikelen over de persoonlijke gezondheidsomgeving. Het andere artikel, over De Hoogstraat Revalidatie, is terug te vinden op revalidatiemagazine.nl

‘Dit gaat absoluut **bijdragen aan een cultuuromslag** waarbij digitale zorg het nieuwe normaal wordt’



JEFFREY VROEGOP DEED MEE AAN DE INVICTUS GAMES

‘Ik dacht eerst dat ik niet gewond genoeg was’



Oud-militair en -revalidant Jeffrey Vroegop (32) deed in april 2022 mee aan de Invictus Games in Den Haag, een internationaal sportevenement voor fysiek en mentaal gewonde militairen. Het hielp hem bij het accepteren van zijn hersen- en knieletsel. ‘Eerst dacht ik dat ik niet gewond genoeg was om mee te doen.’

TEKST Tim de Hullu BEELD Ministerie van Defensie

Af en toe klinkt een luide gaap. We spreken Jeffrey op een rustdag, tussen sportwedstrijden in. Hij doet mee aan zitvolleybal, zwemmen en rolstoelbasketbal. ‘Gisteren heb ik de hele dag gezwommen. Na twee wedstrijden bleek dat ik de finale van de vijftig meter schoolslag had gehaald en die was pas om kwart voor zeven in de avond. Nou, dat was echt wel doorblijven, zo’n lange dag hangen in dat warme zwembad. Normaal houd ik zo’n dag helemaal niet vol, maar ja, hier ga je er maar voor. Nu mag ik het bezuren, maar dat kan ook.’

Voor Jeffrey zijn het de tweede Invictus Games. Zijn doel: weer een stapje verder komen in het accepteren van zijn beperkingen. Op zijn negentiende, in 2009, rijden hij en een aantal collega’s van de Luchtmobiele Brigade tijdens een missie in Afghanistan op een bermbom. Hij raakt gewond en de revalidatie richt zich op zijn knieletsel. Later blijkt dat hij niet aangeboren hersenletsel (nah) heeft. ‘Eigenlijk wist ik dat zelf wel, maar ik probeerde het te camoufleren. Als mijn vriendin en mijn moeder iets zeiden over mijn vergeetachtigheid, bijvoorbeeld wanneer ik het gas weer eens na het koken aan had laten staan, snauwde ik hen af. Ik had een droom: ik wilde naar het Korps Commandotroepen. Letsel aan mijn hoofd kon ik er niet bij hebben.’

Maar Jeffrey’s situatie wordt onhoudbaar. ‘Op een verpleegkundeleiding liep ik tegen de lamp. Tijdens mijn stage vroegen ze of ik verward of dronken was, omdat ik overal briefjes neerlegde om maar niets te vergeten. Op een gegeven moment ging het bijna mis: ik moest voor een patiënt met een acute allergische reactie een medicijn halen, maar in mijn loop werd ik afgeleid, waardoor ik de naam van het medicijn vergat en terug moest om het te vragen. Toen dacht ik: er moet iets veranderen.’

Er volgen regeneratietherapieën bij Militair Revalidatie Centrum Aardenburg én Jeffrey krijgt ondersteuning van expertisecentrum Brein Support. ‘Daar brachten ze onder meer in kaart wat voor effect bepaalde activiteiten op mij hadden. Zo bleek dat ik uren achter elkaar een feestje kon organiseren vanachter mijn laptop, maar dat ik van een fietsje solderen – met al dat harde geluid – al na een kwartier uitgeput was.’

Brein Support kijkt ook naar zijn sterke en minder sterke punten en helpt bij het vinden van een geschikte baan binnen Defensie. ‘Sinds drie jaar ben ik doktersassistent. Ik werk in gezondheidscentrum Schiphol, op de Koningin Máximakazerne. Door een slimme planning,

met ruimte om mijn batterij op te laden, kan ik achttien uur werken in de week én een studie doen. Defensie denkt met me mee en geeft de ruimte, daar ben ik mijn werkgever eeuwig dankbaar voor.’

Via het gezondheidscentrum in Schiphol komt hij in aanraking met de Invictus Games. Een fysiotherapeut daar wijst hem erop en stelt hem voor aan het team. Maar Jeffrey aarzelt. Hij voelt zich geen gewonde militair en spreekt dat uit. Totdat hij praat met dezelfde fysiotherapeut, die zelf ernstig been- en oogletsel heeft. ‘Hij zei: „Jef, ik zie er dan misschien meer gehavend uit dan jij; ik kan tenminste fulltime werken.” Dat zette me aan het denken.’

Jeffrey leert ook dat het woord gewond breed te interpreteren is. Zo doen er militairen mee met een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Jeffrey gaat trainen en doet in 2018 mee aan de Invictus Games in Sidney. Deelname helpt hem bij zijn acceptatieproces en brengt gesprekken op gang. ‘Wie mij af en toe een uurtje op een verjaardag zag, dacht dat er niet veel aan de hand was. Nu kan ik uitleggen dat ik wel degelijk tegen grenzen aanloop op een dag.’

De deelname smaakt naar meer en in Den Haag zijn het zeker ook de prestaties van anderen die veel met Jeffrey doen. Bij het zwemmen bijvoorbeeld. ‘En dan heb ik het niet over mensen die in dertig seconden heen en weer zwemmen. Bij ons in het team zit iemand die door een zeldzame reactie op medicijnen in een paar jaar tijd rolstoelafhankelijk geworden is. Hij doet anderhalve minuut over honderd meter zwemmen, maar als je dan ziet hoeveel kracht hij uit zijn prestatie put... Iedereen in de zaal stond te klappen, zijn ouders braken en al onze teamleden schreeuwden voor die jongen. Echt inspirerend.’

Na voorbereidingen op een evenement dat eigenlijk in 2020 moest plaatsvinden, maar door corona werd uitgesteld, vindt Jeffrey het wel eventjes goed zo en denkt hij niet aan deelname aan een volgende editie van de Invictus Games. ‘Ik heb een zontje van negen weken, ik wil nu wel even ergens rust vinden.’ Maar hij voorspelt ook dat het snel weer begint te kriebelen. ‘Ik zou wel als teamcaptain mee willen. Er zijn nog zo veel mensen die thuis zitten met PTSS of andere klachten. Sport kan je uit een isolement halen en kan je motiveren om het maximale uit jezelf te halen. Al kan ik maar één iemand inspireren om te starten met sporten, door te zeggen: „Probeer het maar gewoon.” En dat je dan iemand ziet vechten, doorgaan en uiteindelijk genieten. Dat lijkt mij fantastisch.’

Meer info over de Invictus Games: [invictusgamesfoundation.org](https://www.invictusgamesfoundation.org)



PROTEC

POWERED BY DE HOOGSTRAAT

Langsom 18 | 1066 EW Amsterdam | 030 258 1811
www.protec.amsterdam | info@protec.amsterdam

- + High-tec (elektronische) beenprothesen
 - + Snel resultaat
- + Extra service met videobeelden en metingen
 - + Extra looptraining
 - + Inclusief personal beweegcoach
 - + Aangemeten in bijzondere omgeving
 - + Second opinions

A close-up portrait of a woman with long, light brown hair and blue eyes, wearing a white lab coat. She is looking directly at the camera with a slight smile. The background is a soft, out-of-focus blue and grey.

Revalidatiearts
Ilse van den Brand
is op een missie in het
ziekenhuis



Revalidatiezorg is nog een bescheiden deel van de ziekenhuiszorg. Als het aan Ilse van den Brand ligt, komt daar verandering in. In het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven krijgt de revalidatiearts van Libra Revalidatie & Audiologie een steeds belangrijkere rol.

TEKST Tim de Hullu **BEELD** Inge Hondebrink

Na het interview met Ilse wil de journalist van Revalidatie Magazine net de lift pakken, als ook zij de gang op komt en hem passeert. 'Ik zou de trap nemen, dat is beter he?' De Vlaamse tongval verzacht de dringende boodschap. Omdat ze gelijk heeft en er aan de gezondheid van de verslaggever weinig mankeert, volgt hij haar gedwee de trap af. Ze kijkt achterom. 'Normaal gesproken breng ik de boodschap positief, hoor. Dan complimenteer ik mensen wanneer ze de trap nemen.'

Beweegmaand

Het is duidelijk waar Ilse van den Brand voor staat. In de coronatijd leerde ze wat écht belangrijk is: gezondheid en gezelligheid met haar naasten. Zelf let ze daarom nog beter op haar voeding en beweging en dat is ook wat ze patiënten én medewerkers in het ziekenhuis wil meegeven: let op je lijf. In het Catharina Ziekenhuis was ze al langer een bewegingsambassadeur. Samen met fysiotherapeuten en enkele collega's uit het ziekenhuis organiseerde ze

een succesvolle Beweegmaand met sport- en spelactiviteiten en informatiemomenten. Momenteel is ze betrokken bij het opzetten van een pilot van een looproute, waarbij mensen met QR-codes op verschillende posters op de gangen gemotiveerd worden hun bed uit te komen.

Gedetacheerd

Sinds twee jaar is Ilse van den Brand vanuit Libra gedetacheerd bij het Catharina Ziekenhuis en de job bevalt haar uitstekend. 'Patiënten zijn zó dankbaar, dat is prachtig. En mijn collega's staan open voor mijn visie en weten mij steeds meer te vinden.' Onlangs nog. Bij verpleegkundigen van de afdeling chirurgie hield van den Brand een praatje over amputaties. 'Zij hebben vaak geen zicht op wat er gebeurt als iemand na een arm- of beenamputatie uit het ziekenhuis ontslagen wordt. Terwijl de patiënt vaak zijn of haar eerste vragen aan de verpleegkundige stelt.' Ilse vertelde de verpleegkundigen hoe een revalidatietraject er uitziet. Dat iemand eerst

probeert zelfstandigheid op één been te krijgen en dat er daarna pas gekeken wordt of iemand in aanmerking komt voor een prothese, bijvoorbeeld. En dat niet iedereen voor een prothese in aanmerking komt, dat dit te maken heeft met onder meer de algemene conditie van de patiënt. ‘En ik vertelde hoelang zo’n revalidatietraject ongeveer duurt, want dat is ook zo’n vraag die patiënten vaak stellen.’ Daarnaast gaf ze veel antwoord op waaromvragen. Waarom moeten patiënten met een beenamputatie eigenlijk in een buikligging liggen? Antwoord: ‘Omdat hun heupmobiliteit goed moet blijven. Wanneer ze een prothese krijgen, moet die heup nog ongeveer twintig graden naar achteren kunnen strekken om een goede staplengte te kunnen maken.’

Evenwicht

Ilse vond het leuk om te doen. ‘Ik bespeur heel veel interesse. Het is mooi om verpleegkundigen mee te nemen in mijn vakgebied.’ Tijdens de coronagolven werkte ze intensief samen met andere disciplines. Omdat Ilse veel weet van het herstel van een lichaam, was ze intensief betrokken bij covid-patiënten die van de beademing afkwamen. Ze bracht haar kennis over op anderen. ‘Bij die patiënten was de balans tussen belasting en belastbaarheid heel belangrijk. Je mocht ze niet over de grens pushen maar ook niet onderbelasten. Dat was best een moeilijk te vinden evenwicht. Met name in een ziekenhuis, waarbij de herstellende patiënten nog allerlei onderzoeken moeten ondergaan en daarom bijvoorbeeld een foto moeten laten maken of bloed moeten prikken. Hierdoor is er minder structuur dan in een revalidatiecentrum. Daar moet je als professional rekening mee houden. Een dagschema met activiteiten en belasting kan dan goed helpen in verdeling van de energie. Het geeft rust aan patiënten in een onrustige omgeving.’

Divers

Haar werk als revalidatiearts in het ziekenhuis is heel divers. Zo ziet ze mensen die met hersenletsel zijn opgenomen, is ze betrokken bij multidisciplinaire overleggen over patiënten met MS en chronische pijn en heeft ze technische spreekuren en schoenenspreekuren. ‘Het mooie van dit werk in het ziekenhuis is dat ik veel kan betekenen voor mensen, omdat zij nog moeten beginnen met de verwerking van wat hen is overkomen. Ik kan hen al in het begin begeleiden en dat is bijzonder.’

Diepe indruk

Dat Ilse in de revalidatiezorg zou gaan werken, werd duidelijk in haar studietijd. Tijdens haar coschappen kwam ze in aanraking met revalidatiegeneeskunde. Ze werd op slag verliefd op het vak. ‘Mijn eerste patiënt blijft mij nog altijd bij. Deze jonge vrouw met jonge kinderen kon van de één op de andere dag niet meer lopen. Door een myelitis transversa (ontsteking van het ruggenmerg, red.) kreeg ze een dwarslaesie. Als donderslag bij heldere hemel moest ze negen maanden revalideren. Vlak voor haar ontslag heb ik haar nog opgezocht in de kliniek in Leuven, toen was mijn coschap voorbij. Ik zag haar zelfstandig in een rolstoel naar buitengaan, terwijl ze negen maanden eerder bedlegerig was. De impact van de dwarslaesie op zo’n vrouw en haar leven, maar ook de begeleiding die je

zo’n persoon kunt geven en de stappen die ze kan maken om toch haar leven weer op te pakken, maakten diepe indruk op mij.’

Kwaliteit van leven

Ilse deed haar vervolgopleiding tot revalidatiearts bij Rijndam Revalidatie in Rotterdam, waar ook weer een dwarslaesiepatiënt veel indruk maakte, nu om zijn levenswijze. ‘Mijn supervisor vroeg aan hem naar zijn kwaliteit van leven op een schaal van nul tot tien. De patiënt gaf zijn leven een negen, terwijl dat voordat hij in een rolstoel belandde nog een 7 of 8 was. De man ging eerst gehaast door het leven, maar moest door de dwarslaesie meer tijd nemen voor zijn ochtendzorg en was ook minder gaan werken. Daardoor kwam er meer tijd voor uitstapjes met zijn kinderen. Ik vond het zo mooi dat die man dat zei.’

‘Mijn collega’s staan open voor mijn visie en weten mij steeds meer te vinden’

Missie

Ilse werkte daarna in een ziekenhuis in België en pakte vervolgens de kans in Eindhoven. Daar is ze op een missie, want landelijk gezien is ziekenhuisrevalidatie nog te onderbelicht, vindt Ilse. Dat is geen onwil van instellingen en professionals, maar omdat de focus logischerwijs zo op genezing ligt, kan revalidatiezorg erbij inschieten. Aan Ilse de taak om te bewaken dat die focus wordt verbreed. Het resultaat is in haar eigen ziekenhuis zichtbaar. Zo is het pas sinds kort dat een revalidatiearts bij het diabetisch voetensprekuur aanwezig is. ‘Dat spreekuur wordt geleid door de vaatchirurg, maar gaat enkel om diabetische voeten. Tot nu toe was daar vooral de podotherapeut bij betrokken, maar nu dus ook de revalidatiearts. Dat is belangrijk voor kwalitatief goede zorg. Vaak zie je bij dat soort patiënten wonden als gevolg van onaangepast schoeisel. Daar kan ik als revalidatieprofessional veel in betekenen, maar dan moet ik wel betrokken zijn. Het is mooi dat dit nu gebeurt.’

Anders kijken

Ze realiseert zich dat ze voor veel patiënten één van de vele witte jassen zal blijven en dat sommigen haar na ontslag alweer vergeten zijn. Toch voelt ze dat ze het verschil kan maken. Dat zit in kleine dingen, maar ook in bijzondere ontmoetingen met patiënten. Op haar poli zag ze een man die traumatisch hersenletsel had doorgemaakt. Met de juiste therapie en adviezen leerde hij van Ilse op een andere manier naar zijn problemen te kijken. ‘Die man was zeer ambitieus en werkte keihard. Hij ging daardoor over zijn eigen grenzen heen. Hij was heel hard bezig toe te werken naar de oude versie van zichzelf, maar dat lukte niet meer. Met ons verkende hij zijn grenzen en kon hij steeds beter kiezen voor zijn nieuwe ik. Hij zei: „Vroeger deed ik alles zelf; nu vraag ik veel meer aan anderen en kan ik verantwoordelijkheden loslaten.” Hij bedankte mij bij het afscheid. Dat is toch mooi? Het raakte mij echt.’

MEER COMFORT OP HET TOILET

Zonder grote lichamelijke inspanningen je onderlichaam reinigen op het toilet

Een goede reiniging van het onderlichaam met toiletpapier is niet altijd mogelijk door lichamelijke immobiliteit. Een toilet met geïntegreerde douchefunctie, die met één druk op de knop van de afstandsbediening automatisch het onderlichaam reinigt met lichaamswarm water, en desgewenst ook droog föhnt, is hiervoor de oplossing. Daarnaast is het een feit dat water gewoon de beste reiniging biedt.

Water is zacht, fris en uiterst hygiënisch en daarom het meest geschikt voor het schoonmaken van de billen. Een douchewc is daar perfect voor en is een toilet met geïntegreerde douchefunctie. De douchearm komt naar voren, zodra deze wordt geactiveerd via de afstandsbediening. Met slechts één druk op de knop wordt het onderlichaam gereinigd. Dit gebeurt met lichaamswarm water, wat zacht en comfortabel aanvoelt. Daarnaast kan de ingebouwde föhn het onderlichaam ook drogen. Het resultaat is een fris en hygiënisch gevoel de gehele dag, zonder dat er grote lichamelijke inspanningen geleverd hoeven te worden. Ideaal tijdens het revalidatieproces.

Zwitserse kwaliteit

Als Zwitsers bedrijf streeft Geberit naar kwaliteit. Alle AquaClean douchewc's van Geberit zijn daarom uitgerust met de innovatieve WhirlSpray douchetechnologie. De WhirlSpray straal is niet zomaar een straal... de straal pulseert, waardoor er duizenden luchtbelletjes in het water ontstaan. Deze belletjes garanderen een optimale reiniging, die bovendien vederzacht is. De WhirlSpray douchetechnologie is gepatenteerd en daarom alleen te vinden in douchewc's van Geberit. De AquaClean modellen Sela, Tuma en Mera zijn allen uitgevoerd met deze vederzachte WhirlSpray. En met meer!

Comfortfuncties

In de afgelopen 40 jaar heeft het Zwitserse bedrijf Geberit verschillende douchewc's ontwikkeld en geoptimaliseerd. Dit heeft anno 2022 geresulteerd in een breed scala aan AquaClean douchewc-modellen voorzien van diverse comfortfuncties, die het toiletbezoek gemakkelijker en comfortabel maken.

Aanvullend op de douchefunctie biedt Geberit douchewc's aan met extra comfortfuncties, zoals de ingebouwde föhn, maar onder andere ook een geurzuivering. Door het droog föhnen van de billen is toiletpapier overbodig geworden én hoeft de gebruiker ook bij deze handeling zelf geen lichamelijke actie uit te voeren. De ingebouwde geurzuivering zorgt voor een altijd frisse lucht rondom het toilet, zowel tijdens het gebruik als erna. Hierdoor kan de gebruiker met een gerust hart het toilet gebruiken en achterlaten.

AquaClean Tuma - Verrassend veelzijdig

De Geberit AquaClean Tuma is een compacte alleskunner. Het Comfort model is geschikt voor iedereen, die waarde hecht aan een evenwichtige prijs-kwaliteitverhouding. Functies zoals de WhirlSpray, een verwarmde wc-zitting, geurzuivering en de warmeluchtföhn maken van elk bezoek een wellness-ervaring. Als alternatief biedt Geberit ook het voordelige Classic model, dat de



basisfunctie van een douchewc biedt tegen een onverslaanbare prijs. De Geberit AquaClean Tuma is ook te verkrijgen als vloerstaande douchewc en als losse toiletzitting. De losse toiletzitting biedt dezelfde functionaliteiten als het complete systeem en is op uiteenlopende, al geïnstalleerde, wc-keramieken te monteren.

Water reinigt met zorg

We kunnen het niet vaak genoeg zeggen: water is de beste, de meest effectieve en de zachtste methode voor het hygiënisch reinigen van het onderlichaam. Ook volgens Prof. Dr. med. Alexander Herold - Proctoloog en verbonden aan het gerenommeerde 'Zentrum für Dick- und Enddarmkrankungen' te Mannheim in Duitsland:

"Een onjuiste hygiëne van het onderlichaam kan allergieën, huidirritaties en eczeem veroorzaken, met soms ondraaglijke jeuk als gevolg. Hetzelfde geldt voor een onvoldoende of slechte reiniging. Schoon water, warm of koud, is altijd de meest grondige, maar ook de meest behoedzame methode."

Des te belangrijker dat het onderlichaam ook bij een verminderde mobiliteit de beste zorg en reiniging krijgt.



Meer informatie over de Geberit AquaClean douchewc en de voordelen is te vinden op www.geberit-aquaclean.nl



A Doctor of Silly Walks

Tijdens mijn opleiding tot revalidatiearts, bijna dertig jaar geleden, was het vakgebied revalidatiegeneeskunde voor volwassenen overzichtelijk ingedeeld in twee groepen: orthopedische revalidatie en neurorevalidatie.

TEKST Erwin Baars

Erwin Baars is revalidatiearts bij Vogellanden Centrum voor revalidatie, bijzondere tandheelkunde en gezonde leefstijl en blogt regelmatig voor revalidatiemagazine.nl.

Pijnrevalidatie bestond ook wel, maar werd als buitenbeentje gezien. De revalidatie voor kinderen was een aparte tak van sport, minder diagnosegericht en hanteerde, en doet dit nog steeds, de arbitraire grens van 18 jaar, de dag waarna je als patiënt plots bij de volwassenen hoorde.

Deze tweedeling in 'ortho' en 'neuro' gaf enige structuur om onze patiënten in te delen en was ook handig voor het toekomstplaatje van de assistent in opleiding (aios). 'Wat wil je na de opleiding worden?', kreeg de jonge klare in spe vlak voor de eindstreep te horen, 'ortho- of neurodokter?' want meer smaken waren er niet. Sommigen konden niet kiezen, hadden belangstelling voor meerdere soorten patiënten, en werden ziekenhuisrevalidatiearts. Natuurlijk is dit een sterke vereenvoudiging van de werkelijkheid, maar deze gaf wel houvast.

Sindsdien is de wereld, en daarbij ook de revalidatiegeneeskunde, complexer geworden. De neuro-en orthopedische revalidatie heeft zich verder ontwikkeld en er zijn diagnoses bijgekomen die niet netjes in de tweedeling passen. Ziektebeelden als fibromyalgie, chronisch regionaal pijnsyndroom (dystrofie) en patiënten met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK), voorheen conversie genoemd, werden in toenemende maten naar de revalidatiearts verwezen. Recenter nog zijn er de post-IC- en Post -COVID-patiënten bijgekomen. Kortom, patiëntengroepen zijn 'in beweging', dus de revalidatiegeneeskunde mag niet achterblijven. De klassieke indeling, ortho/neuro, past niet meer en dat maakt sommige collega's onzeker. 'Hoe moeten we onze patiënten nu gaan indelen?' 'Wat doen we wel en wat niet binnen de revalidatiegeneeskunde?' 'Hoe kunnen we ons als specialisme blijven onderscheiden?'

Kortom, waar zijn de grenzen van ons vak. Misschien moeten we verder kijken dan onze 'oude neus', de medische diagnose, lang is, en qua indeling ons meer gaan richten op het probleem dan de (vermoedelijke) oorzaak. Met andere woorden de 'revalidatiediagnose' stellen. In praktijk gebruiken we die al jaren. Een patiënt met een loopmankement als gevolg van een CVA, beenamputatie of beenbreuk is dan 'a patient with a silly walk', met looprevalidatie als behandeling. Dit sluit beter aan op wat het revalidatieteam allang doet en zet tegelijk de deur op een kier voor nieuwe groepen patiënten. Dus krijgen we straks wellicht 'a doctor of silly walks' in plaats van een ortho- of neurodokter.

Optimale kwaliteit van leven

Een ziekte, ongeval of aangeboren aandoening kan leiden tot een leven met een lichamelijke beperking. Medisch specialistische revalidatie speelt dan een belangrijke rol. Revalidatie-instellingen bieden een specifiek op de patiënt afgestemde, intensieve behandeling. Bij deze behandeling zijn verschillende disciplines betrokken, zoals de revalidatiearts, de fysiotherapeut, de logopedist en de ergotherapeut. Het doel is optimaal herstel, zelfredzaamheid en weer deelnemen aan de maatschappij.



De leden van Revalidatie Nederland bieden met al hun locaties een dekkend landelijk netwerk voor medisch specialistische revalidatie van goede kwaliteit:

- Adelante
- Amsterdam UMC
- Basalt
- Bravis ziekenhuis
- Capri Hartrevalidatie
- De Hoogstraat Revalidatie
- Heliomare
- Klimmendaal
- Laurentius Ziekenhuis
- Libra Revalidatie & Audiologie
- Maasstad Ziekenhuis
- Meander Medisch Centrum
- Merem Revalidatie
- Militair Revalidatie Centrum Aardenburg
- Noordwest Ziekenhuisgroep
- OCA
- Radboudumc
- RAP Revalideren, Activeren, Participeren
- Reade
- Revalidatie Friesland
- Revant medisch specialistische revalidatie
- Rijndam Revalidatie
- Roessingh, Centrum voor Revalidatie
- Saxenburgh Groep
- Sint Maartenskliniek
- Spaarne Gasthuis
- Tolbrug
- Treant Zorggroep
- UMCG Centrum voor Revalidatie
- UMC Utrecht
- Vogellanden, Centrum voor Revalidatie en Bijzondere Tandheelkunde
- Wilhelmina Ziekenhuis Assen
- Ziekenhuis Sint Jansdal
- Zuyderland

Meer informatie over medisch specialistische revalidatie: www.revalidatie.nl
Revalidatie Nederland, Oudlaan 4, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht,
030 2739384, info@revalidatie.nl

Revalidatie 
Nederland